



Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 20

7. Jahrgang – 1. Quartal 1988

Wer hat unsere Funktionäre gekauft?

**Vorschläge zur Verbesserung der
Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe
in der BRD**

Härtefallregelungen beim Zahnersatz

Wirtschaftlichkeitsprüfung = Wegweiser
künftiger Pauschalhonorierung?

Zwischen Spalt und Kluft
(Kronenranddiskussion)



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

bisico

Information

Achtung!
Wichtige Preisinformation

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wir möchten Sie davon überzeugen, daß Qualität nicht teuer sein muß.

Durch Rationalisierung und Optimierung der aufwendigen Produktionsverfahren der additionsvernetzenden Silicone, sind wir in der Lage, diese hochwertigen Silicone künftig zu einem Dauertiefstpreis anbieten zu können. Dabei bleibt selbstverständlich die sprichwörtliche Qualität unserer Produkte in vollem Umfang erhalten.

Nutzen Sie die Vorteile der additionsvernetzenden BISICO Silicone:

1. Volumenbeständigkeit

Schrumpfung max. 0,05 %, dadurch sind die Abdrücke lagerstabil und für den Postversand geeignet.

2. Einfache Handhabung

Dosierung der beiden Komponenten zu jeweils gleichen Teilen.

3. Visuelle Mischkontrolle

Die unterschiedliche Farbe von A + B-Komponente gestattet es, das Ende des Mischvorgangs zu erkennen.

4. Rasche Aushärtung

Aushärtungszeit im Mund max. 3 Minuten.

Weitere Vorteile:

Die Abdrücke aus additionsvernetzenden BISICO Siliconen lassen sich problemlos mit allen handelsüblichen Gipsen und Stumpfmaterialien ausgießen und sind galvanisch zu verkupfern und zu versilbern.

Die Materialien sind absolut geschmacks- und geruchsneutral und sind in der Originalpackung bei etwa 18–20° C mehr als ein Jahr lagerstabil.

Unsere additionsvernetzenden Silicone BISICO S 1 – S 4 und BISICO Perfect können problemlos jedes kondensationsvernetzende Silicon ersetzen:

**Durch die bessere Qualität, durch die einfache Handhabung,
und durch den Preis,
der bisher nur den kondensationsvernetzenden Siliconen vorbehalten war.**

Bitte vergleichen Sie:

Preise in DM zuzgl. Mwst.

	Mengenstaffel:	1-2	3-5	6-11	ab 12
S 1, knetbar	667 ml	70,45	70,45	70,45	70,45
	1334 ml	129,90	127,30	124,50	119,90
S 2, mittelfließend	143 ml	47,50	47,50	47,50	47,50
	286 ml	84,90	82,35	79,45	76,40
S 3, zähfließend	267 ml	84,90	82,35	79,45	76,40
S 4, feinfließend	154 ml	44,90	44,90	44,90	44,90
	308 ml	79,50	76,60	73,75	69,90
Perfect, knet- und spritzbar	600 ml	79,90	79,90	79,90	79,90
	1200 ml	149,50	146,50	143,50	139,50

Für den größeren Bedarf bieten wir Ihnen die günstigen Bedingungen des Abrufauftrages mit zusätzlichen Einsparungsmöglichkeiten!

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns!

SIEMENS

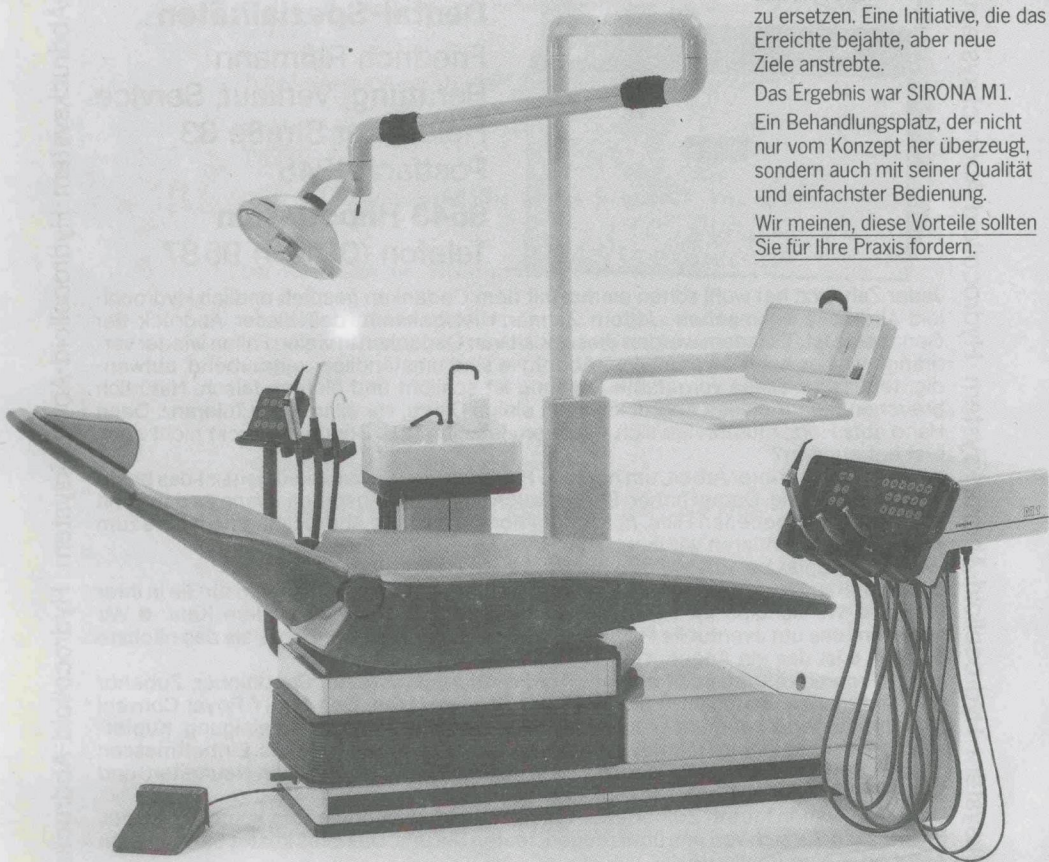
Technik der Topklasse – damit das Behandeln richtig Spaß macht

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. 20, 7. Jg.
1. Quartal 1988

Editorial	5
Zur aktuellen Situation: Wer hat unsere Funktionäre gekauft? Zur Anhörung des Bundesarbeitsministeriums zum Strukturreformgesetz am 19.02.1988 in Bonn	7
Stellungnahme des DAZ-Vorsitzenden Dr. Ernst zum Referentenentwurf zum Gesundheitsreformgesetz	9
Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege und Prophylaxe in der BRD	13
Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Zahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK zum Referentenentwurf zum Gesundheitsreformgesetz	19
Strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Jugendzahnpflege	20
Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen - ohne den Freien Verband	23
Über die Auseinandersetzung mit "Randgruppen" - der Wahlkampf hat begonnen	27
DAZ-Vorschläge zur Strukturreform (Teil 3)	31
Wissenschaftliche Erkenntnis und ihr mühsamer Weg in die Praxis (Teil II) - Zum Verständnis der Hintergründe von Antifluoridkampagnen	37
Strukturreform	41
Härtefallregelung beim Zahnersatz	45
Kassenwirtschaftlichkeit - zuviel Kons macht nur Ärger	47
Gedanken über die Forderung einer degressiven Punktwertgestaltung	50
Wirtschaftlichkeitsprüfung = Wegweiser künftiger Pauschalhonorierung?	52
Zwischen Spalt und Kluft? - ein Beitrag zur Kronenranddiskussion	58
Optimale Praxisgestaltung - Grundlage der Qualitätssicherung (II)	65
DENTEV - die Rettung ist das!	72
Anfangserfahrung mit einem Praxiscomputer	74
Besser sehen - Voraussetzung zur Qualitätssicherung	79
Buchbesprechung	83
	3

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.

**HYPOBANK**

Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

Niederlassung Regensburg

Tel.: 09 41 / 56 95-1 79

Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

Editorial

„Das Verdrängte kehrt unerledigt wieder“ (S. Freud)

In der medizingeschichtlichen Forschung gibt es heute keinen Zweifel mehr, daß die Schwarze-Schaf-Theorie nicht mehr haltbar ist, nach der nur wenige faschistische Täter einer übergroßen integren Mehrheit der Ärzteschaft einschließlich der Zahnärzte gegenübergestanden hätten. Die Tatsache einer freiwilligen Mitgliedschaft ungefähr der Hälfte aller Ärzte und Zahnärzte in Partei und anderen NS-Gruppierungen deutet auf geistig-ideologische Grundhaltungen, in denen sich die 'Medizin ohne Menschlichkeit' erst entwickeln konnte. So gehörten auch Zahnärzte zu den Terrorkommandos von SS und SA, standen auf Selektionsrampen der KZs, entfernten Zahngold aus den Gebissen der Gefolterten und Ermordeten und gehörten nicht zuletzt zu den willfähigen Vollzugsorganen des rassenideologischen Wahnsinns der medizinischen Fakultäten.

Das sind historische Fakten, die in der standeseigenen Geschichtsschreibung unerwähnt geblieben sind. Insbesondere wohl auch deshalb, weil es der etablierten Zahnärzteschaft bis heute nicht gelungen ist, auch nur den geringsten Beweis für eine Art Widerstandskultur

im 'Dritten Reich' zu erbringen. Das Thema wurde tabuisiert und verdrängt.

Den Kollegen der 'Vereinigung Demokratische Zahnmedizin' gebührt deshalb unser Respekt, mit der Vorlage des Sammelbandes 'Zahnmedizin und Faschismus' den Beginn der Dokumentation und Aufarbeitung stellvertretend für die gesamte Zahnärzteschaft geleistet zu haben. Wir teilen die Scham über alles Unrecht, das auch von Zahnärzten ausging. Wir teilen die Verpflichtung zur Wahrheit, die die Verstrickungen unseres Standes in die 'Ideologie des Herrenmenschen' nicht länger verheimlicht. Daß sowohl die Initiative als auch diese ersten medizinhistorischen Beiträge von Kassenzahnärzten stammen, kann den Wert und die Wirkung dieser Arbeit nur erhöhen.

Deshalb appellieren wir an den BDZ-Präsidenten PILLWEIN und alle Kammerpräsidenten, diese Dokumentation der VDZ als schmerzhaften, aber notwendige Beitrag zur Berufsgeschichte und Standeshygiene anzunehmen. Wir bitten alle Kollegen, diese Arbeiten nicht als Affront zu werten, sondern als unabwiesbare Schuld anzu-

erkennen. Diese Hypothek sollte uns alle zu einer Haltung veranlassen, die der Würde der Opfer gerecht wird.

Das erfordert Mut und die Absage an übliche berufspolitische Prinzipien des Taktierens, Lavierens, Bagatellisierens. Als ein schlimmes Zeichen der Unverbesserlichkeit müßten Reaktionen gelten, die den Herausgeber KIRCHHOFF und seine Mitautoren als Nestbeschmutzer und Vaterlandsverräter diskriminieren wollen. Leider ist damit zu rechnen. Alle Kritiker sollten sich jedoch vor schnellen Urteilen mit der entsprechenden Kontroverse bei den ärztlichen Kollegen vertraut machen. Dort

hatte sich 1986 der Kinderarzt HANAUSKE-ABEL mit einer Arbeit über die 'Medizin unter dem Nationalsozialismus' einem Arsenal faschistoider Standesrepressalien ausgesetzt, konnte durch die erdrückenden Beweise jedoch die Bundesärztekammer dazu bewegen, endlich damit zu beginnen, sich in verantwortlicher und seriöser Weise auch mit der negativen Seite ihrer Standestradiation auseinanderzusetzen.

Auch unsere Glaubwürdigkeit könnte durch die Aufarbeitung dieser Zeit und ihrer Folgen nur gewinnen. cn

Die Buchbesprechung 'Zahnmedizin und Faschismus' erfolgt auf Seite 83.

"Verhängnisvoll könnte es werden, wenn wir aus den Augen verlören, was damals Wirklichkeit war. Wir sollten aber wenigstens bis dahin gelangen, wo um die geschichtliche Wahrheit gerungen wird - und nicht um die effektivste Abwehr dieser Wahrheit."

Margarete u. Alexander Mitscherlich
'Die Unfähigkeit zu trauern' (1977)

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Zur aktuellen Situation: Wer hat unsere Funktionäre gekauft?

Zur Anhörung des Bundesarbeitsministeriums zum Strukturreformgesetz am 19.02.1988 in Bonn

Vornehme Zurückhaltung war doch noch nie die Sache unserer Berufsvertreter. Ob BEMA-Umstrukturierung, Prothetik-Richtlinien oder Sachverständigen-Gutachten 87 - da konnten BDZ, KZBV, vor allem aber der Freie Verband nicht laut genug protestieren und polemisieren - kein Vergleich war zu schade, keine Vokabel zu scharf, um vor allem das Bundesarbeitsministerium, seinen Minister und dessen Ministerialdirektor Jung an den Pranger zu stellen. Als aber Tacheles geredet werden sollte - am 15.2. bei der Anhörung der Verbände zu den BMA-Vorstellungen bzgl. der Strukturreform im Gesundheitswesen - da schien es, als haben alle Betroffenen plötzlich Kreide gefressen: Da war keinerlei Rede mehr davon, daß schon die Vorgabe der Politiker, 15 Mrd. DM im Gesundheitswesen zu sparen und davon 2,5 Mrd. allein beim Zahnersatz, daß diese Vorgabe allein schon fragwürdig ist, vor allem in Hinblick darauf, daß im Jahr 1986 und 1987 durch die Selbstverwaltung bereits wesentliche Einsparungen (10 bis 20%) erreicht wurden.

Hieß es noch vor Jahresfrist in einem Rundschreiben des

Freien Verbands: Individualprophylaxe als Sachleistung - niemals!, so war davon jetzt keine Rede mehr, im Gegenteil: Dr. Böhme forderte, daß die Individualprophylaxe nicht vom 18., sondern bereits vom 6. Lebensjahr an von der GKV bezahlt werden muß, vom 18. Lebensjahr an mit Selbstbeteiligung.

H.H. Bieg, der sonst so militante FVDZ-Vorsitzende, bedauerte lediglich, daß der Bürger zwangsversichert bleibt und stellte die für ihn offenbar wichtigste Frage: Wohin geht die Macht nach der Strukturreform? - Wie der Zahnlose unter diesen Bedingungen zu neuen Zähnen kommt, interessierte weniger.

Von den Verbandsvertretern kamen nur kleine Korrekturen am Gesetzentwurf - trotzdem bissig kommentiert von Herrn Jung, der einzelne Redner wie Schuljungen abkanzelterte, andere persönlich für das Versagen ihres Teilbereichs haftbar machte, wieder andere demonstrativ überhörte, freundlich lächelnde dagegen mit interessierten Verständnisfragen bedachte.

Die Damen und Herren Funktio-

näre ließen das alles wie begossene Pudel über sich ergehen, niemand - außer dem DAZ-Vorsitzenden - erhob Widerspruch. Niemand sagte, was gerade hier hätte gesagt werden müssen: Daß es an einem solch miserablen Gesetz nichts Fachmännisches zu beraten gibt; daß das Ganze nicht mehr als einen Etikettenschwindel darstellt, weil es die bisherige Gesundheitspolitik nicht reformieren, sondern lediglich Sozialausgaben sanieren bzw. umverteilen will.

Wer erinnert sich nicht an die Zeiten, in denen unsere Funktionäre das "Linkskartell" und die Regierung für jedwede Mißlichkeit verantwortlich machten? Hier hatte nicht einmal der Freie Verband, für den diese Gesetzesvorlage doch nicht mehr und nicht weniger als ein Ermächtigungsgesetz (!) für die Gesundheitsbürokratie ist, den Mut, den Mund aufzutun. An die Adresse der Auftraggeber des Gesetzes, die Koalitionsparteien, die das so haben wollen, um ihre Wahlchancen zu verbessern, hätte man sagen müssen, man werde sie für die Folgen öffentlich verantwortlich machen - und: Ohne Selbstverwaltung kann man in der Bundesrepublik kein Gesundheitswesen reformieren!

Doch so sprach niemand. Dagegen kamen so überzeugende Argumente wie: Wieso wir, wieso nicht die anderen? Denken sie doch auch an die vielen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen! etc. etc.

Haben wir nur Funktionäre, die nach innen - um auf der Leiter aufzusteigen, die Muskeln spielen lassen - nach außen aber weder Manns genug sind zu sagen: bis hierhin und nicht weiter, geschweige denn einer solchen Bekundung auch Taten folgen zu lassen?

Vernebelt einem Funktionär der Zwang, smart und erfolgreich zu sein - und nach allen Seiten offen, versteht sich - den Blick für die Grenzen des Zumutbaren?

Geht es uns Zahnärzten so schlecht, daß wir den Patienten, unseren wichtigsten Verbündeten, den Einsatz versagen?

Und die vielbeschworene Geschlossenheit unseres Berufsstandes - nur eine Leerformel zum Aufbau eines Versicherungs- und Servicestellen-Imperiums namens Freier Verband Deutscher Zahnärzte?

Alles dies mag bei der Anhörung in Bonn eine Rolle gespielt haben. Das Augenfälligste jedoch war dieses: BDZ, KZBV und Freier Verband haben keinerlei überzeugende Konzepte und deshalb der Ministerialbürokratie nichts entgegenzusetzen. Das durch Kleinkrieg begrenzte Gesichtsfeld unserer Körperschaften hat vor allem eines überhaupt noch nicht realisiert: Gegen die Einschnitte, die mit dem sog. Gesundheitsreformgesetz auf uns und unsere Patienten zukommen, waren die Streitereien um die neue GOZ und die BEMA-Umstrukturierung marginale Plänkeleien! hahe

Stellungnahme des DAZ- Vorsitzenden Dr. Ernst zum Referentenentwurf des Gesund- heitsreformgesetzes

vorgelegt zur Anhörung am 19.02.1988 in Bonn

1. Zum Zahnersatz

Ein zentraler Satz der Begründung zum Referentenentwurf des Strukturreform-Gesetzes lautet: "Die Bilanz zehnjähriger Kostendämpfungsbemühungen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung macht deutlich, daß es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gibt."

Die Koalition hat dem Minister die Aufgabe gestellt, rund 15 Mrd. DM Ausgaben bei der GKV einzusparen, um die Krankenversicherung der Rentner und die Pflegefallkosten finanzierbar zu halten bzw. finanzierbar zu machen und mit der Senkung des Kassenbeitrages noch eine Konsumspritze zu setzen.

Die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz hat dabei mit geplanten 2,6 Mrd. Einsparungen die größten Lasten zu tragen. Wenn das Argument vom Zahnersatz als Luxusleistung je gestimmt haben soll: mit den ab 01.04.86 geltenden Richtlinien trifft es nicht mehr zu.

Diesen Schluß teilt auch der Sachverständigenrat in seinem

Jahresgutachten 1988. Ich zitiere:

"Andererseits gingen bereits einige Neuregelungen der Vertragspartner im Jahre 1986 in die auch vom Rat empfohlene Richtung. Ihre konsequente Weiterentwicklung insbesondere für den Prothetik-Bereich könnte völlig andere Rahmenbedingungen des Gesetzgebers partiell entbehrlich machen.

149. Werden aus politischen Gründen für die Versorgung mit Zahnersatz andere Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber gewollt, sollten die Festzuschüsse so angesetzt werden, daß jeder Patient unabhängig von seinen Einkommensverhältnissen die gesundheitlich notwendige Versorgung erhält. Dazu sollten die Zuschüsse auf der Grundlage der Standard- und nicht der Minimalversorgung bemessen werden."

Dem schließt sich der DAZ voll an, wenn unter Standardversorgung die im Einzelfall indizierte, wirtschaftlichste, notwendige Lösung verstanden wird, wie sie von der Selbstverwaltung im Rahmen der ZE-Richtlinien festgelegt worden ist.

Diese Richtlinien haben im ersten Halbjahr '87 zu Einspa-

rungen zwischen 10 und 20 Prozent geführt. Erzielt wurden sie von einer verantwortungsvoll tätigen Selbstverwaltung ohne direkte Eingriffe des Gesetzgebers.

2. Zur Prophylaxe

Der Gesetzentwurf setzt nicht an den oben zitierten "Ursachen von Fehlentwicklungen" an, die darin liegen, daß verworrene Länder- und Ressort-Kompetenzen sich wirkungsvoll einer funktionierenden Gruppenprophylaxe in den Weg stellen.

Ein Jugendzahnheilkundegesetz scheiterte 1964 im Bundesrat mit der Begründung, daß keine gesundheitspolitische Notwendigkeit für eine bundeseinheitliche Regelung bestehe.

Es bedeutet eine Verschleuderung von Mitgliedsbeiträgen, die Krankenkassen, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, zur Ausgabe von 200 Mio. DM für Prophylaxe ohne exakte Vorgaben für die Verwendung der Mittel zu verpflichten, d.h.

- ohne Jugendzahnheilkundegesetz,
- ohne Ausbildung von Zahnärzten in Kinderzahnheilkunde, Prophylaxe und Ernährungslehre,
- ohne Ausbildung von Erziehern und Lehrern,
- ohne eine Stärkung des kommunalen jugendzahnärztlichen Dienstes.

Eine echte Gesundheitsreform in der Zahnmedizin hat an den Anfang ein Jugendzahnheilkundegesetz zu setzen. Dies ist natürlich nicht Aufgabe des Arbeits-, sondern des Gesundheitsministeriums. Daß dies nicht geschieht, ist der kostenträchtigste und folgenreichste Systemmangel auf unserem Fachgebiet.

Die Kostenübernahme der Individualprophylaxe für Erwachsene, vorgesehen sind 325 Mio. DM, stellt allen Sinn für Vernunft auf den Kopf, solange es keine organisierte Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche gibt.

3. Zur Qualitätssicherung

Seit Beginn der Qualitätssicherungsdiskussion hat der DAZ darauf hingewiesen, daß Qualitätssicherung primär kein Kostendämpfungsinstrument darstellt. Sie soll vielmehr dazu beitragen, die Effektivität ärztlicher Leistungen zu sichern und da, wo es möglich ist, zu steigern.

Alle Überlegungen zu Qualitätssicherungsprogrammen gingen deshalb vom kostenneutralen Honorarrahmen in der GKV aus, in dem lediglich notwendige Umgewichtungen, z.B. von Zahnersatz auf Prophylaxe und konservierende Maßnahmen, stattfinden müßten und darüber hinaus Schritte zur Qualitätssicherung, wie sie auch im medizinischen Rahmen stattfindet, eingeführt werden soll-

ten.

Unter dem politischen Diktat - Einsparungen von 2,5 Mrd. DM - sieht auch der DAZ keine Möglichkeit, die Kollegenschaft von der Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu überzeugen. In dieser Situation ist die Akzeptanz für Qualitätssicherung aus psychologischen, aber auch aus ökonomischen Gründen, gering.

Ärzte können keine Hilfswilligen von Sparkommissaren der Krankenkassen sein, deren eigener Verwaltungsaufwand bei Kostendämpfungsmaßnahmen bisher systematisch ausgespart wurde. Ärzte sind von Ausbildung und Auftrag her primär dazu aufgerufen, durch geeignete Anstrengungen die Güte und Wirksamkeit ihrer eigenen Leistungen zu verbessern, nicht dagegen die Finanzierbarkeit des Sozialversicherungssystems sicherzustellen.

Bei Kariesbefall nicht immer Excavieren!

Ist die Diagnose einer kariösen Läsion klinisch oder radiologisch gestellt, so ist das Vorgehen im Einzelfall abklärend. Während früher zu erwarten war, daß rasches Fortschreiten der Karies den Zahn bald tiefgehend zerstören würde, fällt heute der Substanzverlust durch Kavitätenpräparation schwerer ins Gewicht. Größtmögliche Schonung der Zahnhartgewebe ist bei der Kavitätenpräparation angezeigt. Vorschnelle konservierende Behandlung approximaler, im Röntgenbild sichtbarer Frühschäden ist auf jeden Fall zu vermeiden. Nur wenn eine Radioluzenz im Dentin sichtbar ist, muß die Fläche eröffnet werden; auf den Schmelz beschränkte Radioluzenzen sind vorzugsweise präventiv zu versorgen.

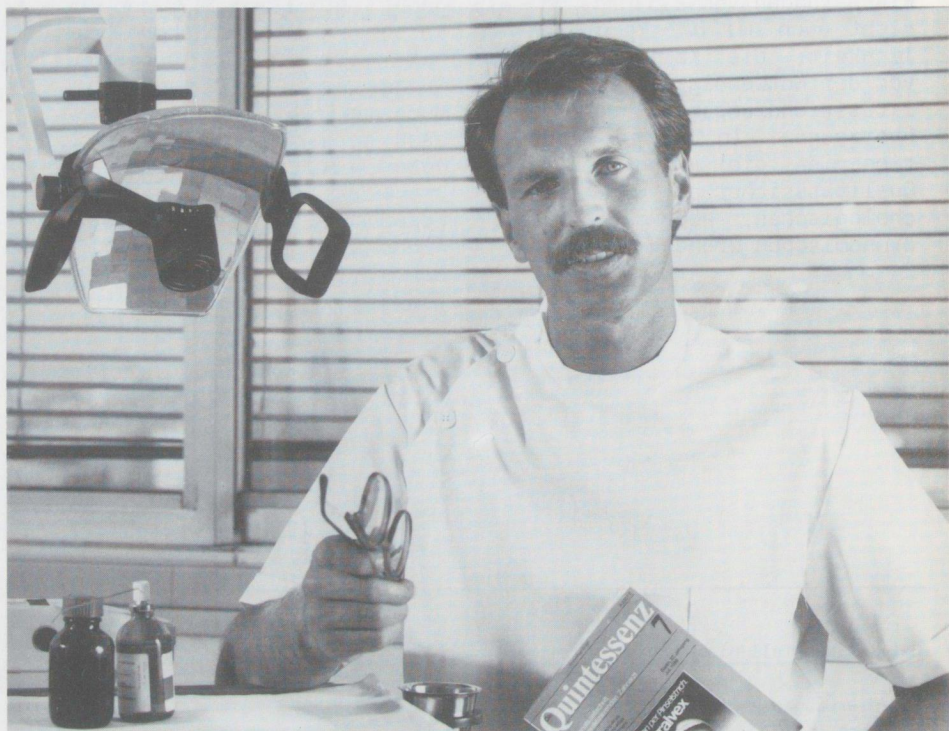
...

Die Beurteilung der individuellen Kariesaktivität des Patienten, Qualität und Intensität der Mundhygiene und kariesprophylaktischer Maßnahmen sowie das Ernährungsbewußtsein sind wichtige Parameter.

Nur bei den Patienten und in den Regionen, wo das kariesprophylaktische Umfeld stimmt, wird dieses restriktive Verhalten des Zahnarztes sinnvoll und erfolgreich sein.

Dtsch Zahnärztl Z 42, 1048-1055 (1987)

SEIEN SIE RUHIG ANSPRUCHSVOLL BEI DER WAHL IHRER FACHLITERATUR!



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

Die Konsequenz:

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

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

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

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

Unser Verlagsprogramm senden wir Ihnen gern zu: Quintessenz Verlag, Ifenpfad 2-4, D-1000 Berlin 42

Quintessenz

Berlin - Chicago - London - São Paulo - Tokio

Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege und Prophylaxe in der BRD

M. Witte

Mit den folgenden Empfehlungen ergreift der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde erneut die Initiative, die Bemühungen um die Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung zu verstärken.

Gerade im Hinblick auf die aktuell diskutierte Kostenprobleme der kurativen Medizin appellieren wir an Universitäten, Gesundheitsbehörden, Krankenkassenverbände und zahnärztliche Körperschaften, alle Anstrengungen zu unternehmen, um die Karies- und Parodontalprophylaxe breitenwirksam zu intensivieren.

Nach Einschätzung von Experten befindet sich die Bundesrepublik Deutschland in diesem Bereich auf dem Stand eines Entwicklungslandes. Es gilt deshalb, jahrzehntelange Rückstände gegenüber Nachbarländern wie der Schweiz, Holland und Skandinavien aufzuholen und alles zu tun, die von der WHO gesteckten Ziele bis zum Jahr 2000 zu erreichen.

Ausgangssituation

Bevölkerungsrepräsentative oralepidemiologische Untersuchungen wurden in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht durchgeführt. Es ist zu hoffen, daß die vom Institut der Deutschen Zahnärzte geplante große epidemiologische Repräsentativerhebung zum Mundgesundheitszustand und Mundhygieneverhalten in der Bundesrepublik tatsächlich eine Forschungslücke schließt.

Es liegen vor:

1. regionale, für bestimmte Altersgruppen repräsentative Stichproben,
2. bundesweite, nicht reprä-

sentative Stichproben aus Zahnarztpraxen,
3. regionale, nicht repräsentative Stichproben aus Kindergärten, Schulen, Zahnarztpraxen und Bundeswehrstandorten (2).

Eine Zusammenfassung epidemiologischer Studien wurde kürzlich von Naujoks (11) vorgenommen. In fast allen Altersklassen läßt sich ein erschreckender Kariesbefall feststellen. Eine Ausnahme bildet eine Untersuchung aus dem Kreis Stormarn, in dem in Kindergärten eine organisierte Gruppenprophylaxe betrieben wurde. Einen positiven Trend beobachtet Naujoks bei den

Acht- bis Neunjährigen im Projekt A5 (1983) gegenüber der WHO-Studie (1973). Die Fluoridanwendung durch Tabletten und besonders durch fluoridhaltige Zahnpasten wird als entscheidender Beitrag an der Kariesreduktion hervorgehoben (12). Es ist zu befürchten, daß positive Ansätze durch eine fehlende kariesprophylaktische Betreuung in der Schule zunichte gemacht werden. Eine Befragung von 983 Schülerinnen und Schülern der 8. und 9. Klassen verschiedener Haupt-, Real- und Oberschulen ergab ein unzureichendes Zahngesundheitswissen (9).

Dem "Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe" ist zu entnehmen, daß in keinem Kammerbereich Kleinkinder im Alter von drei bis sechs Jahren flächendeckend betreut werden. In seltensten Fällen erfolgt eine Betreuung von Schülern der allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen (1).

Der Verbrauch von Zucker ist nach Statistiken der Zuckerindustrie im Jahre 1985 auf 125 Gramm pro Kopf und Tag angestiegen (8). Innerhalb kurzer Zeit ist es der Zuckerwerbung gelungen, Pausenfrühtücksgewohnheiten umzustellen.

In der Bundesrepublik gibt es keine einzige Gemeinde, die dem Trinkwasser Fluorid zusetzt (7). Die gesetzlichen Möglichkeiten dazu sind vorhanden. Herstellung und Vertrieb von fluoridiertem Kochsalz sind in der Bundesrepu-

blik verboten. Schwersten Schaden hat der Fluoridprophylaxe vor allem die Fernsehsendung "Monitor" zugefügt.

Die offizielle Jugendzahnheilkunde findet bei uns auf folgende Weise statt (7):

Beamtete und bestallte Zahnärzte erheben in jährlichen Abständen Statistiken über den Krankheitsbefall. Diese werden veröffentlicht. In einigen Bundesländern sind die beamteten Zahnärzte befugt, die festgestellten Schäden auch zu behandeln. In den übrigen Ländern betreiben die Schul- und Jugendzahnärzte lediglich kariesprophylaktische Aufklärung und Unterweisung. Die Tätigkeit der insgesamt nur 300 beamteten Zahnärzte ist relativ wirkungslos. Niedergelassene Zahnärzte gibt es über 30.000.

Der letzte Anlauf einer Bundesregierung, ein Jugendzahnheilkundengesetz zu erlassen, scheiterte 1964 an den Ländern im Bundesrat mit der Begründung, daß keine gesundheitspolitische Notwendigkeit für eine bundeseinheitliche Regelung bestehe (14). Ein Jugendzahnpflegegesetz gibt es bisher nur in zwei Bundesländern, in Schleswig-Holstein und in Baden-Württemberg (5).

Die Bundeszahnärztekammer traf 1983 mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen und 1984 mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen, der Arbeiter-Ersatzkassen, den Spitzenverbänden der Betriebs-

Innungs-, und Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft Empfehlungsvereinbarungen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe (3). Die Landesarbeitsgemeinschaften Zahngesundheit bzw. zur Förderung der Jugendzahnpflege haben auf der Grundlage der Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene keine Aktivitäten entwickelt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sieht im Rahmen der Strukturreform im Gesundheitswesen als neue Leistung jährlich 200 Mio. DM für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe vor (4). Es stellt sich die Frage nach der Zuständigkeit für die Breitenprophylaxe. Während der Referentenentwurf zur Strukturreform im Gesundheitswesen ein verstärktes Mitspracherecht der Krankenkassen für den Bereich der Gruppenprophylaxe vorsieht, wird im Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (10) die primäre Zuständigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes für diese Maßnahme hervorgehoben.

Im Referentenentwurf fehlt völlig die konzeptionelle Grundlage für die Durchführung der Gruppenprophylaxe. Es ist daher fraglich, ob neben der Bereitstellung von Finanzmitteln die Breitenprophylaxe auch mit Inhalten versehen wird.

Konsequenzen

Auf welche Weise Zahnschäden verhindert werden können, darüber gibt es seit langem eine Fülle wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse, die in vielen Ländern z.T. schon jahrzehntelang erfolgreich angewendet werden.

Zahnschäden lassen sich vermeiden durch:

regelmäßige Zahnpflege,
Einschränkung des Genusses zuckerhaltiger Speisen und Getränke,
Anwendung von Fluoriden,
regelmäßige zahnärztliche Kontrollen (7).

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat seit 1980 mehrmals Vorschläge für eine effektive, breitenwirksame Prophylaxe gemacht (5, 6, 7). Im folgenden werden unsere Forderungen nochmals zusammengestellt:

1.
Wir brauchen ein bundeseinheitliches Jugendzahnheilkundengesetz, das die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen für breitenwirksame Prophylaxe schafft. Einer Ergänzung bedarf es durch Landesgesetze, um z.B. auch die bildungspolitischen Voraussetzungen zu schaffen zur Aufnahme des Faches Zahngesundheit in die Ausbildung von Erzieherinnen und Lehrern.

2.
Die zahnmedizinischen Ausbildungsstätten müssen in viel

stärkerem Maße als bisher die Bereiche Prävention und Kinderzahnheilkunde in die Lehrpläne aufnehmen. Hierzu gehören sowohl die Schaffung neuer Lehrstühle als auch die Möglichkeit der Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kinderzahnheilkunde.

3. Die Schwangerenvorsorge und Mütterberatung ist im Hinblick auf die Kariesprophylaxe zu verbessern. Die Ausbildung von Arzthelferinnen und Schwestern der entsprechenden Fachgebiete sollte zumindest die Mundhygieneunterweisung und die Ernährungsberatung berücksichtigen.

4. Vor dem Einsatz breitenwirksamer Maßnahmen kommt dem Kinderarzt und seiner Helferin eine besondere Aufgabe im Rahmen der zahnmedizinischen Prophylaxe zu. Der Pädiater sollte bei Untersuchungen der Mundhöhle zusammen mit seiner Helferin Hinweise zur Zahnpflege geben, Ernährungsberatungen durchführen und die Möglichkeiten der Fluoridierung aufzeigen.

Eine erste Inspektion der Mundhöhle ist für die U2 (3.-10. Lebensjahr) vorgesehen. Die U7 (2. Lebensjahr) und die U8 (4. Lebensjahr) beinhalten eine Untersuchung der Zähne. Voraussetzung für die Untersuchung und Vermittlung von Informationen sind allerdings zahnmedizinische Grundkenntnisse, die in der Ausbildung

und durch Fortbildungsveranstaltungen erworben werden müssen.

5. Mundhygieneunterweisung, Ernährungsberatung und die lokale Anwendung von Fluoriden können von durch Zahnärzte ausgebildetem Hilfspersonal durchgeführt werden. Hierfür kämen Hausfrauen, Studierende der Zahnheilkunde, arbeitslose Erzieher und Lehrer, Zivildienstleistende als potentiell-les Kräfte reserviert in Frage.

6. Das Fach Zahngesundheitserziehung ist in der Ausbildung von Erzieherinnen und Lehrern zu berücksichtigen. Die Zahngesundheitserziehung muß in die Lehrpläne der Schulen aufgenommen werden.

7. Jugendzahnärzte müssen das Recht zur Behandlung erhalten. Der bestehende jugendzahnärztliche Dienst ist auszubauen.

Bereits seit Mai 1977 besteht eine Prüfungsordnung für Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst zum Erwerb einer Gebietsbezeichnung (15). Bei der Gewichtung der Prüfungsabschnitte ist den zahnärztlichen Aufgaben, d.h. Untersuchung, ggf. Behandlung der Kinder Ausbildung des Hilfspersonals in Mundhygieneunterweisung, Ernährung und lokale Anwendung von Fluoriden, Abhalten von Elternabenden in Kindergärten und Schulen eine besondere Beachtung zu schen-

ken. Eine Entlastung von Verwaltungsaufgaben sollte angestrebt werden.

Seit 1977 haben nur ca. 100 Zahnärzte die Gebietsbezeichnung erworben. Informationsdefizite der Zahnärzte und Studierenden der Zahnheilkunde über diese Möglichkeit der Weiterbildung müssen abgebaut werden.

Bei einer derzeitigen Zahl von ca. 300 Zahnärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst ist im Rahmen der Gruppenprophylaxe zusätzlich das Engagement der niedergelassenen Kollegen gefordert.

8.
Ein Verbot des Verkaufs von Süßigkeiten und Süßgetränken an Schulen und Ausbildungsstätten ist von den zuständigen Länderministerien zu erlassen und die Durchführung zu überwachen.

9.
Süßwaren sind mit dem Hinweis auf die Gefährdung der Zahngesundheit zu kennzeichnen.

10.
Das Bundesministerium für Familie und Gesundheit wird aufgefordert, die Herstellung und den Vertrieb von fluoridiertem Kochsalz zuzulassen und Anreize für den Verkauf zu schaffen. Langjährige, positive Erfahrungen mit der Kochsalzfluoridierung liegen in der Schweiz vor. Die Kochsalzfluoridierung hat gegenüber der Trinkwasserfluoridierung

den Vorteil der Wahlfreiheit.

Gleichzeitig ist die Bevölkerung über die Medien in geeigneter Form über die Vorteile dieser Prophylaxeform zu unterrichten. Diese Medienarbeit sollte vom Bundesgesundheitsamt, von den kommunalen Gesundheitsbehörden und den Krankenkassen durchgeführt werden.

11.
Die zahnärztlichen Körperschaften sollten verstärkt Aufklärung über Prophylaxemaßnahmen betreiben. Lokale und regionale Aufklärungskampagnen der Kammern und KZVen sind durch bundesweite Maßnahmen zu ergänzen. Rücksicht auf die Zuckerindustrie ist dabei unangebracht und schädlich.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für den Bereich der Jugendzahnpflege bis zum Jahr 2000 folgende Ziele vorgesehen (13):

1. 50 % der Fünf- bis Sechsjährigen sollten kariesfrei sein.

2. Im Lebensalter von 12 Jahren soll im globalen Durchschnitt kein Jugendlicher mehr als drei kariöse, fehlende und gefüllte Zähne haben.

3. 85 % der 18jährigen sollen noch ein vollbezahntes Gebiß aufweisen.

Die Bundesrepublik hat als eines der reichsten Industrieländer auf jeden Fall die fi-

nanziellen Möglichkeiten, daß die Ziele der WHO erreicht werden. Eine Strukturreform, die dem Primat der Breitenprophylaxe nicht gerecht wird, verdient diesen Namen nicht.

Literaturverzeichnis

1. Bauch, J.:
Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe. III. Dokumentation der zahnärztlichen Aktivitäten in der Gruppenprophylaxe. Schriftenreihe der Bundeszahnärztekammer 2-86.
2. Boehme, P.:
Die zahnärztliche Gruppenprophylaxe nach den Empfehlungsvereinbarungen. in: Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe. Schriftenreihe der Bundeszahnärztekammer 2-86.
3. Bücken-Gärtner, H.:
Zahngesundheit der Bevölkerung - epidemiologischer Forschungsbedarf. Zahnärztl Mitt 74, 1563 (1984).
4. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung:
Sozialpolitische Informationen. Jahrgang XXI/19, 8. Dez. 1987.
5. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde:
Arbeitsberichte 1980/81. Dienerstr. 20, 8000 München 2.
6. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde:
Grundsätze und Empfehlungen zur kasenzahnärztlichen Versorgung. Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70.
7. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde:
Zahnärztliche Vorschläge zur Strukturreform. Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70.
8. Ernst, R.:
Zucker. DAZ Forum Nr. 12, 41 (1986).
9. Fregin, C.:
Zahngesundheitswissen und -verhalten von Jugendlichen. Dtsch Zahnärztl Z 42, 978 (1987).
10. Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.
11. Naujoks, R.:
Epidemiologie der Zahnkaries in der Bundesrepublik Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 42, 16 (1987).
12. Naujoks, R. und Hüllebrand, G.:
Mundgesundheit in der Bundesrepublik. Zahnärztl Mitt 75, 417 (1985).
13. Reckort, H.-P.:
Rückgang der Karies verändert die Zahnheilkunde in vielen Staaten. Zahnärztl Mitt 75, 568 (1985).
14. Reckort, H.-P.:
BDZ unterbreitet Vorschläge zur Reform der Schulzahnpflege. Zahnärztl Mitt 75, 1599 (1985).
15. Vorläufige Prüfungsordnung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf für Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitswesen. Erlaß des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Manfred Witte
Hunoldstr. 62C
2906 Hundsmühlen

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK

zum Referentenentwurf zum Gesundheitsreformgesetz (GRG), § 22, Stand 20.01.1988

Die DGZMK begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, Maßnahmen zur Verhütung von Zahnkrankheiten zu fördern und über die Krankenkassen Mittel zur Finanzierung bereitzustellen.

In folgenden Punkten erscheint uns der vorliegende Referentenentwurf allerdings ergänzungsbedürftig:

Es ist sicherzustellen, daß die

1. Kinder und Jugendlichen, die nicht von Gruppenprophylaxeprogrammen profitieren, ebenfalls prophylaktisch betreut werden. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen, sowie für die Vier- bis Sechsjährigen, die keinen Kindergarten besuchen (gegenwärtig ca. 30%).

2. Prophylaxemaßnahmen auf die individuellen Erfordernisse der Versicherten abgestimmt werden. Für Patienten mit einem erhöhten Kariesrisiko müßte somit - neben der in Gruppen vorgesehenen Basisprophylaxe - die Möglichkeit für eine zusätzliche individuelle Intensivbetreuung gegeben sein.

Wir bitten Sie hiermit, diese aus der Sicht des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes unbedingt erforderlichen Ergänzungen in die weiteren Beratungen einzubeziehen.

Die DGZMK, vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe, erklärt sich bereit, bei der Formulierung der Anforderungen an eine effiziente zahnmedizinische Prophylaxe im Kindes- und Jugendalter mitzuwirken.

Strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Jugendzahnpflege

Eine dem heutigen Wissensstand entsprechende Jugendzahnpflege kann sich nicht mehr nur auf die Feststellung und Dokumentation von Zahnschäden beschränken. Eine nachhaltige Verbesserung des Mundgesundheitszustandes unserer Bevölkerung ist nur durch konsequente Primär- und Sekundärprophylaxe von der Geburt bis ins hohe Lebensalter zu erreichen. Von der Wissenschaft als effizient angesehene Konzepte liegen vor.

Als Voraussetzung für die Realisierung dieses Zieles fordert die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK:

1. Die vorhandenen Kapazitäten gehören an einen Tisch und sollten zusammenarbeiten. Ohne Kooperation zwischen Zahnärzten, Kinderärzten, Krankenkassen, Kommunen, Eltern, Erziehern und Lehrern kann das gesteckte Ziel nicht erreicht werden.

Wo Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen erfaßt werden können, ist eine flächendeckende Gruppenprophylaxe aufzubauen.

Wo Kinder und Jugendliche nicht oder nicht vollständig über Gruppen erreichbar sind, müssen Organisationsformen entwickelt werden, um diesen Personenkreis ebenfalls in Prophylaxeprogramme einzubeziehen. Personen mit erhöhtem Kariesrisiko, sowie körperlich und geistig Behinderte bedürfen zusätzlicher Hilfen.

2.

Die Kontinuität der Prophyla-

xemaßnahmen muß gewährleistet sein. Dies ist sicherzustellen a) durch entsprechende gesetzliche Beauftragung bereits vorhandener Organisationen (z.B. des ÖGD, der LAGs; dem ÖGD ist - wo vorhanden - Priorität einzuräumen; gewachsene und bewährte Strukturen dürfen nicht zerstört werden) b) durch langfristige vertragliche Bindung der in der Prophylaxe Tätigen (Zahnärzte, Prophylaxepersonal) an die zuständigen Stellen (Gesundheitsämter, LAGs).

3.

Die fachliche Kompetenz der im Bereich der Jugendzahnpflege Tätigen (Zahnärzte, Ärzte, Prophylaxepersonal, Erzieher, Lehrer) muß sichergestellt sein. Voraussetzung hierfür ist eine der Bedeutung der Prophylaxe angemessene Einbeziehung entsprechender Lehrinhalte in die Aus- und Fortbildung

- a) der Medizin- und Zahnmedizinstudenten
- b) der Erzieher und Lehrer
- c) des Prophylaxepersonals.

Der Errichtung von Lehrstühlen für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde kommt in diesem Zusammenhang ein besonderer Stellenwert zu.

Wir bitten Sie, diese Vorschläge in die weiteren Beratungen mit einzubeziehen.

Die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe als zuständige wissenschaftliche Fachgesellschaft erklärt sich bereit, bei der Erarbeitung sowohl der strukturellen als auch der inhaltlichen Anforderungen aktiv mitzuwirken.

!! wichtiger Termin !!

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe am 27./28. Mai 1988 in Frankfurt

Die Schwerpunktthemen dieser - zusammen mit der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie stattfindenden Veranstaltung lauten:

Traumatische Schäden im Milch- und Wechselgebiss
(gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie)

Die Bedeutung des Wachstums für die Therapie

Freie Vorträge

Seitens der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie werden neben der gemeinsamen Veranstaltung zum Thema "Traumatische Schäden" noch die Themenbereiche

Kieferorthopädische Erwachsenen-Behandlung sowie

Die Bedeutung des Wachstums für die kieferorthopädische Therapie

abgehandelt.

Regionaltagung der Arbeitsgemeinschaft für Zahnheilkunde und Prophylaxe mit der LZK Hamburg

Termin: 29. 10.1988

Ort: Hamburg

Organisation: LZK Hamburg

Thema: Das behandlungsunwillige Kind



Hanser
FUNDIERTE
FACHBÜCHER
KOMPETENTER
AUTOREN

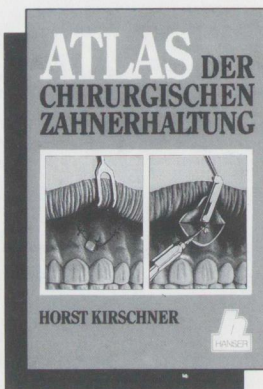
Oralchirurgische Therapie zur Erhaltung erkrankter Zähne

H. Kirschner
**Atlas der Chirurgischen
Zahnerhaltung**

Von Prof. Dr. H. Kirschner, Gießen,
mit Beiträgen von Dr. med. dent.
G. Iglhaut und Dr. rer. nat.
W. Stöckmann, Graphik von Dipl.
Designer Ch. Thiele. 296 Seiten,
391, meist farbigen Bildern, davon 77
Graphiken. 1987. Gebunden 328,- DM.
Sub. Preis bis 29.2.88 DM 278,-
ISBN 3-446-14933-3

Um Therapieergebnisse zu verbessern, werden konservativ-endodontische Behandlungen immer häufiger durch spezielle oralchirurgische Verfahren ergänzt. Die Chirurgische Zahnerhaltung bekommt nicht zuletzt durch die geforderte Kostendämpfung ihren hohen Stellenwert zugewiesen.

Der Verfasser hat die Grundlagen der Chirurgischen Zahnerhaltung ausführlich, Schritt für Schritt, beschrieben. Seine Darstellung umfaßt alle Maßnahmen, die der Zahnerhaltung dienen, angefangen von der Therapie der Parodontitis apicalis über Zystenoperationen und Wurzelbehandlungen



gen bis hin zu Zahnplantationen.

Eine Fülle von aussagekräftigen, farbigen Abbildungen begleiten den Text, so daß die Umsetzung des Dargebotenen in die tägliche Praxis mühelos gelingt.

Carl Hanser Verlag



Unsere neue Adresse: **FACKLER & WAGENBAUER**

Fachbuchhandlungen GmbH

Landwehrstraße 79 · 8000 München 2

bei der St. Pauls-Kirche

Telefon wie bisher: (089) 53 39 59

Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen

— ohne den Freien Verband

H.-W. Hey

Kein Zweifel - langfristige Perspektiven für unseren Berufsstand zu entwickeln war noch nie die Stärke des Freien Verbandes. Der nach eigenem Verständnis "zentralistisch geführte Kampfverband" genügte sich darin, Feinde zu entlarven, an den Pranger zu stellen und Stärke und Entschlossenheit zu demonstrieren.

Noch einfacher machte man es sich mit dem Problemfeld Qualitätssicherung. Während sich z.B. die Zahnärzteschaft in den USA selbst an die Spitze unvermeidlicher Entwicklungen in diesem Bereich setzte und damit öffentliche Reputation gewann, wurde das Thema in der Bundesrepublik von FVDZ und Körperschaften jahrelang tabuisiert. Jetzt, wo sich Bundesarbeitsministerium und Krankenkassenverbände mit der Materie zu befassen beginnen, mußte mangels Vorbereitung wieder aus der Hüfte geschossen werden. Was dabei herauskam, steht in einem "Beschlußpapier" des erweiterten Bundesvorstands des FVDZ - einer in der Tat erstaunlichen Collage von Unsinn, Widersprüchen und Peinlichkeiten. Wir zitieren im folgenden die wichtigsten Sätze aus dem

Leitartikel der "Zahnarztwoche" 5/88:

"Der Begriff "Qualität" in der Heilkunde, also auch Zahnheilkunde, ist - da er aus nicht-medizinischen Bereichen stammt - nicht richtig und daher unbrauchbar" - punctum. Wissenschaftler und Kollegen im In- und Ausland, die seit Jahren, z.T. seit Jahrzehnten, mit diesem terminus technicus arbeiten, dürften für ein solches Statement (ebenso gut könnte man den Wetterbericht ignorieren) nur ein Achselzucken übrig haben. Doch der Freie Verband beschließt weiter, daß "optimale Behandlungen - über lege artis hinausgehend (!!!) - innerhalb des Kassenzahnärztlichen Systems nicht durchgeführt werden können."

Diese Feststellungen sind vor allem deshalb so unverständlich, weil immerhin erstmals Problembewußtsein entstanden zu sein scheint, wenn man liest: "Auch der Freie Verband sieht einen Handlungsbedarf zur Sicherung von lege-artis-Behandlung" und "problematisch ist es, daß wiederholte Verstöße einzelner gegen lege-artis-Behandlungen zur Zeit

noch nicht ausreichende Konsequenzen nach sich ziehen." Genau diese Konsequenzen werden aber *expressis verbis* abgelehnt: Wichtigste Forderung im Handlungskonzept des Freien Verbandes ist es laut "Zahnarztwoche", "die Einführung von Behandlungskriterien und Behandlungskontrollen zu verhindern." "Einheitliche Qualitätskriterien", wie sie in der Studie "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" des Bundesforschungsministeriums (unter Vorsitz von Prof. Naujoks, Würzburg) angestrebt werden, "sind ein unrealistisches und praxisfremdes, gegen den Berufsstand der Zahnärzte gerichtetes Instrument." Und weiter: Es "soll die ganze moralische (!), politische und materielle Kraft des Verbandes eingesetzt werden, die gefährvollen Entwicklungen in diesem Bereich (also z.B. die Erstellung eines Prüfkriterienkatalogs, wie ihn die Forschungsgruppe erarbeitet - die Red.) zu stoppen." Der Freie Verband will lediglich dafür sorgen, daß "Abrechnungsmanipulationen", jedoch nur diese und sonst nichts, von den KZVen schärfer geahndet werden.

Abgesehen davon, daß der Begriff Beschluß darauf hindeutet, daß als Zielgruppe dieses Verhinderungspapiers die Körperschaften bestimmt sind, ist es sicher auch nicht uninteressant, daß der Freie Verband keine Auskunft darüber gibt, welche Kollegen - außer dem großen Vorsitzenden Bieg natürlich - in dem Arbeitskreis

Qualität mitgewirkt haben.

Es bleibt abzuwarten, ob sich Prof. Naujoks und die übrigen Hochschullehrer und Kollegen des Projekts "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" durch dieses Beschlußpapier des FVDZ disziplinieren lassen werden. Und man darf sicher auch gespannt sein, ob sich BDZ-Präsident Pillwein von seinen Appellen an die Kollegenschaft abbringen läßt, auf den fahrenden Zug Qualitätssicherung noch aufzuspringen.

Die Entwicklung wird sich jedenfalls durch solche lächerlichen Versteckspielen und Haarspaltereien wie "lege artis" und "Optimal-Behandlung" nicht aufhalten lassen. Der DAZ hat mit solchen Begriffen nie gearbeitet. Lege artis kann doch nur vage die Voraussetzungen, den Vorsatz und die Rahmenbedingungen umschreiben; und "Optimal-Behandlung" ist eine Gesamtwertung, aber kein taugliches Kriterium für eine nachprüf-bare Leistungsbeurteilung. So wichtig es für die Leistungserbringung sein mag, wie sie im Lehrbuch beschrieben ist (lege artis) - viel wichtiger ist es doch für den Praktiker zu wissen, was unter den ungünstigsten Bedingungen (Tagessform, compliance, Geräte, Materialien etc.) als minimaler Standard gerade noch akzeptiert werden kann. Um nichts anderes als um die Definition solcher Minimalanforderungen an die verschiedenen zahnärztlichen Leistungen ging

es und geht es uns. Der FVDZ hat dies gleichwohl immer ignoriert nach dem Motto: Was kümmert uns die Qualität? - Schließlich sind wir doch die Weltmeister!

Wenn die Zahnärzteschaft sich nicht selbst darum kümmert, daß "Kollegen" in ihrer Fließbandpraxis massenhaft minderwertige Leistungen abliefern, werden erneute Abwertungen der Einzelleistungsvergütung die sichere Konsequenz sein. Mengenbegrenzungsversuche durch die sog. Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten sind wirkungslos. - Der Fließbandbehandler gleicht das durch Mehrleistungen - womög-

lich nur durch seine Helferin erbracht - wieder aus.

Wie notwendig die Festlegung von Minimal Kriterien für die verschiedenen zahnärztlichen Verrichtungen ist, zeigt z.B. der Beitrag des Kollegen Nielsen zur Problematik des Kronenrandspalts in diesem Heft (S. 58). Gerade hier wird deutlich, wie weit der legerartisi-Anspruch und die tägliche Realität im wahrsten Wortsinn auseinanderklaffen.

Anschrift des Verfassers:

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

... Dreh- und Angelpunkt dieser Überlegung sind Kompetenz und Qualität. Beide stehen im ursächlichen Zusammenhang. Qualität kann als Parameter für Kompetenz angenommen werden. Dies geschieht hilfweise für die Kompetenz als rein geistige Leistung im zahnärztlichen Bereich, da direkte Meßpunkte für die ärztliche Leistung selbst nicht zugänglich sind. Doch ist die Wirkung auf die Öffentlichkeit bei mangelhafter Qualität gerade deshalb so verheerend, weil die Qualität eines sehr kleinen Bereichs oder Einzelereignisse des zahnärztlichen Tuns auf die gesamte Kompetenz der Zahnärzteschaft hochgerechnet wird. Diese Übertragung ist zwar unzulässig, jedoch wird sie regelmäßig gerade von dem Personenkreis vorgenommen, der den Zahnärzten ihre Stellung neidet und damit auch ihr Einkommen. Die Verbesserung der Kompetenz durch fortwährende Fortbildung wird von den Körperschaften angestrebt und gewährleistet, gerade von den jungen Kollegen intensiv wie nie zuvor angenommen. Die Verbesserung der Qualität geht dabei nicht zwangsläufig mit. Die Qualitätssicherung ist aber wie die Qualitätskontrolle ein Tabu bei den zahnärztlichen Körperschaften. Dieser Erkenntnis stehen besonders die auch im Rahmen des Angebots dieser Körperschaften fortgebildeten jungen Kollegen mit wachsender Kritik und sinkendem Verständnis gegenüber.

Dr. Wilh. Prosch (FVDZ) - Würzburg

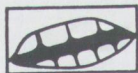


Flexible Zahnfleisch-Epithese

GINGIVAMOLL® Zahnfleisch-Epithesen sind als temporärer Ersatz des zurückgebildeten natürlichen Zahnfleisches zu betrachten. Daher sind sie nur nach abgeschlossener Parodontalbehandlung anwendbar.

Die GINGIVAMOLL® Epithese besitzt dank ihrer Flexibilität die Eigenschaft, große retentive Interdentalräume auszufüllen. Zudem wird eine leichte Schienungswirkung auf die überdeckten Zähne erzielt. Phonetische Insuffizienzen können korrigiert werden.

Das GINGIVAMOLL®-Sortiment enthält zwei transparente Grundfarben und eine Opakfarbe. Zur Charakterisierung der Epithese sind zwei Mal Farben vorgesehen und ein Schutzlack. Eine Tube mit Korrektur/Reparaturmasse vervollständigt das Programm.



Molloplast • Regneri GmbH & Co. KG
Roonstraße 23 a D-7500 Karlsruhe 1

ein Unternehmen der



Über die Auseinandersetzung mit Randgruppen"

— der Wahlkampf hat begonnen

"Der Freie Zahnarzt", "Zahnarzt aktuell", "Zahnärztliche Mitteilungen" und die Mitteilungsblätter der regionalen Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen machen bei der Auseinandersetzung mit den zum Freien Verband oppositionellen Gruppierungen nicht halt vor Falschinformationen, ungeheuerlichen Beschuldigungen, Feindbildaufbau, persönlichen Diffamierungen und Ausgrenzungsforderungen aus der Kollegenschaft. Erinnert sei beispielsweise an den Vorwurf gegen den Kollegen Stuer in Westfalen-Lippe, vor zwölf Jahren der Wegbereiter der "totalen Prothetikverträge" gewesen zu sein. Seit Jahren läuft eine bundesweite Diffamierungskampagne gegen Gerd Ebenbeck. "Zak" forderte 1985 seinen Ausschluß aus der kollegialen Gemeinschaft.

Zur Jahreswende bescherte uns der Landesvorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen des Freien Verbandes, Dr. Karl Horst Schirbort, seine Meinung über "Randgruppen" in einem Leitartikel im Niedersächsischen Zahnärzteblatt (22, 591, 1987).

Zunächst sieht Kollege Schirbort den Erfolg der bundesweiten Protestversammlung der

deutschen Zahnärzteschaft vom 22. Juni 1987 im Kampf gegen die neue Gebührenordnung durch das Auftreten von "Randgruppen" geschmälert. Dem Landesvorsitzenden ist durchaus noch zuzustimmen, daß die "Aktionen im politischen Raum und in der Öffentlichkeit Wirkung gezeigt haben." Allerdings negative: Der Streik hat die Zahnärzteschaft in eine totale Abseitsstellung gebracht.

Den zahnärztlichen Vertretern von Randgruppen sollen nach Ansicht des Kollegen Schirbort "Türen offenstehen, wo sie normalerweise nur schwer zu öffnen sind." Als Beispiel nennt Schirbort die Anhörung zur Gebührenordnung für Zahnärzte im Mai 1987, an der auch zwei Vertreter der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin teilgenommen haben. Er hält die Beteiligung dieser Gruppe am breiten Meinungsbildungsprozeß wegen ihrer Bedeutungslosigkeit für nicht erforderlich. "Warum, fragt man sich dann ..., gibt es in der Bundesrepublik Deutschland bei einer solchen Einstellung zur demokratischen Willensbildung eine Fünf-Prozent-Klausel?"

Aus der Nichtteilnahme der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin an den Körper-

schaftswahlen 1984/85 in Niedersachsen leitet der Landesvorsitzende die Bedeutungslosigkeit der Gruppe ab. Sollten ihm die Ergebnisse der Kammerwahlen in Berlin und Hessen nicht bekannt sein?

In Berlin erhielt die Fraktion Gesundheit bei der Wahl zur Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer 1986 15,5% und brachte damit sieben Delegierte in die Kammerversammlung. In Hessen erreichte die Liste Demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte bei den Wahlen zur Delegiertenversammlung der Landes Zahnärztekammer 1987 10,4% und stellte als zweitstärkste Fraktion fünf Delegierte.

Des weiteren widmet Herr Schirbort eine breite Passage seines Leitartikels einem Leserbrief der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin in der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung (14.7.1987), in dem festgestellt wurde, die Zahnärzte gehörten zu den Spitzenverdienern der Republik und das Weltuntergangsgeschrei der Landesvertreter sei deshalb völlig unverständlich.

Die Entscheidung der Landes Zahnärztekammer Niedersachsen, wegen dieser Feststellung kein Berufungsverfahren gegen die Autoren einzuleiten, wurde vom niedersächsischen Sozialminister bei einer Anfrage im Landtag als sachgerecht dargestellt. Es steht jedoch außer Zweifel, daß die Zahnärztekammer Niedersachsen wegen dieser

Äußerungen ein Berufungsverfahren anstrebte, dann aber auf Disziplinarmaßnahmen verzichtete, weil die sachliche Unangreifbarkeit der VDZM-Äußerung nur bestätigt worden wäre.

Als besonders peinlich muß der Hinweis Schirborts auf die Absicht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen bezeichnet werden, das Heilberufsgesetz mit dem Ziel zu ändern, Minderheiten in den Selbstverwaltungsorganen mehr Gewicht zu verschaffen. Sollte er keine Kenntnis von einer Beschlussvorlage der KZV Nordrhein über eine Neufassung der Wahlordnung haben? Sie sieht vor, daß ein Wahlvorschlag 50% mehr Kandidaten als bisher aufweisen muß. Für den Wahlkreis Köln müßten demnach 56 Kandidaten je Liste aufgestellt werden, für Minderheiten gleichbedeutend mit einem Listenausschluß.

Welche "demokratische Weise" unseren Landesvertretern bei Körperschaftswahlen in Niedersachsen vorschwebt, macht der Versuch der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen deutlich, im Vorfeld zu den Wahlen 1988 die Wahlordnung ebenfalls zuungunsten von oppositionellen Gruppen zu ändern. Nach der neuen Wahlordnung wäre es noch nicht einmal möglich gewesen, daß Kandidaten von zum Freien Verband konkurrierenden Gruppen als Ersatzleute in eine aussichtsreiche Position gewählt werden können. Die Änderung der Wahl-

ordnung fand überraschenderweise keine Zweidrittelmehrheit in der Vertreterversammlung und wurde somit abgelehnt.

Sollte die "Geschlossenheit unseres Berufsstandes" nur durch Änderung von Wahlordnungen verteidigt werden können, so zeigt dies ein erbärmliches Demokratieverständnis. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Erich Pillwein sieht in einem Leitartikel zur

Jahreswende in den Zahnärztlichen Mitteilungen (78, 16, 1988) die Wahrung der Geschlossenheit des Berufsstandes als eine Kernaufgabe an. "Allerdings bedingt das auch, daß wir den Umgang untereinander ständig überprüfen, daß wir auf Randgruppen zugehen und daß wir das Gespräch suchen statt die Konfrontation zu fördern!" Mögen in Niedersachsen den Worten Taten folgen.

m.w.

Strenge Bräuche im Kreißsaal

AIDS, so meint die Sunday Times, könne den in Großbritannien bislang noch ungebrochenen Trend zur Entbindung in den eigenen vier Wänden ins Gegenteil verkehren. Anlaß zu dieser Voraussage sind neue Richtlinien des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists für den Umgang mit Gebärenden und Wöchnerinnen.

Dieses Regelwerk mit peniblen Vorschriften, die zum Teil eher mit Rücksicht auf diffuse Laienängste als aus Fachkenntnis der AIDS-Übertragungswege formuliert zu sein scheinen, trägt nach Meinung seiner Kritiker eher zur Verunsicherung als zur Beruhigung werdender Mütter bei.

So wird vorgeschrieben, daß alle geburtshelferisch Tätigen neben der OP-Bekleidung Plastikschrüzen, -stiefel oder -überschuhe zu tragen haben und daß benützte Schutzkleidung und Schuhe beim Verlassen des Kreißsaals gewechselt werden müssen.

Zudem müsse berücksichtigt werden, so die Richtlinien, daß auch getrocknetes Blut lebende HIV-Viren enthalten könne.

Auf Wöchnerinnenstationen sollen Bäder möglichst durch Duschen ersetzt werden, auf alle Fälle jedoch nach jeder Benutzung desinfiziert werden. Ebenso die Toiletten.

Ist eine werdende Mutter AIDS-infiziert oder -verdächtig, sieht die Kleiderordnung im Kreißsaal zusätzlich Haube, Schutzbrille, Maske und obligatorisch Stiefel vor. Für sie gibt es neben separaten Toiletten noch die freundliche Aufforderung, keine fremden Babys anzufassen.

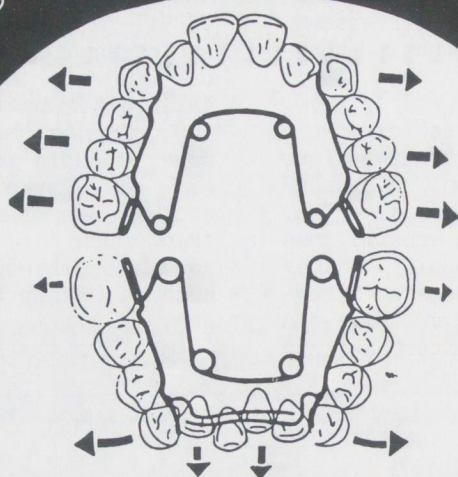
Frauengruppen sehen in den neuen Vorschriften eher einen Schrittmacher für den Trend zur Hausgeburt. "Wenn man uns im Krankenhaus wie potentielle Todbringer behandelt", so ist da zu hören, "sollten wir uns dort besser heraushalten."

Münch. med. Wschr. 129 (1987) Nr. 37

NEU!

MIA SYSTEM

nach
Bartels

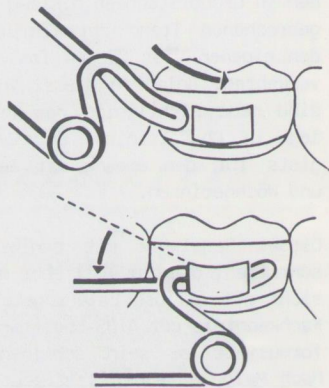


Der bekannte „QUAD-HELIX“ Bogen
+ einige neu entwickelte Zubehörteile ergeben das

MIA SYSTEM

- ein neues gekrümmtes, horizontales Lingualschloß läßt den Bogen im Ober- und auch im Unterkiefer ohne Behinderung durch die Incisivi „einschwenken“.
- eine neue indirekte Übertragungsmethode **Kiefer - Modell - Kiefer** erlaubt genauestes Adaptieren und Aktivieren am Modell auch während der Behandlung.

Fordern Sie bitte unsere ausführliche MIA-Broschüre mit zahlreichen Anwendungsbeispielen an oder lassen Sie sich das System von Ihrem UNITEK-Repräsentanten vorführen.



®

INTER-UNITEK GmbH
Postfach 1629
D-8032 Gräfelfing
Tel. (089) 85 50 39

INTER-UNITEK AG
Postfach 142
CH-8034 Zürich
Tel. (01) 47 84 34

inter

UNITEK

QUALITÄT
FORSCHUNG
SERVICE

DAZ Vorschläge zur Strukturreform Teil 3

VI. ZAHNERSATZ

Ausgangslage

Die Kosten für Kassenzahnheilkunde haben sich durch die Tatsache, daß der Zahnersatz 1975 zur Vertragsleistung wurde, zu den heutigen astronomischen Höhen aufgeschwungen. Dieser Kostendruck wiederum führte zu Lösungsvorschlägen, deren Spektrum von der Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen über die Erhöhung der Direktbeteiligung bis zur Plafondierung führte. In den Auseinandersetzungen, die sich jetzt über Jahre ziehen, gerieten die Interessen der Patienten immer weiter aus dem Blickfeld. Deshalb soll an einige Grundtatsachen erinnert werden, die jeder wissen muß, der am scheinbar perfekten Lösungsmodell zur Kostendämpfung feilt:

- In der Bundesrepublik wird keine wirksame Prophylaxe der Zahn- und Zahnbetterkrankungen betrieben. Die daraus resultierende hohe Morbidität führt zwangsläufig zu unnötig hohen Raten an Zahnverlust schon in relativ jungen Jahren. Der Ersatz der verlorenen Zähne gehört im Gegensatz zur Prophylaxe zur Leistungspflicht der GKV. Die Krankenkassen haben sich diese Leistungspflicht gewünscht und sie letzten Endes herbeigeführt.
- Aus der Zeit, in der der Zahnersatz noch den Wohlhabenden vorbehalten war, stammt das Ungleichgewicht zwischen Honorierung des Zahnersatzes und der konservierend-chirurgischen Maßnahmen. Wer sich Zahnersatz leisten konnte, subventionierte mit seinen privat gezahlten Honoraren die sozial schlechter gestellten, für die meist ohnehin ein wenig Zahnerhaltung und ansonsten die Zange blieb. Diese traditionelle Mischkalkulation wurde unkritisch in das Honorargefüge der GKV übertragen.
- Mit steigendem Lebensstandard stiegen auch die Ansprüche an die Ausführung von Zahnersatz. Die Zahnärzte und die Krankenkassen (allen voran die Ersatzkassen) paßten sich der Entwicklung an und förderten sie auch, wie es in einer marktwirtschaftlichen Gesellschaft nicht anders zu erwarten ist. Heute wird der Wunsch der Versicherten nach hochwertigem Zahnersatz von den Zahnärzten als Begehrlichkeit bezeichnet.

- Zum limitierenden Faktor in diesem System wurde die Beitrags-situation in der GKV. Der Prothetikboom der siebziger Jahre hätte sich vielleicht früher selbst begrenzt, wenn nicht eine GKV-spezifische Interessenlage hinzugetreten wäre: Die Krankenkassen müssen auf zahlungskräftige Mitglieder aus sein und ihnen auch Leistung bieten. Hinzu kommt, daß die Kassen untereinander durchaus in Marktkonkurrenz stehen. Der Zahnersatz wurde zu einem Leistungssymbol der Kassen, bis ihnen, bedrängt von der parallelen Kostenentwicklung im Pharma- und Krankenhausesektor, das Wasser am Hals stand. Die Beitragssätze hatten ihre Schallgrenze erreicht. Die Pharmaindustrie wankt und weicht nicht. Die Krankenhäuser sind als Dienstleistungsunternehmen der öffentlichen Hand auf Wirtschaftlichkeit nicht einzuschwören.
- Unbeantwortet ist die Frage, ob all die 'hochwertige' Prothetik des letzten Jahrzehnts auch wirklich ihr Geld wert gewesen ist. Nach den gültigen Verträgen haben die Kontrollmechanismen nur auf die Begrenzung der Quantität abgezielt und dies mit mäßigem Erfolg.

Lösungsvorschläge der Zahnärzteschaft und der Krankenkassen

In der Vergangenheit wurden - je nach Interessenlage - verschiedene Lösungswege zur Kostenbegrenzung diskutiert. Die Zahnärzteschaft sieht die Kausaltherapie in der Herausnahme des Zahnersatzes, eventuell der Parodontaltherapie und der Kieferorthopädie aus der Sachleistung der Kassen. Dies würde den Weg zur variablen Direktbeteiligung der Versicherten eröffnen und eine nennenswerte Entlastung der Budgets in der GKV ermöglichen. Eine Verringerung der Kosten verspricht man sich durch die Versicherten selbst, auf die ja ein weiterer Teil der Gesamtkosten überwälzt würde. Die Patienten würden, so die Idealvorstellung, nur mit dem Zahnersatz versorgt, den sie sich leisten können - also ein marktwirtschaftliches Modell. Bei der Parodontosebehandlung und der Kieferorthopädie soll mit der Direktbeteiligung eine bessere Motivation für die Erzielung und Erhaltung des Therapieerfolges erreicht werden.

Die Kassen sehen das Heil in der Plafondierung. Sie tun dies, weil die politische Situation dafür Chancen zu bieten scheint. Sie tun es auch, weil sie lieber in Konflikte mit den Zahnärzten als mit ihren Versicherten geraten. Für zahnärztliche Leistungen soll nicht mehr als eine bestimmte Geldmenge im Jahr zur Verfügung stehen, egal was dafür an Leistungen erbracht wird. Als Indikatoren für die Höheneinstellung dieses Plafonds lassen sich die Grundlohnsumme o.ä. verwenden. Zur Unterscheidung soll diese

Vorstellung als planwirtschaftliches Modell bezeichnet werden, da die Höhe des Budgets fiskalisch geplant werden müßte.

Zwischen diesen beiden sozialpolitischen Extremen liegt der augenblicklich verwirklichte Zustand. Bestimmte Arten des Zahnersatzes wurden als Regelleistung definiert, auf die der Versicherte Anspruch hat. Dabei sollte nicht vergessen werden, daß hierfür bereits eine Direktbeteiligung von 40 % der anfallenden Material- und Laborkosten aufgebracht werden muß. Was über die richtliniengemäße Art des Zahnersatzes hinausgeht, ist vom Versicherten selbst zu bezahlen. Diese augenblicklich gültige Art, Zahnersatzleistungen zu bezahlen, soll als Kompromißmodell bezeichnet werden.

Will man die einzelnen Lösungsansätze, wie sie in den verschiedenen Modellen ausgedrückt sind, einer kritischen Würdigung unterziehen, kommt man um die Formulierung von Zielen nicht herum. Besteht die Zielsetzung einzig und allein in der deutlichen Verringerung der Kosten, muß man sich für das planwirtschaftliche Modell entscheiden.

Das marktwirtschaftliche Modell der zahnärztlichen Standesführung unterscheidet sich insofern nicht vom planwirtschaftlichen, als es auch von quantitativen Denkansätzen ausgeht. Nicht die zahnmedizinisch optimale Versorgung der Patienten ist die Grundlage, sondern ein anderer Ansatz der Mengenbegrenzung. Das augenblicklich gültige Kompromißmodell wird nur solange halten, wie es die Interessen der Beteiligten hinreichend widerspiegelt. Eine Veränderung der Wirtschaftslage, andere Einschätzungen der Machtverhältnisse im Spannungsfeld Gesetzgeber - GKV - Zahnärzte, ein Verfehlen der vereinbarten Zieldaten können es zum Kippen bringen. Es ist entstanden als Momentaufnahme einer fiskalischen Situation und wird auch deren Langlebigkeit haben!

Vorschlag: Qualitätssicherung

Jede zahnärztliche Argumentation, die den ärztlichen Aspekt zweitrangig macht, verwässert den berufsethischen Anspruch unseres Handelns und degradiert unsere Argumente zu kaufmännisch/wirtschaftlichen. Unsere primäre Aufgabe ist es jedoch, die Möglichkeiten moderner Zahnheilkunde aufzuzeigen, sie der Gesellschaft anzubieten und dafür Sorge zu tragen, daß sie gewissenhaft und fachkundig durchgeführt werden.

Freilich ist ein Modell, das sich an sachlichen Hintergründen orientiert, viel schwerer zu verwirklichen. Dies bedeutet für die Zahnärzteschaft:

- Sie müßte ernsthaft dafür Sorge tragen, daß den Geldmitteln, die für zahnärztliche Behandlung ausgegeben werden, ein nachweisbarer gesicherter Wert gegenübersteht. Das heißt Qualitätssicherung!
- Die Art und Weise, wie Qualitätssicherung zu betreiben wäre, können nur wir Zahnärzte selbst festlegen. Wir sind die einzigen, die dazu qualifiziert sind. Der DAZ hat Wege dazu aufgezeigt. Es müssen nicht die einzigen sein. Wenn wir eines Tages ein glaubwürdiges System der Qualitätssicherung vorweisen können, sind wir in einer guten Verhandlungsposition. Dann müssen die Krankenkassen entscheiden, wieviele und welche unserer qualitativ einwandfreien Dienstleistungen in die Verträge aufgenommen werden sollen.

Aufgaben der Kostenträger

Für die Kostenträger besteht zu jeder Zeit das Problem, nur über begrenzte Mittel zu verfügen. Wenn sie weiterhin miteinander konkurrieren wollen, müssen sie jeweils darauf aus sein, für die Versicherten attraktiv zu bleiben. An die Stelle des globalen Leistungsangebots wird dann wohl ein differenziertes treten müssen. Mögliche Ausgrenzungen wird man individuell, also fall- und fachbezogen vornehmen müssen. Dies bedeutet ein wesentlich höheres Maß an Vor- und Nachbegutachtung, um dem Einzelfall gerecht werden zu können. Der dafür erforderliche Aufwand wäre sicher größer als das Mittel der Budgetierung eines Gesamthonorars. Aber es wäre der Prüfstein, ob die Krankenversicherungen sich als das verstehen, was sie zu sein vorgeben - als Sachwalter der Patienteninteressen. Der Weg vom Verwalten zur aktiven Interessenwahrnehmung für die Versicherten ist für die Kassen sicher ebenso weit wie der der Zahnärzteschaft zur wirksamen Qualitätssicherung. Es wäre der inhaltliche Ansatz zur wahren Strukturreform im Gesundheitswesen, die ohne neue Denkansätze dazu verdammt ist, reine Kosmetik zu bleiben.

VII. KOSTENERSTATTUNG - SELBSTBETEILIGUNG - BEGRENZUNG DES LEISTUNGSKATALOGS

Kostenbegrenzungsmaßnahmen, die sich nicht über die Honorarbemessung regeln, sind immer Therapiebegrenzungsmaßnahmen. Sie dürfen einzelne soziale Gruppen nicht stärker treffen als andere und müssen gesundheitspolitisch unbedenklich sein. Sie sollen zur Senkung der Gesamtausgaben führen und dürfen die Kosten nicht lediglich verlagern und damit verschleiern.

Eine Erhöhung der Eigenbeteiligung der Patienten an den Kosten über ihre Krankenkassenbeiträge hinaus ist nur indiziert, wenn die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und des Kostenbewußtseins auch zu einer echten Kostenersparnis und nicht nur -verlagerung oder -verschiebung führen. Für ein verwöhntes Inanspruchnahmeverhalten und eine erhöhte Anspruchsmentalität im Rahmen des Sachleistungssystems ist die Ursache nicht allein beim Patienten zu suchen. Alle Beteiligten, Patienten, Kassen und Leistungserbringer haben ihren Teil beigetragen.

Zahnbehandlung ist aber kein Konsumgut

Eine Erhöhung der Eigenbeteiligung ist nur vorzusehen, wenn sie einen nachweislich positiven Einfluß auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung nimmt.

Andernfalls entsteht eine Fehlsteuerung im Sinne einer Überversorgung auf der einen und einer Unterversorgung auf der anderen Seite, die sich weniger nach medizinischer als nach finanzieller Indikationsstellung ausrichtet. Von Solidarprinzip kann dann keine Rede mehr sein.

Eine unserem System naheliegende Lösungsvariante wäre die Einführung der Wahlfreiheit des Versicherten zwischen Sachleistung und Kostenerstattung (bei erniedrigtem Beitrag mit Selbstbeteiligung).

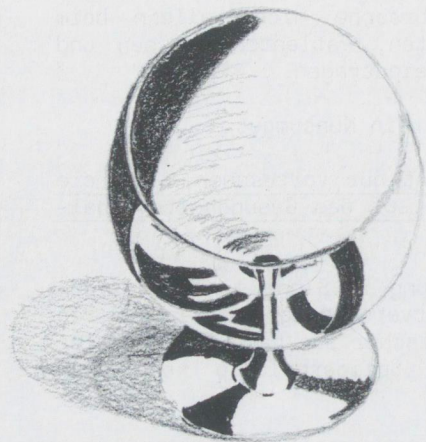
Abgesehen vom erhöhten Verwaltungsaufwand steht dem Kostenerstattungsverfahren, das praktisch immer auf Selbstbeteiligung hinausläuft, entgegen, daß ein großer Teil der Abrechnung der Kontrolle der eigenen Selbstverwaltung entzogen ist.

An die Einführung einer Wahlfreiheit der Versicherten ist erst zu denken, wenn sich die zahnärztlichen Selbstverwaltungsgremien Methoden geschaffen haben, die abgerechneten Leistungen ihrer Mitglieder auf Qualität und Richtigkeit zu überprüfen. Dasselbe gilt für die Begrenzung des Leistungskatalogs der GKV.

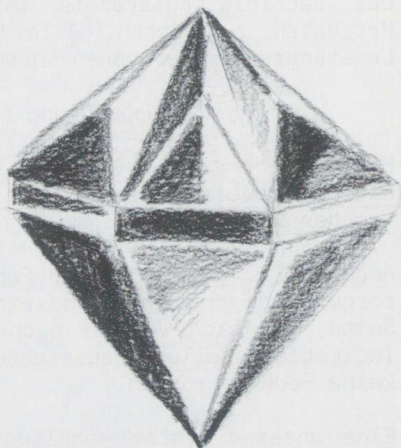
Der Ruf nach mehr Eigenbeteiligung der Versicherten übersieht den ihr innewohnenden Verlust an Therapiefreiheit. Das Angebot der therapeutischen Möglichkeiten hat sich in den letzten Jahrzehnten auf so breiter Basis entwickelt, weil fast alle Leistungen für alle zur Verfügung stehen. Davon profitieren auch alle an diesem System Beteiligten. Eine Zwei-Klassen-Medizin wird langfristig die Therapiemöglichkeiten durch Verlust an medizinischem Know-How beschneiden.

Achten Sie auf den
Unterschied

in der Härte



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

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

Wissenschaftliche Erkenntnis und ihr mühsamer Weg in die Praxis (Teil II)

— zum Verständnis der Hintergründe von Antifluorid-Kampagnen

H.-G. Wahl

Der 2. Weltkrieg hatte u.a. die Folge, daß wir von den Vorgängen in anderen Ländern wenig erfahren konnten und eben auch nur wenig über die Fortschritte auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe wußten.

Es galt also, zuverlässige Informationen zu gewinnen und möglichst mit eigenen Augen zu sehen: "Was machen die anderen und was ist dabei herausgekommen?" Gelegenheit dazu boten die FDI-Kongresse in anderen Ländern; das habe ich nach Möglichkeit genutzt, und immer fand ich kollegiales Entgegenkommen, wenn ich den Kariesbefall der dortigen Kinder sehen wollte - mit einer Ausnahme, und das kam so:

Zwei prominente Vertreter der "Anti-Fluor-Szene", der Internist Dr. BRUKER und der Zahnarzt Dr. SCHNITZER, wollten mit einer Ernährungs-Kampagne in einem Schwarzwald-Dorf (Mönchweiler) beweisen, daß man eine drastische Verminderung des Kariesbefalls gerade dann erreichen könnte, wenn man sich ausschließlich auf den Appell für eine gesündere Ernährung konzentriert.

Die Rahmenbedingungen dafür waren günstig; das Dorf lag abseits von Industrie und Umweltschmutz, die Bewohner lebten durchaus noch mit den Produkten aus dem eigenen Garten, und der Koll. SCHNITZER war alleiniger Zahnarzt am Ort. Er konnte also allein und ungehindert in die Dorfbevölkerung hineinwirken.

Das war 1963. Bereits 1965 berichtete SCHNITZER von hervorragenden Anfangserfolgen und stellte in Aussicht, "daß in 20 Jahren die ersten Mönchweiler Kinder mit völlig gesunden Kauorganen erwachsen sein werden." - Überall trat er so auf, als lägen ihm die Beweise für einen solchen Erfolg auch vor, so z.B. auf einer Veranstaltung 1969 in Lübeck. (Fluoride wären ja gar nicht nötig, denn er hätte ja mit der "Aktion Mönchweiler" bewiesen, daß der Appell an die Ernährungsumstellung allein schon genügt.) - Das klang sehr überzeugend, und viele Gutwillige glaubten ihm.

Diese Beweise wollte ich natürlich - wie anderswo - mit eigenen Augen sehen und bat

ihn, die Kinder in diesem Dorf vergleichsweise untersuchen zu dürfen. Das lehnte er empört ab mit der Begründung, sowas wäre eine unzulässige Einmischung in seine Arbeit.

Stutzig geworden mußte ich vermuten, daß es dort etwas zu verbergen gab. Diese Vermutung bestätigte sich, als wir nach dreijährigem Tauziehen dann mit drei erfahrenen Jugendzahnärzten - und mit behördlicher Genehmigung - die Kinder in Mönchweiler untersuchen durften:

Es gab praktisch überhaupt keinen Unterschied zwischen dem Kariesbefall dieser Kinder und dem in irgendeinem anderen, vergleichbaren Ort.

Beiläufig stellte sich heraus, daß SCHNITZER keine nennenswerte Kinderpraxis ausübte, wohl aber eine Fabrik betrieb zur Herstellung von Getreidemöhlen. Und diese Getreidemöhlen wurden für die Ernährungsumstellung nach BRUKER und SCHNITZER empfohlen.

Die Ergebnisse unserer Vergleichsuntersuchung wurden in den "ZM" Nr. 15/1973 veröffentlicht, und unser verdienstvoller Kollege HARTLMAIER (+) hatte dazu ein Vorwort geschrieben, das heute noch genauso aktuell und gültig ist. (Fotokopien stehen für Interessierte zur Verfügung.)

Nach gutem wissenschaftlichen Brauch wäre es für SCHNITZER

ja keine Schande gewesen, wenn er freimütig erklärt hätte: "Das und das habe ich versucht, aber leider ist es aus den und den Gründen nicht so geworden." - So blieb der Verdacht, daß statt dessen die Fiktion des Erfolges aufrechterhalten wurde, um den Absatz der Getreidemöhlen nicht zu gefährden.

Es gelang ihm auch, Unterstützung bei Fernseh-Journalisten zu finden, die glaubten, hier einen unschuldig verfolgten Idealisten verteidigen zu müssen, - ohne die Zusammenhänge pflichtgemäß zu recherchieren.

Die Verbreitung des Artikels über das ruhmlose Ende der "Aktion Mönchweiler" öffnete manchen Gutgläubigen die Augen; es gab aber auch andere, die wütend reagierten, weil ihnen eine schöne Illusion genommen war, und so kam es zu einem Prozeß wegen übler Nachrede über den - angeblich von seiner Standesführung schnöde verkannten - Koll. SCHNITZER.

Diesen Prozeß hat SCHNITZER dann bis zum Oberlandesgericht verloren, weil sich die Wahrheit zum Glück beweisen ließ. Es ließ sich auch beweisen, daß es ja nicht an gutgemeinten Vorschlägen verschiedener Stellen gefehlt hatte, eine Vergleichsuntersuchung der Mönchweiler Kinder in seinem Beisein und unter seiner Mitwirkung zu organisieren und so die Richtigkeit seiner Erfolgsangaben zu beweisen.

Leider versagte sich SCHNITZER allen diesen Versuchen gegenüber; es ist also zu vermuten, daß er aus kommerziellen Gründen die Fiktion eines Erfolges so lange wie möglich aufrechterhalten wollte, wider besseres Wissen.

Der Internist BRUKER distanzierte sich nicht von diesen Machenschaften; unbelehrbar verbreitet er weiterhin Informationen über Fluoride, die wissenschaftlich unhaltbar sind. Durch Aneignung eines vielversprechenden Namens - "Gesellschaft für Gesundheitsberatung" - können Nichteingeweihte bei seinen Schriften kaum erkennen, worum es sich eigentlich handelt und fallen leicht auf derartige Thesen herein, zumal die Welle der "Bio-Kost" augenblicklich "in" ist und viele Gutwillige anzieht.

Interessanterweise stützt BRUKER sich bei seinen Behauptungen über die Schädlichkeit der Fluoride auf Angaben unseres zahnärztlichen Kollegen SCHÖHL. Auch dieser ist in der einschlägigen "Szene" seit vielen Jahren bekannt, und auch bei ihm ist die Unbelehrbarkeit gegenüber belegbaren Tatsachen erwiesen.

So traurig das alles auch ist - amüsant wird es, wenn man folgendes weiß: Auf Seite 32 seines Werkes verweist SCHÖHL auf den Zusammenhang zwischen dem Pruritus ani (lästiges Aftersjucken) und Fluor. Blamablerweise ist ihm dabei entgan-

gen, daß es in entsprechenden medizinischen Nachschlagwerken anders gemeint ist: Gemeint sind nicht Probleme des Elements "FLUOR", sondern Probleme des Fluor vaginalis, und die Nachschlagwerke gehen davon aus, daß dem Benutzer solcher Handbücher dieser Unterschied auch ohne besondere Erklärung geläufig sein müßte.

Wer aber nicht einmal diesen Unterschied auseinander halten kann, sollte sich nicht, - wie in der MONITOR-Sendung geschehen - als "Fluor-Experte" darstellen.

Der anerkannte Kariesforscher Prof. BRAMSTEDT (+) prägte zu derartigen Fehlleistungen einen nachdenkenswertem Merksatz: "Forschung muß eben gelernt werden, wie alles andere auch."

Am Beispiel "Mönchweiler" zeigte sich leider, daß es so einfach nicht geht, und daß wir uns an den Ergebnissen beweisbarer internationaler Forschung zu orientieren haben. - Aber viele jüngere Kollegen kennen nicht die Aufregung um diesen Fall, und sogar der heute in Mönchweiler praktizierende jüngere Kollege war nur unzureichend darüber unterrichtet. - Darum diese ausführliche Schilderung.

Insgesamt müssen wir unbeirrt daran festhalten, daß kein vernünftiger Mensch etwas gegen gesündere Ernährung - wie auch immer - haben kann, und wir Zahnärzte schon gar nicht.

Immer hat ja doch die Ernährungslenkung zu den Säulen der Kariesprophylaxe und zu den Forderungen der Zahnärzte gehört. Wir haben aber die Pflicht, nach Beweisbarem zu fragen. Natürlich möchten wir alle gern, daß mehr Kinder weniger Karies haben sollten; aber für die Frage, wie man das denn erreichen kann, können wir uns nicht bei Sektierern Rat holen. Da brauchen wir Leute, die uns beweisbare Erfolge vorzeigen können - und unsere Schweizer Kollegen z.B. können das.

Außerdem sollte möglichst jeder, der zu einem eigenen Ur-

teil kommen will, erst einmal mit eigenen Augen den Kariesbefall in einem naturfluoridierten Gebiet gesehen haben. Nicht die böse Industrie, sondern die Natur selber ist es, die uns die Wirkung der Fluoride auf den Kariesbefall vormacht. - Und wir haben die Pflicht, darüber nachzudenken, wie wir es am besten nachmachen können.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift des Verfassers:
Dr. H.-G. Wahl
Falkenburger Stieg
2358 Kaltenkirchen

"Heilpraktiker werden überflüssig" - Der Arzt ist überlegen

Die Frage der Stiftung Warentest, ob die Heilpraktiker eine Ergänzung zur medizinischen Versorgung seien, verneint Dr. Karl-Heinz Gebhardt vom Deutschen Zentralverein Homöopathischer Ärzte, Karlsruhe. Mit der Schulmedizin gibt es gar keine Möglichkeit der Zusammenarbeit, denn diese ist eine rationale Therapie, aufgebaut auf der Diagnose. Die Heilpraktiker dagegen orientieren sich an der Erfahrungsheilkunde, die symptomorientiert ist.

Der Naturheilgedanke bzw. die Erfahrungsmedizin gewinnt jedoch in den letzten Jahren in der Ärzteschaft an Boden. Wenn ein Arzt sich für eine solche Methode entscheidet, ist er dem Heilpraktiker immer überlegen, weil er die bessere Ausbildung hat - "abgesehen von dem geborenen Heiler, der allerdings die Ausnahme ist."

Gebhardt ist überzeugt, daß mit der wachsenden Zahl von Ärzten, die sich in Naturheilverfahren qualifizieren, die Heilpraktiker allmählich verschwinden werden. "Die Ärzte graben ihnen dann das Wasser ab."

Strukturreform?

R. Ernst

Zwischen 1975 und 1986 sind einige Milliarden DM für Zahnersatz zuviel ausgegeben worden. Spendierfreudigkeit des Staates und Besitzstandsdenken auf beiden Seiten der Selbstverwaltung haben Zustände geschaffen, die in Zeiten der leeren Kassen Strukturveränderungen unaufschiebbar machen.

Ein agiler Minister für Arbeit und Sozialordnung, dem einfache K-Gesetze nicht genügen, umgab sich mit einer Konzentrierten Aktion, die sich mit einem Sachverständigenrat ausstattete. Der hielt vergeblich nach unabhängigem zahnärztlichen Sachverstand Ausschau und verzichtete darum leider auf ihn. Im Entrüstungssturm der nicht um ihre Meinung gefragten ging unter, daß das Gutachten durchaus zu richtigen Schlüssen gekommen war:

1. Es wird zu wenig Kollektiv- und Gruppenprophylaxe betrieben, dadurch ist die Morbiditätsrate zu hoch.
2. Die Qualität der erbrachten Leistungen wird nicht effizient genug überwacht, es muß zu viel nach wenigen Jahren erneuert werden.
3. Es besteht ein Mißverhältnis

in der Bewertung von konservierend-chirurgischen und prothetischen Leistungen.

4. Bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen besteht Unterversorgung.
5. Das Leistungsgeschehen wird durch falsche Anreize und Rahmenbedingungen bestimmt.

In der Begründung zum Referentenentwurf des Strukturreformgesetzes heißt es: "Die Bilanz zehnjähriger Kostendämpfungsbemühungen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung macht deutlich, daß es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gibt."

Die Koalition hat dem Minister die Aufgabe gestellt, rund 15 Mrd. DM Ausgaben bei der GKV einzusparen, um die Krankenversicherung der Rentner und die Pflegefallkosten finanzierbar zu halten bzw. finanzierbar zu machen und mit der Senkung des Kassenbeitrages noch eine Konsumspritze zu setzen. Um wahlwirksam zu sein, muß das Unternehmen in einer Legislaturperiode abgeschlossen sein.

Es läge nahe, zur Finanzierung

diejenigen Gruppen heranzuziehen, die den größten Teil des Kuchens und die höchsten Zuwachsraten zu verzeichnen haben. Dem stehen jedoch mit den Gewerkschaften und der kleineren Regierungspartei unüberwindliche Interessengruppen im Wege. Mit dem Ziel, möglichst viel Geld zu sparen und möglichst wenige Wählerstimmen zu verlieren, fiel beim Milliardenpar-Spiel der Schwarze Peter an die Zahnärzte, die Gruppe mit dem höchsten Einkommen und der schlechtesten Publicity. Zitat aus dem Ministerium: "Wir kommen eher den Taxifahrern entgegen als den Zahnärzten."

Die angepeilten 2,5 Mrd. DM werden aber nicht den Zahnärzten, sondern den Bürgern aus der Tasche gezogen, die Zahnersatz benötigen. Wenn das Gerede vom Zahnersatz als Luxus je gestimmt haben sollte: Mit den seit 1.7.86 geltenden Richtlinien für Zahnersatz stimmt es mit Sicherheit nicht mehr.

Hier wird nicht einmal ansatzweise "an den Ursachen von Fehlentwicklungen angesetzt." Die liegen nämlich darin, daß immer noch mächtige Interessengruppen und verworrene Länder- und Ressort-Kompetenzen sich wirkungsvoll einer funktionierenden Gruppenprophylaxe in den Weg stellen. 1963 haben die heutigen Regierungsparteien ein Jugendzahnheilkundengesetz verabschiedet. Es scheiterte 1964 an den Ländern im Bundesrat mit der Begrün-

dung, daß keine gesundheitspolitische Notwendigkeit für eine bundeseinheitliche Regelung bestehe.

Mit 200 Mio. DM wäre eine wirkungsvolle Gruppenprophylaxe finanzierbar, meinen kompetente Fachleute. Ohne Jugendzahnheilkundengesetz jedoch, ohne Ausbildung von Zahnärzten in Kinderzahnheilkunde, Prophylaxe und Ernährungslehre, ohne Ausbildung von Erziehern und Lehrern, ohne eine Stärkung des kommunalen Jugendzahnärztlichen Dienstes den Krankenkassen die 200 Mio. DM zur Prophylaxe ohne exakte Vorgaben für die Verwendung zur Verfügung zu stellen, ist Verschleuderung von Mitgliedsbeiträgen.

Eine echte Gesundheitsreform in der Zahnmedizin hat an den Anfang ein Jugendzahnheilkundengesetz zu setzen. Dies muß natürlich nicht aus dem Arbeits- (sic!), sondern aus dem Gesundheitsministerium kommen. Daß es daher nicht kommt, ist der kostenträchtigste und folgenschwerste Systemmangel.

Die Kostenübernahme der Individualprophylaxe für Erwachsene stellt allen Sinn für Vernunft auf den Kopf, solange es keine Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche gibt. Den gleichen Sinn würde es machen, wenn man die Verkehrserziehung ausschließlich in die Unfallstationen der Krankenhäuser verlegen würde und die Kosten dafür die Chirurgen als Sachleistung liquidieren ließ.

Allein die Versäumnisse bei der Prophylaxe - allerspätstens seit dem Sachverständigengutachten 1987 allen Verantwortlichen bekannt - zeigen auf, daß sich durch falsche Vorgaben verantwortungsvolle Gesundheitspolitik von einer in kurzsichtigen Finanzzwängen denkenden Ministerialbürokratie über den Tisch hat ziehen lassen. Leider haben die Interessenverbände der "Leistungsträger" gerade in jüngster Vergangenheit zuviel so-

zialpolitisches Porzellan zer schlagen, um ihren tatsächlich vorhandenen ärztlichen Sachverstand noch glaubwürdig zu Gehör bringen zu können. Eine Lobby für die kommende Generation gibt es nicht. Lassen wir ihr wenigstens die Chance, von vorne anfangen zu können! Noch darf sie nicht einmal wählen. Wen sollte sie auch ...?

Anschrift des Verfassers:
Dr. Roland Ernst
Waldblick 2
2905 Edewecht

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Candida und andere Mikroorganismen können angeblich in Prothesenmaterial eindringen (Rev. Odonto-Stom. 10 (1): 35 1981). Obwohl diese Feststellung im Elektronenmikroskop nicht bestätigt wurde (J. Pros. Dent. 53 (1): 115 1985), ist experimentell gezeigt worden, daß Candida bereits nach vier Stunden in die Porositäten der Prothese eindringen kann. Vor Herstellung einer neuen Prothese soll die Schleimhaut von der Infektion befreit werden.

Mehr als die Hälfte der Prothesenträger kann befallen sein (Quint. Int. 18 (12): 855 1987). Für die Desinfektion von alten Prothesen, die vom Techniker verarbeitet werden sollen, wird Bürsten mit Hibicens (4 % Chlorhexidin) und Desinfektion in einer Polyäthylentasche mit Sporicidin für 10 Min. im Ultraschallreinigungsbad empfohlen (J. Pros. Dent. 58 (4): 517 1987).

Mykosen nehmen an Bedeutung - nicht nur für die Zahnheilkunde, sondern auch für die Augenheilkunde, die Innere Medizin u.a.m. - zu. Ein wirksames Polyantimykotikum ist Nystatin (ZM 76 (24): 2874 1986).

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt für den Praktiker, Dez. 1987 Vol. 9 Nr. 12

Kostendämpfung leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg _____

Corona Dental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental-Handels GmbH

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

Telefon
(089) 4313008/09

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

SAE

The logo for SAE features the letters 'SAE' in a bold, sans-serif font. Below the letters, there are stylized, curved lines that suggest motion or a technical design. The entire logo is positioned above a thick horizontal black bar that spans the width of the advertisement.

Härtefallregelungen beim Zahnersatz

Die meisten Kollegen werden den Fall mittlerweile erlebt haben: Wenn ein Patient mit geringem oder gar keinem Einkommen eine prothetische Leistung in Anspruch nehmen möchte, die über den Rahmen der Richtlinien für die Versorgung mit Zahnersatz und Einzelkronen hinausgeht, wird ihm regelmäßig die Restkostenübernahme im Rahmen der Härtefallregelung durch seine Krankenkasse verweigert. Die KZVen wachen geradezu darüber, daß dieses Prinzip nicht verletzt wird.

Daß eine solche Regelung aber durchaus nicht immer zwingend sein muß, wird in einem Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 18. November 1986 dargelegt (Az. S 8 Kr 35/84). Anlaß des Verfahrens war die Frage, ob für eine Seitenzahnbrücke die Verblendung mit Kunststoff ausreichend sei oder aber, wie von den behandelnden Zahnärzten geplant, eine Keramikverblendung angezeigt sei und mithin den Bezuschussungsregeln einschließlich der Härtefallregelung gemäß § 182 c RVO vom 18. August 1983 sowie den Härtefallrichtlinien vom 6. September 1983 unterliegen würde.

Die Krankenkasse hatte geltend gemacht, sowohl die kunststoffverblendeten als auch die keramisch-verblendeten

Kronen und Brücken seien nach dem BeMa-Z zugelassene und erprobte Leistungen. Da das Herstellungsverfahren bei keramischen Verblendungen wesentlich aufwendiger sei, hätte nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit eine Bezuschussung nach den Härtefallrichtlinien nur bei Verwendung von kunststoffverblendeten Kronen in Frage kommen können.

Mittlerweile scheint die zugrundeliegende spezielle Problematik geklärt: Die am 5. Februar 1986 im Alleingang von der KZBV herausgegebene Leitlinie Nr. 3 "metallkeramische Verblendungen sind in der Regel im Seitenzahngebiet nicht angezeigt" ist längst dort gelandet, wo sie auch füglich hingehört, auf dem fachlichen und vertraglichen Abfallhaufen. In einem dem angesprochenen Urteil zugrundeliegenden Gutachten der Universität Münster (Scheutzel, Marxkors) wird nachdrücklich die fachliche und wirtschaftliche Überlegenheit der keramischen Verblendungen gegenüber denjenigen aus Kunststoff herausgestellt.

Das Urteil des Sozialgerichts Dortmund hat gleichwohl auch eine allgemeine, über den speziellen Fall hinausgehende Bedeutung. Es wird darin nämlich betont, daß die Krankenkasse nach § 182 c Abs. 3 d RVO "in

Härtefällen" auch den Restbetrag der Kosten für zahntechnische Leistungen ganz oder teilweise übernehmen "kann". Was als Härtefall zu gelten hat, unterliegt dabei einem Bewertungsspielraum, und ob eine Beteiligung an den Restkosten erfolgen soll, unterliegt einem Ermessensspielraum seitens der Krankenkasse. Zumindest in letzterem ist die Krankenkasse jedoch keineswegs völlig frei.

In dem angesprochenen Fall ging das Gericht deshalb von einer fehlerhaften Ermessensausübung aus - es sprach sogar von einer Willkürregelung -, weil es keinen sachgerechten Grund für die Ausgrenzung der geplanten speziellen Versorgungsart erblicken konnte. Es verwies ausdrücklich auch auf die Zahnersatzrichtlinie Nr. 7, nach der derjenige Zahnersatz vorzuziehen sei, der "auf Dauer" am wirtschaftlichsten sei. Auch betonte es den auch nach Ansicht des Gerichtes eigentlich selbstverständlichen Grundsatz, daß "eine billige Lösung" nicht ohne weiteres auch die wirtschaftlichste" sei.

Die Ermessensleistung könne aber immer noch ganz oder teilweise abgelehnt werden, auch wenn die wirtschaftlichen und persönlichen Voraussetzungen eigentlich gegeben seien. Das gelte zum Beispiel für den

Fall, daß die Krankenkasse sich selbst in einer finanziellen Notlage befinden sollte.

Seit zwei bis drei Jahren scheinen sich innerhalb der zahnärztlichen Körperschaften endgültig die Kräfte durchgesetzt zu haben, die auch die Zahnersatzrichtlinien für ihre standespolitischen Ziele einzusetzen gewillt sind. Es geht ihnen heute wie früher darum, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu reduzieren. (Es ist hier nicht der Ort darauf einzugehen, daß es dafür Gründe gibt, daß damit aber auch ein sehr "spezielles Modell" von Therapiefreiheit verbunden ist.)

Das Sozialgerichtsurteil zeigt jedoch deutlich auf, daß eine Krankenkasse sich nur dann dieser Tendenz der restriktiven, allein finanzpolitisch motivierten Auslegung von Fach-Richtlinien und vertraglichen Nebenabsprachen ("Hinweise") unterwerfen darf, wenn nicht grundlegende fachliche Gesichtspunkte verletzt oder übergangen werden. Wenn die Therapie in einem speziellen Fall nur mit Überschreitung der Richtlinien eine Sanierung des Gebisses und seine dauerhafte Stabilisierung gewährleistet, so darf sie keineswegs automatisch eine Härtefallregelung unmöglich machen.

1a

Kassenwirtschaftlichkeit

— Zuviel KONS macht nur Ärger

R. Prösl

"Zahnarzt rettet Zähne - von der Kasse bestraft" - das war die headline der Münchner Boulevardzeitung TZ vom 13.1.88. Die Geschichte, die am nächsten Tag auch im "Stern" erschien, ist ausnahmsweise tatsächlich so simpel und absurd, wie sie in der Zeitung stand: "Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns kann der Nürnberger Zahnarzt Dr. Rudolf Prösl nicht ordentlich arbeiten - er zieht nämlich zu wenig Zähne - genauer: 320 pro Jahr weniger als der Durchschnitt seiner Kollegen." Doch weil er im konservierenden Bereich (Cp, Stiftverankerungen bei Füllungen, mehrflächige Füllungen) überdurchschnittlich viele Leistungen erbringt, "forderte der Prüfungsausschuß DM 1.200,-- Honorar zurück." Daß dieser Schwachsinn nicht nur Methode, sondern auch jahrzehntelange Tradition hatte, ist bekannt. Daß er noch immer Realität ist, erscheint insofern neu, als dem DAZ, der seit Jahren auf diesen Skandal hinweist, immer wieder entgegengehalten wurde, man beurteile Kassenwirtschaftlichkeit jetzt nicht mehr allein an Durchschnittswerten, sondern auch nach qualitativen Gesichtspunkten. Daß dies nicht zutrifft, schildert im folgenden nicht nur Kollege Prösl selbst - es geht im übrigen auch aus dem Beitrag von Dr. Sobanski hervor (S. 52), der sich mit einem Bundessozialgerichtsurteil beschäftigt, das genau diesen Unfug - Wirtschaftlichkeitsprüfung allein nach Durchschnittswerten - erneut favorisiert.

"Lassen'S halt ein bißchen was Braunes drin, dann ist es keine Cp!" Dieser "gute Rat" eines Prüfungsausschußmitglieds hat mich vor ein paar Jahren dahingehend sensibilisiert, die Beschlüsse dieser Institution nicht mehr gottergeben hinzunehmen. Es ging immer ums Gleiche: Cp, P, VitE, seit die Abrechnung möglich ist, auch St.

Ich hatte mich schon dabei er-
tappt, daß ich erbrachte Lei-
stungen nicht mehr aufschrieb,

um dem Ärgernis "Bitte um
fachliche Stellungnahme" und
der stereotypen Antwort "der
Prüfungsausschuß nimmt die
Stellungnahme zur Kenntnis,
kann aber die Notwendigkeit
nicht anerkennen ..." zu ent-
gehen.

Dann kam der erste Assistent -
frisch von der Uni - arbeitete
so, wie er es dort gelernt
hatte, und schon waren die
Probleme wieder da. Aber er
lernte schnell, daß nicht sein
kann, was nicht sein darf. So

ging es weiter.

Stellungnahmen mit dem Hinweis auf das noch von der Universität geprägte Arbeiten der Assistenten wie auch auf die Zahnerhaltung als primäres Ziel der Zahnheilkunde wurden ebenso abgetan wie der schon 1982 geäußerte "Verdacht", daß unsere Extraktionen im Gegenzug zu den "überhöhten" konservierenden Leistungen deutlich unter dem Schnitt liegen dürften. Ende 1983 hatte ich dann erstmals - nachdem ich mir die Durchschnittswerte beschafft hatte - die Möglichkeit, festzustellen, daß der bayerische Durchschnitt bei Extraktionen um bis zu 200% über unserem Praxisdurchschnitt lag. Reaktion auf meinen entsprechenden Hinweis anläßlich einer Stellungnahme: siehe oben.

In der Folge immer wieder das gleiche Lied: Hinweise auf die Zahnheilkunde, auf die Bewertung der Kons im neuen Bema, das Angebot, auf meine Kosten Mundaufnahmen und Röntgenbilder zum Beweis der Leistungserbringung anzufertigen, der Hinweis auf "Einsparungen bei Extraktionen und Folgeleistungen". Erfolg: "Der Prüfungsausschuß nimmt die Stellungnahme zur Kenntnis, kann jedoch die abgerechneten Maßnahmen nicht als notwendig anerkennen und beschließt auf dem Weg der Schätzung eine Vergütungsberichtigung ..."

Bis zum 18.12.87: Der Teufel muß den Prüfungsausschuß ge-

ritten haben, als er zu unserer Stellungnahme erstmals Stellung nahm!

Wir hatten geschrieben:

"Wir bemühen uns seit Praxiseröffnung im Jahr 1978 um Zahnerhaltung, wie sie auch beispielsweise in der vielgescholtenen GOZ 88 wieder als erstrebenswertes Ziel der Zahnheilkunde genannt wird. Uns ist bekannt und bewußt, daß wir bei der Abrechnung der beanstandeten Bema-Ziffern "zu hoch" liegen. Gestatten Sie uns andererseits zum wiederholten Male den Hinweis, daß wir bei Extraktionen und Folgeleistungen wie kleine Brücken deutlich unter dem Schnitt liegen. Uns ist klar, daß wir durch vermehrtes Extrahieren statt Konservieren etliche Probleme umgehen könnten. Bisher haben wir das noch nicht fertig gebracht. Bitte zwingen Sie uns nicht dazu!"

Antwort:

Der Prüfungsausschuß nimmt die Stellungnahme zur Kenntnis: Nach Überprüfung der Abrechnungsunterlagen stellt der Prüfungsausschuß fest, daß die angegebenen Einsparungen bei Extraktionen, Kronen und Brückenpfeilern zutreffen. Im übrigen berücksichtigt der Ausschuß bei seiner Entscheidung auch, daß Leistungen nach Bema-Nr. 16 (St) nicht von allen Zahnärzten erbracht werden und daher der Landesdurchschnitt keinen ausreichenden Beurteilungsmaßstab bietet.

Dennoch kann der Ausschuß die Leistungen ... in diesem Umfang nicht als notwendig anerkennen und beschließt auf dem Weg der Schätzung folgende Vergütungsberichtigungen: ...! Die Moral von der Geschichte?

Nur ein extrahierter Zahn ist ein guter Zahn!

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rudolf Präsl
Vedenberger Str. 155
8500 Nürnberg

... Denn: Falls der zahnärztliche Berufsstand es selbst nicht fertigbringt, durchschnittlich eine angemessene Qualität der Leistungen zu garantieren, verliert er auch das Anrecht auf eine angemessene Honorierung. Als kaum zu verhindernde Konsequenz werden wir dann Maßnahmen wie Plafondierung oder Pauschalierung in Kauf nehmen müssen.

Dr. Wilh. Prosch (FVDZ) - Würzburg

"Arzneiverordnungsreport 87"

Der Arzneimittelkonsum älterer Menschen erreicht beängstigende Dimensionen; Patienten mit einem Lebensalter von mehr als 70 Jahren werden so viele Medikamente verordnet, daß sie im statistischen Durchschnitt auf drei verschiedene Arzneimittel pro Tag kommen. Für die Altersgruppe zwischen 71 und 80 Jahre wurden 1985 durchschnittlich 29 Arzneipackungen im Gegenwert von knapp 900,- DM verschrieben, die unter anderem

- * 119 Tagesdosen eines Herzmittels,
- * 84 Tagesdosen eines Bluthochdruckmittels,
- * 76 Tagesdosen eines Augenmittels,
- * 67 Tagesdosen eines Koronalmittels,
- * 59 Tagesdosen eines durchblutungsfördernden Mittels,
- * 58 Tagesdosen eines Schmerzmittels und
- * 50 Tagesdosen eines Diabetes-Mittels

- somit insgesamt 965 Tagesdosen - enthielten.

Bei diesen Werten ist zu beachten, daß Frauen in jeder Altersgruppe ca. 50% mehr Arzneimittel als die vergleichbare Altersgruppe der Männer verordnet bekommen. Dabei fällt der enorm hohe Verbrauch an Psychopharmaka auf. Frauen mit einem Lebensalter von mehr als 80 Jahren erhalten im Durchschnitt 105 Tagesdosen Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa pro Jahr, - eine Menge, die ausreicht, jede dritte Frau dieses Alters in Dauertherapie zu halten.

nach R. Scharpff
in: Die Ersatzkasse, 12/87

Gedanken über die Forderung einer degressiven Punktwertgestaltung

M. Blank

Was ist davon zu halten, wenn Organisationen und Gruppen wie VdZM, VdZWL, Berlinger Liste unabhängiger Zahnärzte und Decksteiner Kreis im Rahmen der Diskussion um die Strukturreform die Einführung eines degressiven Punktwertes vorschlagen?

Und zwar soll - so deren Vorstellungen - der Punktwert um 10% für den Umsatzanteil einer Praxis reduziert werden, der den Durchschnittsumsatz um über 100% übersteigt.

Vor dem Hintergrund der bislang bekannten Tatsache, daß etwa 10% aller Praxen ca. 40% des Gesamtumsatzes (und etwa 25% ca. 55%) machen, würde aus der Realisierung dieses Vorschlags ein spürbarer kostenreduzierender Beitrag der Zahnärzte resultieren und möglicherweise eine Begrenzung des Leistungsumfangs ohne Einschränkung der Therapiefreiheit.

Der DAZ war bis dato diesen Überlegungen gegenüber sehr skeptisch, weil die Eingriffe in den zahnärztlichen Leistungssektor in der letzten Zeit ohnehin erheblich waren und mit dieser Maßnahme auch Kollegen getroffen würden, die schnell, viel und trotzdem gut arbeiten.

Außerdem, so der DAZ, führt eine Realisierung unserer Vorschläge hinsichtlich Prophylaxe und Qualitätssicherung ohnehin zu erheblich weniger Leistungen im kurativen Bereich und damit auch zu weniger Ausgaben. Jedoch sind auch die oben genannten Gruppen der Auffassung, daß es in niemandes Interesse sein kann, durch weitere globale Honorarverzichtete der Zahnärzte diesen die wirtschaftliche Basis zu entziehen.

Fazit: Auf Grund der Tatsache, daß von Kassen und Gesetzgeber kostenreduzierende Vorschläge gefordert und auch eingefordert werden, erscheint mir ein derartiges Angebot ein sozial vertretbares und gerechtfertigtes zugunsten der kleinen umsatzschwächeren Praxen. (Das Prinzip ist ja nicht neu: Die Steuerprogression beruht ja auf dem gleichen theoretischen Ansatz.)

Sozial unververtretbar, ja unverantwortlich dagegen erachte ich die gegenwärtigen Pläne der Regierung und langjährigen Forderungen des Freien Verbandes nach Erhöhung der Selbstbeteiligung oder gar Einführung des Kostenerstattungsprinzips.

Denn dies ginge dann an die

Substanz eines Großteils der Sozialpraxen und der Patienten. Und es würde dann zwar an Kosten, aber wesentlich an der Gesundheit gespart werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Michael Blank
Obermünsterstr. 11
8400 Regensburg

Diagnose und Therapie der infizierten Pulpa

Wird die Pulpa beim vollständigen Entfernen des Detector färbbaren Dentins (Caries Detector färbt selektiv das äußere kariöse Dentin, wenn es infiziert, irreversibel denaturiert, nicht remineralisierbar und unempfindlich ist) freigelegt, dann haben die Bakterien die Pulpa mit ziemlicher Sicherheit erreicht. Eine Exstirpation der Pulpa ist jedoch nicht in jedem Fall indiziert. Da die Bakterienanzahl in der tiefsten Schicht des äußeren kariösen Dentins noch niedrig ist, könnten die Bakterien, die die Pulpa erreicht haben, eine nur oberflächliche Infektion hervorgerufen haben, ohne die Pulpa selbst entscheidend geschädigt zu haben. Dieser Zustand manifestiert sich klinisch durch die folgenden drei Symptome:

1. Der Bereich der exponierten Pulpa ist relativ klein, mit einem Durchmesser von 1 mm oder geringer.
2. Der Patient hat Schmerzen beim Freilegen der Pulpa.
3. Die rosa Färbung der gesunden Pulpa ist zu sehen, und frisches rotes Blut sickert aus der Öffnung.

Dieses Zeichen deutet darauf hin, daß die Pulpa noch vital und gesund ist,

auch wenn sie oberflächlich leicht infiziert sein kann.

Daraus ergibt sich als Indikation einer Behandlung die direkte Pulpaüberkappung. Die Blutung wird mit einem in Wasserstoffsperoxyd gesättigten Wattebausch zum Stillstand gebracht, und die exponierte Pulpa wird mit einem schnellhärtenden Calciumhydroxyd-Zement überkappt. Man darf auf keinen Fall die exponierte Pulpa mit einer Sonde berühren, da hierdurch möglicherweise die Pulpa verletzt wird, was postoperativ zu Beschwerden führt oder weitere Bakterien eindringen läßt, wodurch sich die Prognose der Pulpa verschlechtert.

Entsteht durch das Entfernen des Detector färbbaren Dentins eine große Öffnung im Pulpakavum und schießt eine Mischung aus Blut und Eiter heraus, dann ist die Pulpa mit Sicherheit eitrig und stark entzündet. In diesem Fall ist eine Entfernung der Pulpa indiziert.

Aus: Diagnose der Pulpa mit Caries Detector, Takao Fusayama, Phillip Journal 1'88, S. 43/44

Wirtschaftlichkeitsprüfung = Wegweiser künftiger Pauschal- honorierung?

U. Sobanski

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit zahnärztlicher Behandlungsweise zählt mit zu den zentralen Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung von KZVen und Krankenkassen und soll sicherstellen, daß die von der Solidargemeinschaft der Versicherten aufgebrauchten Mittel in angemessenem Verhältnis zum therapeutischen Nutzen eingesetzt werden.

Durch ein neues BSG-Urteil wird der bislang bestehende Ermessensspielraum der Prüfeinrichtungen bei der Wahl der Prüfmethode erheblich eingeengt.

Nicht nur wegen dieser Einschränkung, auch aus anderen Gründen gibt das Urteil Anlaß zu massiver Kritik.

Der Autor, der jahrelang Mitglied von Prüfungsausschüssen war und als Mitglied eines KZV-Vorstandes das Referat Wirtschaftlichkeitsprüfung leitete, setzt sich mit dem neuen Urteil auseinander und zeigt auch Wege auf, wie die Wirtschaftlichkeitsprüfung sachgerecht durchgeführt werden kann.

1. Das Urteil und seine Auswirkungen

Am 2. Juni 1987 hat das Bundessozialgericht mit einem neuen Urteil (6 R Ka 19/86) zur Abwicklung von Prüfverfahren erneut in die bisherige Prüfpraxis bei den KZVen eingegriffen und den Ausschüssen eine neue Richtung gewiesen. Zwar hält das BSG nach wie vor an der Auffassung fest, wonach den Prüfeinrichtungen ein Ermessensspielraum eingeräumt bleibt, ob sie die Einzelfallprüfung oder die statistische Vergleichsbetrachtung wählen wollen. Unter Bezug auf die von den Vertragsparteien des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte vereinbarte Verfahrensordnung (Anlage 4 zum BMV-Z) stellt es sogar fest, daß der Einzelfallprüfung nach wie vor Vorrang eingeräumt werden muß, entwickelt dann aber für diese Form der Prüfung einen Katalog derart einengender Vorschriften, daß den Ausschüssen künftig nur noch der Weg der pauschalen Vergleichsbetrachtung offen bleibt, wenn die getroffene Entscheidung Aussicht auf Bestand bei gerichtlicher Nachprüfung haben soll.

Nach Auffassung des Gerichtes setzt die Einzelfallprüfung zunächst einmal voraus, daß jeder einzelne Fall innerhalb einer vorgelegten und zu überprüfenden Abrechnung daraufhin untersucht wird, ob konkret bewiesen werden kann, daß die erbrachten Leistungen aus der jeweiligen medizinischen Indikation hergeleitet werden können. Ferner wird vorausgesetzt, daß auch die Indikation durch Vergegenwärtigung des - in der Vergangenheit gelegenen - objektiven Krankheitszu-

standes jedes einzelnen Patienten möglich ist. Für eine solche Tatsachenfeststellung aber, in der jeder einzelne Fall als gesonderte und individuelle Gegebenheit erfaßt und dargelegt werden muß, könne, so das Gericht, auf eine Heranziehung der Patienten selbst kaum verzichtet werden.

Auf die unmittelbare Untersuchung des Patienten könne überdies nur dann verzichtet werden

"wenn die festzustellende Indikationslage sich ebenso direkt und unmittelbar aus einer (objektiven) Befundunterlage oder einem sonstigen Beweismittel ergibt."

(Das sind im wesentlichen die vom Kassenzahnarzt abgerechneten Röntgenaufnahmen, seine Befundeintragungen in den Behandlungsausweisen und seine Karteiaufzeichnungen.)

Allerdings bezweifelt das Ge-

richt, daß mit Hilfe dieser Unterlagen ein unmittelbarer Aufschluß über die jeweilige medizinische Indikation und die sich daraus ergebende Notwendigkeit der erfolgten Behandlungen im Sinne eines konkreten Beweises möglich ist:

"Zwar ist es denkbar, daß der zu prüfende Arzt alle Umstände schriftlich niederlegt, die für einen Nachvollzug der damit gegebenen Indikation erforderlich sind, und daß er diese Vermerke zugleich wahrheitsgemäß macht. Wird schon das erstere aber jedenfalls nicht regelmäßig der Fall sein, so kann das letztere, soll es sich um eine echte Wirtschaftlichkeitsprüfung und nicht um ein bloßes (globales) Scheinverfahren handeln, nicht einfach unterstellt werden."

Aufgrund dieser Zweifel und wegen des nach Auffassung des Gerichtes fast immer unangemessen hohen Verwaltungsaufwandes bei der Durchführung von Einzelfallprüfungen kommt das BSG zu dem Schluß, daß die statistische Methode jeden-

falls praktisch der Regelfall sein müsse, während die Einzelprüfungen nur in Ausnahmefällen in Betracht kämen.

Die statistische Prüfmethode sei auch beweisrechtlich vorzuziehen:

"Sie erbringt einen objektiven Nachweis insoweit, als es um die Überschreitung der Durchschnittsfallzahlen der Vergleichsgruppe geht. Hiervon auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung zu schließen, ist aber um so unbedenklicher, je besser die einzelnen ärztlichen Vergleichsgruppen nach identischen Praxisumständen gebildet, ihre (generellen) Teilidentitäten also vergrößert werden."

Sofern die Vergleichbarkeit in dieser Weise optimiert, ein relativ hohes sanktionsloses Überschreitungs-feld eingeräumt und statistische Extremfälle ("Ausreißer") vernachlässigt würden, könne die Objektivität eines solchen statistischen Schlusses allenfalls noch durch solche Umstände in Frage gestellt werden, die sich

nicht generalisieren, also auch nicht bei der Bildung einer Vergleichsgruppe berücksichtigen lassen. Da solche Umstände nach Auffassung des Gerichtes aber hauptsächlich in / Besonderheiten bestehen könnten, die in der Person des einzelnen Arztes liegen, bedürfe es nicht deren Berücksichtigung:

"..., wenn man ... in Betracht zieht, daß die gleiche Ausbildung, die gleiche Verbindlichkeit der Regeln der ärztlichen Kunst und die Gleichgeartetheit der medizinischen Techniken annähernd gleichartige ärztliche Leistungsmuster prägen, daß ferner diese Muster durch die Standardisierung der Gebührenbestimmungen eine zusätzliche Prägung erfahren, daß auch die einem Arzt zukommende Patientenschaft hinsichtlich ihrer Krankheiten und Behandlungsbedürftigkeiten um so stärker nach diesen Mustern ausgewählt und von ihnen bestimmt wird je enger der Spezialisierungsgrad des Arztes reicht, und daß schließlich jene Krankheiten und Behandlungsbedürftigkeiten bei Patienten desselben Zivilisationskreises in relativ gleicher Häufigkeit auftreten."

So deutlich wie in diesem jüngsten Urteil ist das Bundessozialgericht bisher nicht von der Anerkennung der - zwischen den Vertragspartnern als vorrangige Prüfmethode vereinbarten - Einzelfallprüfung abgerückt, hat es derart unerfüllbare Anforderungen an die Beweiskraft von Einzelprüfungsergebnissen den Prüfinstanzen auferlegt. Noch nie hat das BSG in dieser Deutlichkeit dem statistischen

Vergleich mit dem Testat der kaum bezweifelbaren Objektivität den geradezu ausschließlichen Vorrang gegeben.

Ob der Vorschlag weiterhilft, den der Justitiar der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Dr. Pohl im Vorstandsrundschreiben Nr. 34 vom 17.8.87 im Zusammenhang mit der Besprechung des vorgestellten Urteils macht, bleibt abzuwarten:

"Soweit es in der Macht der KZVen steht, sollen sie diese Verdrehung von Vereinbarungen nicht nachvollziehen. Nach wie vor gilt: Den Angaben des Zahnarztes ist zu vertrauen, solange nicht das Gegenteil erwiesen ist. Ergibt die Prüfung von Einzelfällen keinen Anlaß für Maßnahmen, so wird auch beim Überschreiten von Durchschnittsn nicht gekürzt. Natürlich muß der Prüfungsausschuß klären, worauf der hohe Falldurchschnitt beruht. Hohe "nachprüfbare" Leistungen (Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen) sind einer Einzelprüfung zu unterziehen und dürfen nicht pauschal beurteilt werden. Bei "nicht nachprüfbaren" Leistungen (Mundbehandlungen, Zahnsteinentfernungen, Nachbehandlungen) ist zu prüfen, ob sie in einem sinnvollen Zusammenhang stehen. So wird bei "Nachbehandlungen" nach den "Vorbehandlungen" zu forschen sein, werden routinemäßig einmal angesetzte Mundbehandlungen und gleichzeitige Zahnsteinentfernungen nicht akzeptiert werden, wohl aber eine gezielte Gingivitisbehandlung, auch mit vielen Sitzungen in einzelnen Fällen. Jedenfalls darf aus dem BSG-Urteil nicht die Übung entstehen, bei hohen Fallwerten kurzerhand in die Pauschalkürzungen zu gehen."

Jedenfalls werden es die Prüfungsausschüsse künftig ungleich schwerer haben, die mit den Vertragspartnern vereinbarte Einzelfallprüfung durchzuführen, ohne Gefahr zu laufen, daß ihre Entscheidungen vor den Sozialgerichten keinen Bestand haben, wenn die Krankenkassen sich zur Klage entschließen. Wollen sie dieser Gefahr aber ohne große Probleme aus dem Wege gehen und den Erkenntnissen des Bundessozialgerichtes folgen, so kann die Wirtschaftlichkeitsprüfung künftig nur noch in Form eines statistischen Vergleiches mit pauschaler Kürzung durchgeführt werden. Hierzu allerdings bedürfte es dann kaum noch fachlich qualifizierter Ausschüsse. Der Vergleich von individuellen Abrechnungswerten mit rechnerisch festgestellten Durchschnittszahlen wäre durch eine geübte Verwaltung, wenn nicht gar durch ge-

eignete Programme für die vorhandenen Datenverarbeitungsanlagen, schneller und zuverlässiger zu bewältigen und wegen der dann zu erwartenden Rückwirkungen auf das Behandlungsverhalten der Zahnärzte (Durchschnitt einhalten!) mißbrät die Einzelleistungsvergütung zur Pauschalhonorierung, weil es auf die Anzahl der erbrachten Leistungen dann nicht mehr ankommt: Mit anderen Worten: Das insgesamt erzielbare Honorar bemißt sich am Durchschnittswert (multipliziert mit der Anzahl der Fälle). Der de facto-Einstieg in die Pauschalhonorierung mit den aus der Vergangenheit bekannten Nachteilen für die Zahngesundheit der sozialversicherten Bevölkerung wäre erreicht und brauchte nur noch de iure nachvollzogen zu werden.

Nicht nur wegen dieser künfti-

gen Auswirkungen fordert das vorgestellte Urteil Kritik heraus. Das unverhohlen vorgebrachte Mißtrauen des Gerichtes in den Wahrheitsgehalt zahnärztlicher Aufzeichnungen - ohne Einschränkung auf einen speziellen und sorgsam überprüften Fall - ist mehr als nur bedenklich. Die Abkehr von dem rechtsstaatlich garantierten Prinzip der Unschuldsvermutung sollte nicht ausgerechnet von jenen ausgehen, denen die Wahrung auch dieses Rechtsinstitutes besonders übertragen ist. So schlüssig im Übrigen das Urteil bei der ersten Lektüre erscheinen mag, bei sorgfältiger Prüfung der Argumentation des Gerichtes lassen sich gravierende Schwächen aufdecken. Sie liegen im wesentlichen in dem kritiklosen Glauben an die Objektivität

des statistischen Vergleiches, weil sich das Gericht kaum der Mühe unterzogen hat, längst bekannte und von namhaften Wissenschaftlern der Informatik bestätigte Systemfehler im gängigen Verfahren der sogenannten Vergleichsbetrachtung zu berücksichtigen. Zum anderen zeigen sie sich in der durch keine Untersuchung belegbaren Idealisierung der sogenannten Vergleichsgruppe.

Der Autor wird sich im nächsten Heft des FORUM ausführlich mit der Fehlerhaftigkeit der Denkansätze des Gerichtes auseinandersetzen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Ulrich Sobanski
Brüderstr. 19
Postfach 22 05
5810 Witten

... Bisher wurden Beratungsgespräche in den Fällen geführt, die entsprechend der Vereinbarung über das Beratungsverfahren aufgrund einer hohen Abrechnung bzw. einer hohen Abrechnung in einem Gebiet der Zahnheilkunde usw. aufgefallen waren. Es hat sich herausgestellt, daß wir tlw. die falschen Kollegen beraten haben. Vielfach handelt es sich hierbei schlicht um Vielarbeiter und Fleiß ist bekanntlich nicht strafbar. Dem bösen Wort von Selbstbedienungsladen muß hier auf dem politischen Sektor energisch entgegengetreten werden, denn die Anerkennung der Unzulässigkeit der Verrechnung einer überdurchschnittlichen Anzahl von Leistungen, die ehrlich erarbeitet wurden, wäre der Einstieg in eine Pauschalierung/Plafondierung.

Unberücksichtigt blieb dabei allerdings, wie die abgerechneten Leistungen erbracht wurden. Und hier sollen die Beratungsgespräche auf die Qualität eingehen. Der Kreis der zu beratenden Kollegen wird demnach nicht ausschließlich durch eine hohe Abrechnungszahl eingegrenzt, sondern es könnten auch normal abrechnende Kollegen beraten werden, denen in Einzelfällen mindere Qualität in ihrer Leistungserbringung nachgewiesen werden konnte. Die dem Beratungsgremium zur Verfügung stehenden Mittel und Wege zur Beweiserhebung müßten noch sondiert werden.

Dr. Wilh. Prosch (FVDZ) - Würzburg

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid²⁵¹ Bore Hoffmann
J. Huth Marg Doris
Bettina Schneider Maria Lutz
Sieglinde Zisterer Storz Buchner
Hildegard Fleisch Gerald Ritzke
Alois Kallermann
Kaufhold Daniel
Renée Grindel Werner Buchner Wilhelm
Lips Ritzer Schwinmer Margit Grindel

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

Zwischen Spalt und Kluft

— ein Beitrag zur Kronenrand-Diskussion

Chr. Nielsen

Die Güte zahnärztlicher Leistungen ist ein seit Jahren umstrittenes Thema zwischen Berufspolitik und Wissenschaft. Während die KZBV auf das durchweg hohe Niveau verweist, bewerten Hochschullehrer die Masse der ca. 9 Millionen pro Jahr eingegliederten Kronen als unbefriedigend bis mangelhaft.

Im Rahmen systematischer Qualitätssicherung ist der 'Rand-schluß' eines der Kriterien, die bei der Leistung 'Krone' evaluiert werden. Die Präzision zahnärztlichen Handelns, aber auch Nachlässigkeiten lassen sich an kaum einem anderen Aspekt so deutlich machen wie an Kronenrand-Verhältnissen. In dieser Zone entscheidet sich die Prognose: Langfristige Rehabilitation, Zahnhals-Überempfindlichkeit, Sekundärkaries, chronisch-entzündliche Irritation des Parodonts, vorzeitiger Verlust des überkronen Zahnes.

Der hier übliche Einwand, die Pathogenität mangelhafter Plaquekontrolle sei größer (1), soll nicht bestritten werden. Wir halten es jedoch nur für aufrichtig, die hohe Rate iatrogener Traumatisierungen anzuerkennen, ehe bequemerweise die Verantwortung auf den Patienten delegiert wird. Jeder erfahrene Praktiker wird die Befunde enormer Schwankungen bei der Kronenrand-Präzision bestätigen.

Nicht selten sind präparatorische und/oder technische Mängel allein für die nur eingeschränkte Prognose prothetischer Maßnahmen verantwortlich. Ebenso beklagen engagierte Zahntechniker die "äußerst unbefriedigende Situation" (2) mangelhafter Präparationen und Arbeitsunterlagen, die nur "Kompromißlösungen" zuließen. Die Tabelle 1 gibt einen schematischen Überblick über die Fehlermöglichkeiten im Bereich des Kronenrandes (3):

Unabhängig von der gewählten Präparationsform (Tangential-, Hohlkehl-, Stufen-, sub-, intra- bzw. supragingivale Präparation) kommt der zahnärztlichen einschl. zahntechnischen Präzision die entscheidende Rolle zu. Nicht die Methodik allein, sondern die Intelligenz ihrer Auswahl und Anwendung, die kritische Prüfung ihrer Ergebnisse und die ärztliche Kontrolle zahntechnischer Leistungen sind die Voraussetzungen für einen lege-artis-Erfolg.

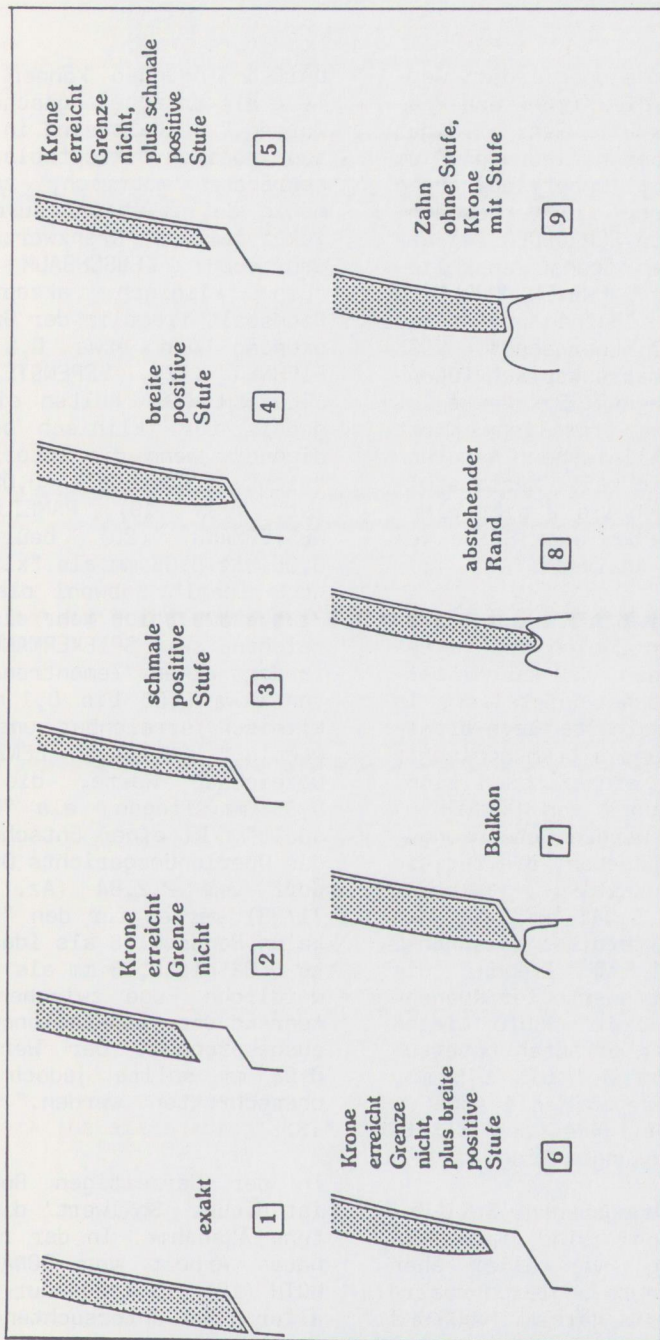


TABELLE 1: Schematische Darstellung der Fehlermöglichkeiten im Bereich des Kronenrandes. (3)

Seit Kronen eingegliedert werden, wird die Kronenrand-Präzision erörtert. Sehr bald gab es 'Soll-Beschreibungen', um die häufig unbefriedigenden 'Ist-Zustände' zu verbessern. So forderten SCHROEDER (4) bereits einen "genau anschließenden Sitz", DREYER-JÖRGENSEN (5) 1958 "keinen tastbaren Spalt oder Überschuß", VOSS (6) 1966 "makroskopisch fugenloses Anliegen". Bis heute ist jedoch eine erhebliche Kluft zwischen klinischem Anspruch und Wirklichkeit festzustellen. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über eine Reihe von Kronenrand-Analysen.

Bei der Interpretation dieser Befunde und Zahlen ist zu berücksichtigen, daß sie Mittelwertergebnisse darstellen, in die beispielhafte lege-artis-Resultate und extrem schlechte Leistungen eingeflossen sind. In der Studie von DONATH u. ROTH (15) werden Schwankungsbreiten angegeben, die für die 'Paßgenauigkeit' zwischen 0,039 und 5,341 mm, für die 'Zementspaltbreite' zwischen 0 und 2,495 mm liegen. Die Durchschnittswerte für Kronenrandspalt bzw. -stufe liegen in den hier erfaßten Untersuchungen bei 0,4 bis 0,5 mm, einer Diskrepanz, die etwa um das 5-fache über den klinischen Forderungen liegt.

Die oben angegebenen 'Soll-Beschreibungen' sind nach wie vor gültig, vor allem aber sind sie heute ungleich realisierbarer als damals. MARXKORS (11): "Die allgemeinen Ar-

beitsbedingungen können nicht mehr als Ursache angeschuldigt werden." Deshalb sind in neueren Arbeiten 'akzeptable' Kronenränder metrisch, zahlenmäßig definiert und durch objektivierbare Grenzwerte beschrieben: KERSCHBAUM (16): "Ein klinisch akzeptabler Randspalt liegt in der Größenordnung von etwa 0,1 mm." EICHNER (17), ERPENSTEIN u. DIEDRICH (18) halten ein Ergebnis für "klinisch befriedigend", wenn die Interferenz "nicht größer als 0,05 mm" ist. VOSS (19), PAMEIJER u. WESTERMANN (20) beurteilen 0,05 bis 0,06 mm als "klinisch noch ideal", obwohl dies zur Plaquekumulation mehr als ausreichend sei. SPIEKERMANN (14) fordert einen "Zementrandspalt von etwa 0,05 bis 0,1 mm als klinisch erreichbar und notwendig." KÖRBER u. LENZ (21) bezeichnen Werte, die über 0,05 mm liegen, als "Makrospalt". In einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 2.2.84 (Az.: 8 U 71/83) werden für den "zervikalen Randschluß als Idealwerte 0,02 bis 0,03 mm als unvermeidliche Fuge zwischen Kronenrand und Präparationsgrenze ausgesprochen. Der Wert von 0,08 mm sollte jedoch nicht überschritten werden." (zit. 15)

In der derzeitigen Realität ist dieser 'Sollwert' die seltene Ausnahme. In der relativ neuen Arbeit von DONATH u. ROTH (15) erreichen nur ca. 4% aller (208 untersuchten) Kronen eine Dimension von 0 bis

AUTOR/Jahr	METHODE	ZAHL der untersuch. Zähne/Kr.	BEFUNDE	BEMERKUNGEN																					
BJÖRN (7) 1970	Röntgenauswertungen		83% der Gußkronen, 74% der Porzellan-Kronen zeigen 'mangelhafte Approximalränder'. Bei 68% der Gold-, bei 57% der Porzellankronen betragen die 'Abweichungen' von der Präparationsgrenze mehr als 0,2mm.																						
GROPP, (8) SCHWINDLING 1971	Klinische Nachuntersuchungen, Sondenprüfung, visuelle Kontrolle	320	88% aller Kronen wiesen keinen 'exakten Randschluß' auf. Bei 73% 'überstehender Kronenrand', bei 49% 'zulanger Kronenrand'.																						
ERDMANN (9) 1971	Differenzmessung an extrahierten Überkronen Zähnen zwischen Kroneninnenumfang und Umfang der Präparation	111	Die durchschnittliche Differenz betrug 0,44mm. 91,3% der Bandkronen, 68% der Gußkronen 'Überragten' die Präparationsgrenze.	'zu kurze' Kronen wurden nicht berücksichtigt.																					
DUESTERHUS 1980 (10) MARXKORS(11) 1980	Differenzmessung zwischen Kroneninnenumfang und Stumpfizirkumferenz an der Präparationsgrenze	110	Die durchschnittliche Spaltbreite am Kronenrand betrug mesial 0,18mm, distal 0,23mm.	negative Radiusedifferenzen wurden nicht berucks.																					
LANGE (12,13) 1983/1986	Klinische Untersuchung	145 Patienten	78% der Einzelkronen, 82% der Brücken zeigten 'biologisch nicht akzeptable Überhänge', 'subgingivale Extension, mangelnde marginale Adaptation'.	diese Befunde wurden im Rahmen parodontalepidemiolog. Untersuchungen erhoben.																					
SPIEKERMANN 1986 (14)	Histologische Randspaltemessungen an extrahierten Überkronen Zähnen im Auflicht-Hellfeld.	142 in 81 Kiefer- Präparat.	Der Mittelwert für ausgemessene Zement-spaltbreiten lag bei 0,38mm, der Randdicken bei 0,177mm. 41,5% der Kronen waren 'zu lang', 31% 'zu kurz'. Durchschnittlich standen die Kronenränder im marginalen Bereich etwa 0,5mm ab. 73,6% zeigten 'Überkontur' ('Makrostufe'), bei 46,1% fanden sich 'deutliche', bei 25% 'geringe Ablagerungen von Konkrementen unterhalb des Kronenrandes'. 19,7% aller Kronen konnten als 'korrekt' eingestuft werden.	Zementspaltbreite Abstand zwischen Kroneninnenfläche und präp. Stumpf- oberfläche an der Präparationsgrenze																					
DONATH, ROTH 1987 (15)	Histomorphometrische Untersuchungen an Trenn-Dünnschliff-Präparaten	208/115 in 22 Kiefer- Präparat.	51% aller Kronenränder standen mehr als 0,5mm von der Präparationsgrenze ab, der durchschnittliche Randspalt betrug 0,632mm bei einer Schwankungsbreite von 0,039 - 5,341mm, der Zement-spalt betrug im Mittelwert 0,252mm, der vertikale Randschluß 0,482mm, die horizontale Stufe 0,253mm, bei nur 1% aller Kronen betrug der Randspalt weniger als 0,05mm. Befunde zur 'Passgenauigkeit': <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>0 - 0,05mm</td> <td>1%</td> <td>aller Kronen</td> </tr> <tr> <td>0,05 - 0,1 mm</td> <td>3,4%</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>0,1 - 0,2 mm</td> <td>8,6%</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>0,2 - 0,3 mm</td> <td>11,5%</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>0,3 - 0,4 mm</td> <td>9,1%</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>0,4 - 0,5 mm</td> <td>15,4%</td> <td>"</td> </tr> <tr> <td>über 0,5 mm</td> <td>51,0%</td> <td>"</td> </tr> </table>	0 - 0,05mm	1%	aller Kronen	0,05 - 0,1 mm	3,4%	"	0,1 - 0,2 mm	8,6%	"	0,2 - 0,3 mm	11,5%	"	0,3 - 0,4 mm	9,1%	"	0,4 - 0,5 mm	15,4%	"	über 0,5 mm	51,0%	"	Stufenbildung: Abstand des Kronenrandes von der Zahnober- fläche gemessen im rechten Winkel zur Zahnachse. Vertikaler Randschluß: Abstand des zervikalen Randes von der Präp- grenze in verti- kaler Richtung parallel zur Zahnachse. Passgenauigkeit: gemessene Ent- fernung von der Präp.grenze zur Kroneninnenwand an der zervikal- sten Stelle.
0 - 0,05mm	1%	aller Kronen																							
0,05 - 0,1 mm	3,4%	"																							
0,1 - 0,2 mm	8,6%	"																							
0,2 - 0,3 mm	11,5%	"																							
0,3 - 0,4 mm	9,1%	"																							
0,4 - 0,5 mm	15,4%	"																							
über 0,5 mm	51,0%	"																							

TABELLE 2 : Übersicht über Kronenrand-Analysen

0,15 mm. Wählt man gar 0,05 mm als Norm, müßten 99% aller Kronen als "nicht korrekt" bezeichnet werden.

Verantwortungsbewußte und realistische Qualitätssicherung erhebt deshalb niemals Idealzustände zur Norm oder obligatorischen Regelpräzision, sondern formuliert 'Standards', die dem jeweiligen System der Versorgung angemessen sein müssen. Ärztliche und wissenschaftliche Sorgfaltspflicht gebieten jedoch, das jeweils theoretische Ideal der lege-artis-Qualität zum Orientierungsmaßstab zu nehmen. Dabei versteht es sich von selbst, auch gewisse untere Grenzwerte zu formulieren und Ergebnisse, die unterhalb des Standards liegen, als nicht akzeptabel, korrekturbzw. wiederholungsbedürftig, als ggf. nicht abrechnungsfähig oder gar fehlerhaft anzusehen. Begründete Ausnahmen werden im Einzelfall in jeder Praxis vorkommen.

Solange Honorarkonflikte, gewisse Kompetenzdefizite und eine allgemeine Unsicherheit die berufspolitische Situation bestimmen, werden nur pragmatisch definierte Evaluationsmaßstäbe diskutabel sein. In der praktischen Kronenrand-Bewertung dürfte deshalb das Ziel einer Dimension von 0,1 bis maximal 0,2 mm realistisch sein. Dieser Standard ist noch klinisch akzeptabel und unter entsprechenden Anstrengungen auch von der Mehrzahl der Zahnärzte und Zahntechniker im

Regelfall zu leisten. Serienmäßige Diskrepanzen von über 0,2 mm können wegen des großen Risikos iatrogenen Schäden nicht mehr ohne weiteres als 'akzeptabel' oder gar 'gut' beurteilt werden. Der gern gebrauchte Vergleich, marginale Traumatisierungen seien wie Nebenwirkungen von Medikamenten, die unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit hinzunehmen seien, ist deshalb nicht zulässig, weil Kronenrandmängel bei korrekter Indikation und Operation fast immer vermeidbar sind.

Als Instrumentarium zur Bewertung des Randspaltes sind Spezialsonden in der Erprobung, die - zumindest in zugänglichen Bereichen - metrische Aussagen zulassen sollen (3). Die Normungen liegen bei 0,1, 0,2 und 0,5 mm. Stufen sind mit üblichen Sonden zu erfassen, mit denen eine Sensibilität bis 0,05 mm möglich ist (5), (21). Der Einsatz einer Lupenbrille dürfte sich in Zukunft als hilfreich erweisen.

Die Hauptaufgabe der Qualitätssicherung besteht darin, Zahnärzte selbst in die Lage zu versetzen, ihre Leistungen objektiv beurteilen zu können. Alle Kriterien-Kataloge, Kategorien, Standards u.a. dienen vorrangig dieser Selbstprüfung. Sie sollen bei millionenfachen Überkronungen (24) dazu führen, die Effektivität zu steigern. Alle Zahnärzte, auch Routiniers, sehen sich aufgefordert, - die Diagnostik zu verfeinern

- die Indikationen strenger zu stellen
- Überlegter, fehlerfreier zu präparieren
- Abformungen kritischer zu prüfen
- Technikaufträge individuell zu formulieren
- zahntechnische Werkstücke einer ärztlichen Qualitätskontrolle zu unterziehen
- Einproben und Eingliederungen unter dem (idealistischen) Postulat von 0,05 mm bis 50 µm zu prüfen und zu bewerten.

Gegen jede Art exakter, objektivierbarer Präzisionsbeschreibung ist die KZBV bisher Sturm gelaufen, weil "sie als undifferenzierte Norm nicht begründbar" (22) sei, weil "der Dienst am Menschen keine Norm" (23) sein könne, weil "der zufriedene Patient das Maß aller Dinge" (23) sei. Diese Argumentation ist der Versuch, ärztliche Zuwendung gegen operativ-realizable und klinisch-notwendige Präzision auszuspielen. Dabei machen doch erst beide Fähigkeiten zusammen unsere Professionalität aus. Gewissenhaftigkeit, die sich am Kronenrand in Mikrometern messen läßt, ist Bestandteil zeitgemäßer zahnärztlicher Betreuung. Fehlerhafte Kronenränder werden durch Humanität nicht weniger schädlich, bestenfalls eine Zeitlang erträglicher. Der 'zufriedene Patient' sollte sich aber neben Freundlichkeiten auch auf objektiv gute Ergebnisse berufen können, alles andere wäre (Selbst-)Betrug.

Andererseits werden unsere Repräsentanten nicht müde, die Wissenschaftlichkeit unseres Faches zu betonen, den Fortschritt zu preisen, unsere Leistungsfähigkeit zu rühmen. Diese legitime Selbstdarstellung nach außen sollte die Zahnärzteschaft jedoch nicht davon abhalten, die Seriosität dieser Beteuerungen nach innen zu hinterfragen. Erst diese kritische Offenheit den eigenen Leistungen gegenüber und entsprechende Konsequenzen wären der Nachweis für Wirtschaftlichkeit, Fortschritt und Leistungsfähigkeit.

Literaturangaben:

- (1) DGP-Nachrichten 2/1986, S. 4
- (2) DZW Nr. 3/88, S. 7
- (3) Marxkors: Pers. Mitteilungen 1987
- (4) Schroeder, H.: Korrespondenzbl. f. Zahnärzte 37: 97-130 (1908)
- (5) Dreyer-Jørgensen, K.: DZZ 13: 461-469 (1958)
- (6) Voss, R.: DZZ 21: 454-462 (1966)
- (7) Björn, A. et al.: Odont Revy 21: 337-346 (1970)
- (8) Gropp, H.-P., Schwindling, R.: DZZ 26: 734-742 (1971)
- (9) Erdmann, P.: Med. Diss., Münster (1972)
- (10) Duesterhus T.: Med. Diss., Münster (1986)
- (11) Marxkors, R.: DZZ 35: 913-915 (1980)
- (12) Lange, D.E.: Quintessenz 9/1983, S. 1741-1754
- (13) Lange, D.E.: ZWR 95. Jg., S. 402-406 (1986)

- (14) Spiekermann, H.: DZZ 41: 1015-1019 (1986)
(15) Donath, K., Roth, K.: Z Stomatol 84: 53-73 (1987)
(16) Kerschbaum, T.: Manuskript IDZ, Köln 8/87
(17) Eichner, K.: DZZ 24: 741-749 (1969)
(18) Erpenstein, H., Diedrich, P.: DZZ 32: 10-15 (1977)
(19) Kerschbaum, T., Voss, R.: DZZ 36: 243-249 (1981)
(20) Pameijer, Jhn., Westermann, W.: Zahnärztl. Welt 91: 46-49 (1982)
(21) Körber, K.H., Lenz, P.: Zahnärztl. Welt 13: 440-445 (1968)
(22) Tiemann, B.: KZBV-Schreiben an BdB v. 19.1.87, S. 4
(23) ZM 21/1987, S. 2382-2386
(24) Stat. Basisdaten zur Kassenzahnärztl. Vers., 1987. Danach wurden im GKV-Bereich 1985 8,83 Mio. Kronen eingegliedert.

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

Die Pulpa besser schützen!

Unser Körper hat eine so gute Selbstkontrolle, daß er ein gestörtes Gleichgewicht laufend wiederherstellt und auf externe Stimuli schützend reagiert. Der Körper ist jedoch auch sensibel und verletzlich.

Wenn wir Zahnärzte uns in der Praxis mit den harten Geweben befassen, laufen wir Gefahr, das winzige Leben in der Tiefe des Gewebes zu vergessen. Vielleicht nicht unbedingt vergessen, aber aus Zeitmangel neigen wir dazu, es zu vernachlässigen.

Die Totalätzung der Kavität einschließlich des Dentins, die bei japanischen Zahnärzten früher populär war, steht inzwischen im Mittelpunkt der Kritik. Heute heißt es mehr und mehr "Erst den Liner!". Wir haben seit langem hingewiesen auf die Gefahren einer Ätzung des freigelegten Dentins und auf die Notwendigkeit einer Unterfüllung, um die Pulpa vor chemischen Reizen, z.B. durch Monomere, zu schützen. Derlei biologische Erwägungen sind bei Composite-Restaurationen immer zusätzlich zu den mechanischen Eigenschaften des Restaurationsmaterials zu betrachten.

Aus: Yoshiaki Tani, Composites: Eigenschaften, Phillip Journal 1'88, S. 9

Optimale Praxisgestaltung

— Grundlage der Qualitätssicherung (II)

K. Kimmel

Die Funktionsbereiche der Zahnarztpraxis (Abb. 2) bilden ein Verbundsystem, das z.B. von seinen Verkehrswegen her wohlüberlegt geplant und gestaltet werden sollte (1, 2, Abb. 3). Im Gegensatz zur Zahnarztpraxis vor Beginn der eigentlichen ergonomischen Evolution (1964/65), die meist nur ein sogenanntes Sprechzimmer und ein Wartezimmer sowie manchmal ein Kleinlabor aufwies, sind heute zwei Behandlungsplätze, eine Rezeption, ein Praxislabor, ein Wartungsraum, ein Wartezimmer und ein Sozialraum das funktionelle Minimum. Aber alles, was über zwei Behandlungsplätze pro Zahnarzt (ohne ZMF) hinausgeht, zwingt in der Regel zur quantitativen Leistungsmaximierung, was gegen ergonomische und (jetzt) auch standespolitische Grundregeln verstößt.

Die Ausrüstung der Behandlungsplätze wurde im vorangegangenen Beitrag behandelt. Für die anderen Funktionsbereiche gelten dieselben ergonomischen und hygienischen Regeln. Arbeitsphysiologisch, -psychologisch und -hygienisch günstiges Verhalten ist nicht auf den zahnärztlichen Behand-

lungsplatz und erst recht nicht auf den Zahnarzt beschränkt (1, 2, 22).

Die Rezeption

Die eigentliche Praxiszentrale, von der aus vor allem die Terminplanung und Arbeitsordnung organisiert wird, ist meist ein Arbeitsbereich "auf engstem Raum", wobei hier - wie überall - auch für den notwendigen Luftraum von 12 m³ pro Person zu sorgen ist. Dies bedeutet übrigens, auf die Behandlungsräume bezogen, daß das Minimum bei 36 m³ liegt, da ja neben dem Zahnarzt und der Behandlungsplatz-Assistenz auch der jeweilige Patient hinzuzuzählen ist.

Die Gestaltung der Praxiszentrale erfordert intensive Überlegungen hinsichtlich der Kartei- und sonstigen Kapazitäten. Der Einsatz einer EDV-Anlage - mehr und mehr unausweichlich - ist ebenso zu berücksichtigen wie die Platzierung der Kommunikationsanlagen (z.B. Telefon mit Anrufbeantworter, Gegensprechanlage). Sehr gut bewährt hat sich in unmittelbarer Nähe der Rezeption ein Tisch mit stapelbaren

Laborkästen, über den der Aus- und Eingang der zahntechnischen Aufträge abgewickelt werden kann.

Die Einteilung der Patientenkartei (laufende, Tages-, zu bearbeitende und ruhende Kartei) innerhalb des Greifraums der zuständigen Helferin ist zu empfehlen. Die Arbeitsstühle sollten auch hier ein optimales Arbeitsverhalten erlauben.

Der Wartungsbereich

Der im Sinne des Zentralraum-Konzeptes von R. Hilger (1, 26) unmittelbar neben der Rezeption gelegene Wartungsbereich (Abb. 2) spielt im Zeichen der erhöhten hygienischen und technischen Arbeitssicherheit (nach UVV VBG 103 der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) eine wichtige Rolle im Praxisgeschehen. Die hier eingesetzten Geräte (z.B. Ultraschallgerät, Thermodesinfektor, Autoklav, Chemiklav, Heißluft-Sterilisator, Dampf-Desinfektions- und/oder Sterilgut-Versiegelungsgerät) bedürfen einer ständigen Kontrolle, was vor allem für die Sterilisatoren und deren Wirksamkeit gilt.

Je nach Lagerungssystem (Trays, Sterilgutverpackung u.a.) sind ausreichende Kapazitäten für die Arbeitsmittel einzuplanen. Aus Entsorgungs- und anderen Umweltschutzgründen wird der Thermodesinfek-

tion gegenüber der chemischen Instrumentendesinfektion eine Priorität eingeräumt. Die technische und hygienische Wartung der Turbinen und Übertragungsinstrumente (Hand- und Winkelstücke) gehört zu den arbeitspraktisch noch nicht optimal gelösten Problemen. Dieses Thema wird im DAZ-Forum 21 behandelt werden.

Das Praxislabor

Abgesehen von seiner standespolitisch umstrittenen Rolle ist das Praxislabor ein Funktionsbereich, über den es sehr viel nachzudenken und zu diskutieren gibt. Raumgröße, Ausrüstung und Ausstattung hängen weitgehend von der grundsätzlichen Entscheidung ab, in welchem Maße zahntechnische Aufgaben in der Praxis selbst absolviert werden sollen. Die Skala der Möglichkeiten reicht vom reinen Vorbereitungslabor (Ausgießen von Alginat- und anderen Abdrücken) bis zum maximal eingesetzten Zahntechnikbereich mit einer maximalen personellen und materiellen Kapazität.

Auf jeden Fall sollte wegen der Notwendigkeit, Alginatabdrücke sofort nach dem Abformen auszugießen, eine Möglichkeit zur Modellherstellung bestehen, wie auch das Anfertigen von Bißregistrierhilfen und individuellen Abformlöffeln sowie das Wiederherstellen der Prothesenfunktion und die Korrektur neuer Behelfe in einem solchen Mini-Labor be-

werkstelligt werden können.

Der Prophylaxebereich

Mit der Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung in Richtung Prophylaxe wird es in zunehmendem Maße erforderlich sein, einen Prophylaxebereich einzuplanen, der sowohl für die Patienteninformation als auch für eine Reihe von Prophylaxemaßnahmen ohne Einsatz einer üblichen Behandlungsplatz-Ausrüstung benutzt werden kann.

Das Wartezimmer

Die Zeiten sind erfreulicherweise längst vorbei, in denen das Wartezimmer mit ausgedienten Stühlen aus Omas Wohnzimmer ausgestattet war. Gerade hier kommt es auf eine psychologisch günstige Atmosphäre auch der Einstimmung und Kommunikation an. Neben der Rezeption kann das Wartezimmer als "Visitenkarte" einer Praxis betrachtet werden.

Der Sozialbereich

Über die Anforderungen der UVV VBG 103 hinaus ist ein Sozialraum für das Praxisteam ein Funktionsbereich von Bedeutung. Neben den Schränken für die Berufs- und Tageskleidung sind Kühlschrank, Kochgelegenheit und entsprechendes Geschirr vorzusehen. Die Art und Ausstattung des Sozialbereichs kann für die Arbeitsatmosphäre

einer Praxis in beachtlichem Maße ausschlaggebend sein.

Der Sanitärbereich

Getrennte Toiletten für Patienten und Praxisteam sind bei neuen Praxen Vorschrift (UVV VBG 103), was sich aus räumlichen Gründen nicht überall ermöglichen läßt. Sinnvoll ist eine derartige Regelung schon.

Die technische Versorgung

Kompressor und Absauganlage sind die hauptsächlichen Elemente der technischen Versorgung. Es ist aus hygienischen und technischen Gründen unabdingbar, einen hochwertigen Kompressor einzusetzen, der die Zufuhr ölfreier, trockener und sauberer (gefilterter) Luft gewährleistet. Auch die Leistungsfähigkeit der Absauganlage ist ein wichtiger Faktor der Praxisausrüstung und -arbeit. Dabei hat die Absaugtechnik eine fachliche, hygienische und ergonomische Funktion.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Karlheinz Kimmel
Löhrstr. 139
5400 Koblenz

Literatur:

1 Kimmel, K., Dombrowsky, K.-J. und Wagner, B.: Die zahnärztliche Praxis, Planen - Gestalten - Steuern. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1978.

- 2 Kimmel, K.: Arbeits- und Praxisgestaltung. Abschnitt 1.4.1 in: Hilger, R., Jung, T. und Spranger, H.: Die zahnärztliche Versorgung, Band 1, A. Hühlig, Heidelberg 1984.
- 3 Kimmel, K.: Qualitätssicherung der Arbeitsbedingungen und -leistungen, Memorandum zur Vorbereitung einer Untersuchung des Instituts für zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Verfahrenstechnik, Koblenz 1987
- 4 Kimmel, K.: Qualitätssicherung gemeinsame Aufgabe unserer Fachwelt, Dent Echo 57, 6-9, Nr. 8 (1987).
- 5 American Dental Association: Quality Assurance in Dentistry, Chicago 1977.
- 6 California Dental Association: Quality Evaluation in Dental Care, Los Angeles 1976.
- 7 Dokumentation der Pilotstudie von Prof. Dr. R. Naujoks 1987.
- 8 Friedman, J.W.: A guide for the evaluation of dental care. School of Public Health, University of California, Los Angeles 1972.
- 9 Dokumentation des Internationalen Instituts für zahnärztliche Praxisführung über Widerstände gegen die Qualitätssicherung im zahnärztlichen Bereich, Koblenz 1972-1988.
- 10 Arbeitsergebnis des Kreises "Qualität" des FVDZ-Bundesvorstandes vom 11./12.12.1987.
- 11 Heners, M., Krieger, H.G. und Behne, E.A. (Hrsg.): Arbeitswissenschaft in der Zahnheilkunde, Jahresbericht 1984 der DGZMK-Arbeitsgemeinschaft "Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde", Quintessenz-Verlag, Berlin 1985.
- 12 Laurig, W.: Grundzüge der Ergonomie, 2. Auflage, Beuth-Verlag, Berlin 1982.
- 13 Rohmert, W. und Rutenfranz, J. (Hrsg.): Praktische Arbeitsphysiologie, 3. Auflage, G. Thieme, Stuttgart 1983.
- 14 Masing, W. (Hrsg.): Handbuch der Qualitätssicherung, C. Hanser, München 1980.
- 15 Geiger, W.: Qualitätslehre - Einführung, Systematik, Terminologie, F. Vieweg, Braunschweig 1986.
- 16 Kimmel, K.: Arbeitsgestaltung - Arbeitssicherheit, Ergonomie, Hygiene und Ernährung als Grundlage von Gesunderhaltung und Leistungsfähigkeit des Zahnarztes und seines Praxisteam. Zahnärztl Welt/Ref 96, 1068-1070, Nr. 11 (1987).
- 17 Allred, H.: Assessment of the quality of dental care. London Medical College, University of London 1977.
- 18 Dokumentation des Internationalen Instituts für zahnärztliche Praxisführung, Koblenz 1973-1988.
- 19 Kimmel, K.: Der Erkenntnisstand der zahnärztlichen Ergonomie bis heute. S. 103-118 in 11.
- 20 Oberhoff, E.: Poppelreuter's arbeitspsychologische Leitsätze, 3. Auflage, I.H. Sauer-Verlag, Heidelberg 1972.
- 21 Schön, F. und Kimmel, K.: Ergonomie in der zahnärztlichen Praxis, 1. und 2. Auflage, Quintessenz-Verlag, Berlin 1968 und 1971.
- 22 Rohmert, W., Mainzer, J., Zipp, P. und Neuhauser, W.: Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie, Band 8 der Schriftenreihe des Forschungsinstituts für die kassenzahnärztliche Versorgung (jetzt Institut der Deutschen Zahnärzte), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1986.
- 23 DIN 67 505 des NA Lichttechnik im Deutschen Institut für Normung (DIN), Berlin.
- 24 Kimmel, K.: Zahnärztliche Präparationstechnik, in: Ketterl, W. (Hrsg.): Deutscher Zahnärzte-Kalender 1966, S. 106-117, C. Hanser, München 1986.
- 25 Kimmel, K., Büchs, H. und

Eibofner, E. (Hrsg.): Zahnärztliche Präparationstechnik - Ein Leitfaden für die zahnmedizinische Fachwelt, A.

Hüthig, Heidelberg 1985.

26 Hilger, R.: Praxisplanung, Abschnitt 1.4.2 in 2.

Abbildung 2

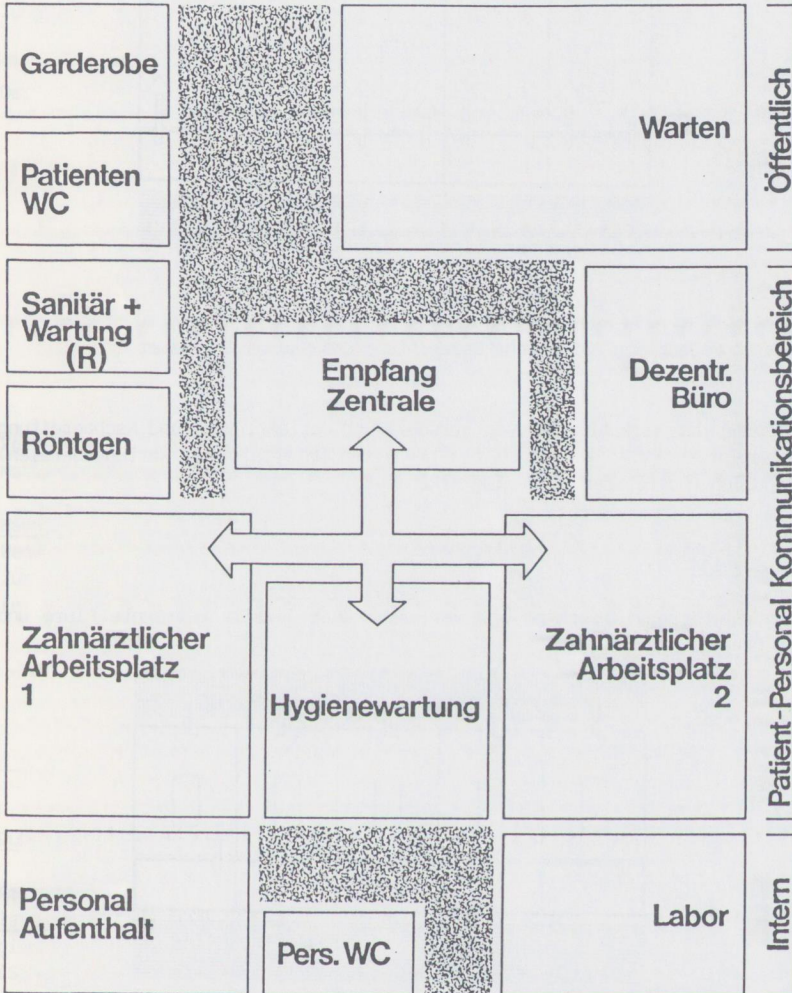
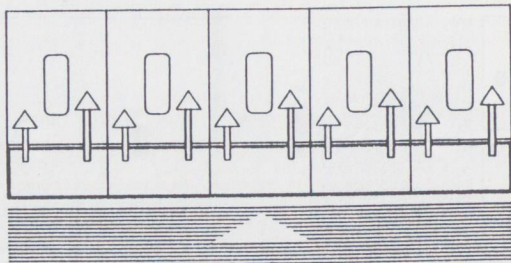


Abbildung 3

Das 1-Flursystem

Patienten und Personal betreten und verlassen den Behandlungsraum über den gleichen Flur und durch die gleiche Tür (besser: zwei Türen, je eine für Team und Patienten)

Vorteil

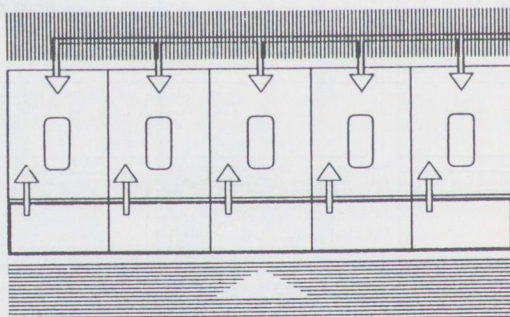
Einfachere Baumaßnahmen, natürliche Beleuchtung des Raumes = Fenster

Nachteil

Überschneidung der Verkehrswege von Personal und Patient. Vor- und Nachbereitung des Arbeitsplatzes (z.B. Wegtragen des benutzten Materials zum Wartungsbereich) ist umständlich und für den Patienten erkennbar.

Das 2-Flursystem

Patienten und Personal betreten und verlassen über jeweils getrennte Flure und Türen den Behandlungsraum.

Vorteil

Klare Trennung der Personal- und Patientenwege. Vor- und Nachbereitung der Arbeitsplätze kann ohne Störung erfolgen.

Patient sieht Abtransport des benutzten Materials zum zentralen Wartungsbereich nicht.

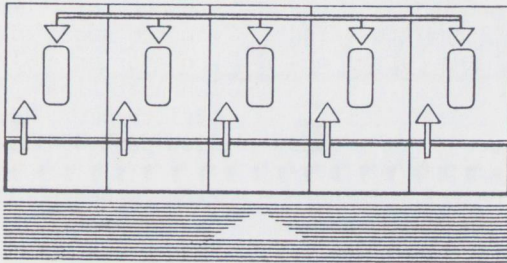
ZA kann jeden Behandlungsraum betreten oder verlassen, ohne von kommenden oder gehenden Patienten angesprochen oder beobachtet zu werden.

Nachteil

Höhere Baukosten.

Natürliche Beleuchtung durch Fenster ist dann schwierig, wenn mehrere Behandlungsräume nebeneinanderliegen.

Der dritte Weg ist die Kombination von 1-Flurssystem und internem Personalweg



Vorteil

Natürliche Beleuchtung ist möglich. Personal- und Patientenwege getrennt.

Nachteil

Wenn mehr als zwei Arbeitsplätze nebeneinanderliegen: das Durchgehen von einem zum anderen Raum kann von dem im Patientensstuhl befindlichen Patienten beobachtet werden.

Quecksilberbelastung

Amalgamfüllungen stellen einen relativ geringen Anteil der totalen Quecksilberbelastung dar. Es sind weniger als 0,01 % der Bevölkerung, die auf Amalgam allergisch sind. Angeblich bewirken Amalgamfüllungen allein keine toxischen Probleme (Schw. Mschr. ZM 97 (10): 1271 1987). Obwohl die Hg-Konzentration der Pulpa amalgamgefüllter Zähne wesentlich höher war im Vergleich zu ungefüllten Zähnen, ist eine toxische Schädigung unwahrscheinlich (DZZ 41 (19): 885 1987).

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt für den Praktiker, Dez. 1987 Vol. 9 Nr. 12

DENTEV — die Rettung ist da!

R. Kirschner

Zahnärzte sind dumm, wenn sie so etwas mit sich machen lassen! Aber die Vergangenheit hat es bereits bewiesen, ... mit Zahnärzten kann man alles machen! Blüm macht's gerade wieder vor! So hat in den letzten zwölf Jahren der FVdZ die Kollegenschaft politisch hinters Licht geführt, ... und die meisten Zahnärzte sind trotzdem bis heute blind gefolgt!

Jetzt kommt auch noch eine buntgemischte Truppe von ausgefuchsten Geschäftemachern und versucht, die Zahnärzte - unter ausdrücklichem Hinweis auf leitende Funktionen, beim FVdZ - geschäftlich über den Tisch zu ziehen. Das überließ man doch bisher den "Finanz- und Wirtschaftsberatern"! Erinnern Sie sich auch an Pro-medici?

Wirklich imponierend in der Machart waren sie, diese mit belegten Brötchen garnierten "Gründungsversammlungen"! Die Strickart war so ungeheuer geschickt und professionell, daß sichtlich mancher Kollege seinen klaren Verstand vergaß. Zuerst wurde in Bild-Zeitung-(pardon: Zahnarztwochen-)Manier ein düsteres Horrorszenario der trostlosen Zukunft der deutschen Zahnärzteschaft entworfen (sogar mit gewissen Anklängen an die Realität), dann erschien - gottvatergleich -

Herr Hinz, der Retter, die DENTEV-Eintrittskarte lockend in der Hand! Man muß nur zugreifen! Dann ist jeder Zahnarzt seine beruflich/finanziellen Sorgen los! Phantasia-Land! Zusätzlich tritt auch noch ein Stoffel (der heißt wirklich so!) auf und beschwört mit gen Himmel gewandten Augen die Vision einer konzentrierten/konzertierten Zahnarzt(finanz)macht. - Natürlich mit DENTEV! - Natürlich dank DENTEV!

Eine "saubere" Truppe hat sich da gefunden, um die deutsche Zahnärzteschaft vor dem Niedergang zu retten. Ich dachte bisher: das macht doch der FVdZ! Man benutzt den guten Namen von DATEV (einer Genossenschaft) zur Assoziationserzeugung mit DENTEV (einem wahrlich rein kommerziellen Unternehmen). Eine Taiwan-Rolox! Man sollte den Namen vielleicht ändern in "Prodentici". Und sieht man sich die DENTEV-Gesellschafter näher an, dann muß jedem Halbwegs-Eingeweihten doch recht schnell der wahre Hintergrund klar werden.

Da beziehen sich einige auf ihre Funktionen im FVdZ. Das ist schon in höchstem Maße verdächtig! Da erscheint der LOGIS-Chef. Wer über die Logis-Story von Anfang informiert ist, der sieht sehr

schnell, wohin der Hase laufen wird. Da erscheint der mehrfach lagerwechselnde Computer-Zahnarzt. Der hat jetzt sicher seine finanzielle Heimat gefunden! Wer darf da natürlich nicht fehlen? Klar doch! Herr Hinz! Für Auslastung des eigenen Fortbildungsinstitutes und Einbindung des Verlages ist doch so genügend gesorgt! Außerdem steigt man auf solche Art auch noch verlagsmäßig ein ins Datenbank-Geschäft.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich wohl die berechnete Frage, wer nun eigentlich für wen sorgen soll. Doch vielleicht sollten es die Zahnärzte wirklich 'mal versuchen, ... ihre Interessenvertretung einem kommerziellen Unternehmen zu überlassen! Denn mehr politischer Wahnsinn kann dabei bestimmt nicht produziert werden. Nachweisbar sind doch Kammern, KZVen und Verbände nicht mehr zur Interessenvertretung fähig!

In diesen Stunden tiefer beruflicher Hoffnungslosigkeit trifft uns Zahnärzte jetzt der wärmende Strahl der (un)eigenen nützigen DENTEVE-Sonne. Blüm paß' auf, jetzt kommen wir! ... Mit DENTEVE und Computer, Datenbank und zahnmedizinischem Expertensystem (?) ... Wir brauchen nur einzutreten! Halt! Vorher noch die Eintrittskarte bezahlen ...! Lächerliche 5.250 DMchen!

Kein Preis, wenn man bedenkt, was einen alles erwarten kann

...! (Soft(ware)-Eis und Zuckerwatte im nebeligen Windbeutel, garniert mit viel Schaumschlägersoße! Und geholfen wird auch noch! Sicherlich den Herren Fuchs, Gotthardt, Hinz, Kuttruff und van Thiel. Ach ja ... , nicht zu vergessen Boehl! ... Boehl ...? Natürlich Boehl! Den kennen wir doch auch vom FVdZ ...! Natürlich! Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Es ist wahrlich schlimm, die verunsicherten Zahnärzte unter Ausnutzung der FVdZ-produzierten GOZ-Angst in ein Computer-Abenteuer zu stürzen. Wenn Hinz ihnen wenigstens vorher noch einen Trockenkurs in Survival anbieten würde ...!

Ich hoffe aber immer noch, daß Deutschlands Zahnärzte doch nicht so dumm sind, wie Sie glauben, Herr Hinz! Ich wünsche DENTEVE jedenfalls Platencrash, Schnittstellen-Gemüse und Interface-Salat auf logis-tischem ZFV-Lagerformular!

PS: Unbestätigten Berichten zufolge, bietet das Hinz'sche Fortbildungsinstitut ein erstes Kurspaket ausschließlich für DENTEVE-Partner zum Sonderpreis von 15.000,-- DM an, einschließlich Praktikum in einer DENTEVE-Bezirksdirektion. Thema: "Wie erleichtere ich einen Zahnarzt um 5.250,-- DM"

Anschrift des Verfassers:
Dr. R. Kirschner
Jägerskamp 3-5
4422 Ahaus

Anfangserfahrung mit einem Praxiscomputer!

K. Krützmann

Gut zwei Jahre lang habe ich mir immer wieder Zahnarztprogramme für Praxiscomputer vorführen lassen. In der Zeit registrierte ich mit Freunden den Preisverfall vor allem bei den Geräten (Hardware). In diesem Sommer entschloß ich mich, es mit einem Zahnarztprogramm mal zu versuchen.

Gründe für einen Praxiscomputer gibt es viele. Neben den oft zitierten (Verwaltungsvereinfachung, Zeitersparnis, etc.) war für mich der Wunsch ausschlaggebend, mich von meiner sehr fähigen Verwaltungshelferin für den Fall ihres Ausscheidens unabhängig zu machen.

Da der Anschaffungspreis letztlich immer noch zu hoch ist, um so eine Investition in den Sand zu setzen, suchte ich nach anderen Lösungsmöglichkeiten.

Die Hardware ist - wie oben schon erwähnt - inzwischen nicht mehr so teuer. Im Augenblick ist ein IBM-kompatibler PC XT mit Festplatte, Bildschirm und Drucker für unter 5.000,-- DM Neupreis auf dem Markt zu haben. Aber auch da ist die Möglichkeit des Leasing oder sogar der Miete für einige Zeit gegeben. (Für den Raum München bietet z.B. das

COMPUTER STUDIO, Kreuzstr. 13, für 30,-- DM pro Tag einen entsprechenden Computer mit Bildschirm, Festplatte und Drucker zur Miete an. Bei späterem Kauf werden mindestens 50 % des Mietpreises angerechnet.)

Bei der Software bot sich für mich nur an, die Hersteller an ihren eigenen Werbesprüchen zu packen und mir das Programm zum Ausprobieren für ein bis zwei Quartale zu mieten. ("Wenn Sie schon so überzeugt davon sind, daß ich den Praxiscomputer nach einiger Einarbeitung nicht mehr missen möchte, dann können Sie mir den ja auch für einige Zeit gegen ein geringes Entgelt zur Verfügung stellen. Ich mag keine Katze im Sack kaufen und möchte auch die Möglichkeit haben, bei nicht vorhandener Akzeptanz in der Praxis, alles zurückzugeben.")

Dafür konnte ich damals zwei Firmen gewinnen (CONSYS München und H&K Erlangen). Die Hardware besorgte ich mir woanders.

CONSYS - Softwarepreis für meine Bedürfnisse ca. 16.000,-- DM - wollte monatlich ca. 420,-- DM Miete, wovon bei Kauf die Hälfte angerechnet würde.



*echte Partnerschaft



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

Informieren Sie sich und testen Sie uns

DORNBERGER Computertechnik GmbH

Hermann-Geiß-Str. 15
8400 Regensburg
Tel.: 0941/73007

Büro Straubing
Tel.: 09421/81199

H&K - Softwarepreis 11.000,--
DM - verlangte nur 200,-- DM
monatlich und rechnet bei spä-
terem Kauf die gesamte Netto-
miete an.

Beide akzeptierten eine Ver-
suchsdauer von zwei Quartalen.

Da ich in den jeweils drei-
bis vierstündigen Vorfürungen
von beiden Programmen einen
ähnlichen Eindruck bezüglich
ihrer Fähigkeiten hatte, ent-
schied ich mich für das H&K-
Programm. (Inzwischen bietet
die Firma SOFTWARE SERVICE
Dipl.-Ing. Peter Jungmann ein
gutes, umfassendes Programm
für 4.800,-- DM an. Außerdem
kann man für 100,-- DM die
Woche das Programm für bis zu
vier Wochen testen und bekommt
dafür auch den Computer ge-
stellt!)

Anfang Juli war es dann so-
weit. Der Computer belebte die
Praxis. Nach einer vierstündi-
gen ersten Einführung saßen
meine Helferin und ich alleine
davor, das Anwenderhandbuch
neben der Tastatur, und pro-
bierten. Stammdateneingabe,
Leistungserfassung, Heil- und
Kostenpläne erstellen, etc.
Ein vermeintliches Buch mit
sieben Siegeln.

Die Helferin brauchte mehrere
Tage bis sie sich - widerwil-
lig und zögernd - alleine an
das Gerät wagte. Auch dann
fragte sie lieber mich, an-
statt ins Handbuch zu schauen,
wenn sie nicht weiter wußte.
Sie hatte anfänglich einfach
Angst, irgendetwas an dem Ge-

rät kaputtzumachen.

Langsam aber stetig wurde die
Bedienung des Computers immer
selbstverständlicher, die Ein-
gaben schneller, das Nach-
schlagen seltener. Ich begann
die Arztstatistik zu lieben.
Innerhalb weniger Minuten
einen Überblick über die bis-
her getane Arbeit zu haben,
belebte meinen Arbeitseifer.
Punktsummen täglich, wöchent-
lich oder wie bisher im Quar-
tal, inklusive Aufteilung
nach "100 Fall Statistik"
oder die absolute Anzahl der
einzelnen Leistungen, noch
unterteilt nach RVO- und EK-
Kassen sind jederzeit abruf-
bar. Rechnungen werden schnel-
ler geschrieben, Mahnungen
jeglicher Art sind keine müh-
selige Arbeit mehr für die
Helferin.

Rückschläge gab es aber doch.
Den ersten wirklichen Ärger
auf das Gerät hatte ich bei
der Quartalsabrechnung Ende
September. Alles war vorberei-
tet, das Programm bei der KZV
gemeldet, die Krankenschein-
aufkleber vorhanden und jetzt
sollte mein elektronischer
Helfer die Quartalsabrechnung
alleine machen. Als Problem
erwies sich dann die nötige,
millimetergenaue Justierung
der Aufkleber. Aber es lag
nicht am Programm, sondern am
Drucker, genauer, an der Me-
chanik des Druckers. Der Vor-
schub lief nicht regelmäßig
genug. An der Stelle sollte
ein Anwender nicht geizig
sein. Jede gesparte Mark
bringt nur Ärger. Am besten

nimmt man die Druckerempfehlung des Softwarehauses an, da dieses die beste Erfahrung und den größten Überblick hat.

Letztlich hat dann die Abrechnung doch noch geklappt. Ein Tip für Neuanwender: Vereinbaren Sie mit dem Softwarehaus, daß einer der Mitarbeiter bei der ersten Quartalsabrechnung dabei ist, wenigstens für die erste Stunde, bis alles läuft.

Inzwischen sind wir in der Mitte des "zweiten Anwenderquartals" und meine Helferin will den Computer nicht mehr hergeben. Sie schaut schon fast unzufrieden, wenn ich mich gelegentlich an das Gerät setze und selber Heil- und Kostenpläne ausdrucken lasse oder Leistungen eingebe. Das ist ihr Bereich, sie sei schließlich die Verwaltungshelferin.

Die Arbeitserleichterung wird mit der neuen GOZ noch größer werden. Wer dazu öfters Brieftexte, die sich wiederholen, schreiben muß, wird auch die Möglichkeit der Textbaustein-eingabe zu schätzen wissen.

Die Benutzung ist wirklich schnell gelernt. Das Buch mit sieben Siegeln ist für uns längst geöffnet. Man kann die Schwierigkeit qualitativ mit dem Einarbeiten an einer elektrischen Schreibmaschine, einer modernen Stereoanlage, einem Videorecorder oder einer Videokamera vergleichen. Quantitativ muß man sich etwas

mehr aneignen, statt ca. zehn Vokabeln muß man etwa 25 wissen, also auch keine Hürde.

Die Frage, ob einen Computer, stellt sich nicht mehr, sondern nur noch, wann den Computer. Dazu zum Schluß eine Zusammenfassung der wichtigsten Tips.

1. Zum Ausprobieren das Programm für einige Zeit mieten!
2. Hardware (Geräte) und Software (Programm) müssen nicht beim gleichen Anbieter gekauft werden!
3. Beim Druckerkauf die Empfehlung des Softwareherstellers beachten!
4. Keine Angst vor dem "Computerchinesisch"! Sie brauchen es nicht zu lernen!
5. Lassen Sie sich oder Ihrer Helferin Zeit, nach vier Wochen gibt es kaum noch Probleme!
6. Wenn Sie nicht schon Computerfreak sind, reicht einmal ein Einplatzsystem! (Ausbauen können Sie immer noch!)
7. Alles zusammen sollte nicht mehr als 15.000,-- DM kosten! Eher versuchen, die 10.000,--DM-Grenze zu erreichen!
8. Am Anfang auf alle Fälle noch die gute alte Karteikarte weiter benutzen.

9. Schimpfen Sie nicht gleich auf das "blöde Programm", wenn etwas nicht funktioniert, meistens haben Sie einen kleinen Eingabefehler gemacht. Schauen Sie lieber einmal mehr ins Handbuch!
10. Eine eventuell im Preis vorhandene zweite Einweisung nicht zu früh in Anspruch nehmen. Lassen Sie die Helferin die Fragen aufschreiben und das Handbuch studieren. Sie haben mehr von der Einweisung, wenn das Programm nicht mehr so fremd ist.

Hier nochmal die genauen Adressen der oben erwähnten Firmen:

H&K Datenverarbeitung
Wredestr. 11, 8500 Nürnberg 80
Tel.: 0911-611 555

CONSYS GmbH
Linprunstr. 7, 8000 München 2
Tel.: 089-523 3031

SOFTWARE SERVICE
Dipl.-Ing. P. Jungmann
Ravensburger Ring 72
8000 München 60
Tel.: 089-834 4342

COMPUTER STUDIO
Kreuzstr. 13, 8000 München 2
Tel.: 089-267 941

Anschrift des Verfassers:

Dr. Knut Krützmann
Wagmüllerstr. 21
8000 München 22

STELLENGESUCH

Suche **Assistentenstelle** im Raum München oder Süddeutschland ab Mai/Juni 1988.

Ingo Janicke, Gontermannstr. 5, 1000 Berlin 42

Farbbestimmungen für Metallkeramikarbeiten sollte man nicht nur bei vollem Tageslicht und ohne die Sprechzimmerbeleuchtung durchführen, sondern auch vor einer Präparationssitzung. Nach einer längeren Sitzung kann der Schmelz durch Austrocknung heller werden; es können dann auch kalkig aufgehellte Flecken zum Vorschein kommen, die der (die) Patient(in) mit Schrecken wahrnimmt. Sie verschwinden jedoch wieder bei der normalen Speichelbenetzung.

Besser sehen

— auch eine Voraussetzung zur Qualitätssicherung

T. Ropers und E. Fischer

Ich habe sie immer bewundert, die Kolleginnen und Kollegen, die Brillen höchstens in Form von Schutzbrillen dann aufsetzen, wenn ihnen grobe Teile in die Augen zu fliegen drohen. Mit dem Erkennen der kleinsten Feinheiten in ihrem Betätigungsfeld haben sie keine Probleme. Ich selbst bin mit viel schlechteren Augen "gesegnet"; mein Freund, der Augenarzt, versicherte mir jedoch, daß ich mit meiner neuen Brille über hundert Prozent Sehvermögen verfüge, damit den klarsichtigen Kollegen ohne Sehhilfe gleichgestellt sei. Nun war mir dieser Zustand, wenn es um die genauen Feinheiten in der Zahnmedizin geht, nicht ganz ausreichend: Obwohl noch nicht ganz von Altersleiden geplagt, ließ ich mir in meine individuelle Korrektur noch ein Feld mit einer Dioptrie mehr einschleifen, zentriert auf einen geeigneten Arbeitsabstand. Diese Brille habe ich in der Praxis ständig in Verwendung. Für Routinearbeiten ist das, was ich sehen kann, wirklich ausreichend. Auch die Tiefenschärfe (die mögliche Differenz des Arbeitsabstandes zwischen Auge und Objekt der Bearbeitung) beläßt mir noch ein kommoderes Bewegungsfeld.

Immer wieder gab es jedoch Problemstellungen, in denen ich meinte, noch mehr sehen zu müssen: Bei der Parodontalchirurgie, bei der exakten Applikation von Unterfüllungen oder Ätzmaterial, bei der Beurteilung von Präparationsgrenzen. Nun gibt es jede Menge handelsüblicher Lupenbrillen, die den gewünschten Vergrößerungseffekt ohne weiteres herzustellen in der Lage sind. Diese Sehhilfen berücksichtigen aber nicht eine primär vorhandene Sehschwäche bzw. einen primär vorhandenen Sehfehler. Das Problem liegt in der gleichzeitigen Korrektur des vorhandenen Sehfehlers und der gewünschten Objektvergrößerung. Derlei Systeme sind beim binokularen Sehen immer sehr schwierig, da über vorgegeschaltete Optiken zur vorgegebenen Korrektur noch ein vorgegebener Arbeitsabstand in Relation zum individuellen Bipupillarabstand kommt.

In Zusammenarbeit mit dem Optiker meines Vertrauens entschied ich mich für ein System von Zeiss. Den Prinzipien für ergonomische zahnärztliche Arbeitsweise folgend (Professor Schön sitzt immer so schön gerade da), ließ ich mir den gewünschten Arbeitsabstand auf

40 cm einstellen. Die Anpassung und Positionierung der Vergrößerungsoptik auf meiner individuell korrigierten Brille war auch für einen versierten Optiker kein Routinefall und mit Unwägbarkeiten versehen. Trotzdem gelang die Erstellung einer solchen Brille in kurzer Zeit.

Das böse Erwachen gab es jedoch schnell in der Praxis: Die Behandlung unterer Prämolaren brachte mit der neuen Brille richtig Spaß! Handelte es sich jedoch um einen oberen Molaren, so mußte bei der Starrheit und relativ geringen Tiefenschärfe dieses Systems meine Wirbelsäule schwere Opfer bringen, um bei 40 cm Arbeitsabstand auch dort noch gut sehen zu können. Diese Erfahrungen bedeuteten für mich:

1.)

Der Professor Schön ist ganz schön theoretisch, die Praxis weicht notwendigerweise von solch idealen Arbeitshaltungen ab.

2.)

Der nächste Versuch der Adaptation einer individuellen Optik zur Vergrößerung sollte mit einem geringeren Arbeitsabstand versucht werden.

Mein (kulanter!) Optiker besorgte im Tauschwege neue Optiken der gleichen Firma, zweifache Vergrößerung, Arbeitsabstand 25 cm. Erneut begaben wir uns aufs Glatteis zwischen optischer Ausbildung und Empirie, um die neuen

"Guckis" auf meiner Arbeitsbrille zu positionieren. Der Erfolg war diesmal durchschlagend. Ich muß mit der neuen Arbeitsbrille meine Behandlungsgewohnheiten kaum noch ändern, das korrigierte Umfeld meiner Vergrößerungsoptik ermöglicht es mir, die Brille auch bei Arbeitsgängen, die nicht eine maximale Akkuratez erfordern, auf der Nase zu belassen. Die Einschränkungen im Bewegungsmuster der Wirbelsäule, speziell der Halswirbelsäule, durch die relativ geringe Tiefenschärfe (die Arbeitsentfernung muß schon auf etwa 3 cm genau eingehalten werden) belasten unerwartet wenig.

Auch meine Patienten haben sich an den ungewöhnlichen Aspekt leicht gewöhnen können. Zudem ist die neue Brille durchaus imagefördernd: Als ich bei einer Zwischeneinprobe bei meinem Optiker einen anderen Kollegen traf, meinte dieser ganz verblüfft: "Na, Sie sind aber wohl ein ganz Supergenauer!"

Offensichtlich ist man im Streben nach wirklich guter Sicht bei der Arbeit in guter Gesellschaft. Ich erinnere mich, bei einem Fortbildungskurs den Professor Motsch in ähnlicher Weise ausgerüstet arbeiten gesehen zu haben.

Zur Zeit besteht noch ein Problem: Die in unserem Fachbereich notwendige häufige Reinigung der Sehhilfen erforderte eigentlich ein optisches

System, das völlig wasser- und gasdicht, vielleicht sogar nitrogefüllt hätte sein sollen. Diese Forderung erfüllt meine Lupenbrille nicht. Ich pflege sie nur mit Alkohol zu reinigen und werde meinen Optiker bald erneut konsultieren: Wir erwägen die Einstellringe bei Wärme und Unterdruck mit Silikon einzuschrauben und abzudichten.

Im folgenden soll jetzt der Optiker zu Worte kommen, um die technischen Probleme bei der Erstellung dieser Brille fachkundig zu schildern.

Gern komme ich dem Wunsch meines Kunden Dr. Till Ropers nach, über die Erfahrung bei der Anpassung und Herstellung dieser Lupenbrille zu berichten. Zumal ich von der Idee dieser Arbeitshilfe für Zahnärzte - oder ähnlich Berufstätige -, bei denen es in ihrer Tätigkeit auf das mikroskopähnliche Arbeiten ankommt, fasziniert bin.

Vorausschicken möchte ich, daß Dr. Ropers eine Fernrefraktion von sph + 6,0 cyl - 1,5 besitzt, also ständiger Brillenträger ist. Zusätzlich ist eine leichte Hypophorie von 1 cm/m vorhanden, welche aber, wenn nicht durch Brillengläser korrigiert, durch Drehen des Lupensystems korrigiert werden kann.

Anfänglich war ich etwas skeptisch bezüglich der arbeitsbedingten Kopfhaltung eines Zahnarztes. Die Frage war, an

welcher Stelle auf dem Brillenglas ich die Lupensysteme platzieren sollte. Ich kann nur jedem Kollegen empfehlen, sich bei der Anpassung des Lupensystems der Behandlung des Zahnarztes zu unterziehen, und mit einem Filzstift die Durchblickspunkte auf den Brillengläsern während der Behandlung zu markieren. Eine für beide Seiten einsparende und moderne Arbeitsteilung.

Wir entschieden uns für die Zeiss-Lupenbrille (galileisches Einzelsystem für binokulare Verwendung). Die Vergrößerung ist zweifach. Wie Dr. Ropers berichtete, wählten wir zuerst einen Arbeitsabstand von 40 cm, um das Gesichtsfeld und die Tiefenschärfe ausreichend zu halten. Schließlich zeigte aber die Praxis, daß mit einem Lupensystem von gleicher Vergrößerung aber geringerem Arbeitsabstand ein bequemerer Arbeit erreicht wurde. Die weitere geringe Verengung des Gesichtsfeldes wurde nicht als störend empfunden, lediglich die geringere Tiefenschärfe, welche aber in Kauf genommen wird.

Die vorhandene Brillenfassung konnte für das Lupensystem verwendet werden, weil es eine kräftige Zellhornbrille ist, und sie somit einen stabilen Sitz garantiert. Durch das verhältnismäßig geringe Gewicht des Lupensystems traten in dieser Hinsicht auch erwartungsgemäß keine Probleme auf.

Die Firma Zeiss tauschte zwischenzeitlich das Lupensystem aus, weil Feuchtigkeit in das System hineinkam, wodurch die Linsen beschlugen. Ich hoffe, daß auch dieses Problem dadurch gelöst werden konnte.

Es war eine Arbeit, die etwas aus dem Rahmen fiel, und vielleicht deshalb eine sympathi-

sche Herausforderung war.

Verfasser:

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

und

Eckardt Fischer
Augenoptikermeister

Leserbrief

„Schwerer Kreislaufschock“

Ich habe in meiner Praxis gehäuft erlebt, daß Ketac-Silver-Aufbauten zu einer Pulpitis des betreffenden Zahnes führten. Drei Fälle, die weder auf eine "P" noch TMS-Stifte zurückzuführen sind, habe ich der Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte bekannt gemacht. In meinen Vorbehalten gegen Ketac-Silver bin ich durch die Arbeit von Willershausen et al. in DZZ 42, S. 342-344 (1987) bestärkt worden. Meine restlichen Vorräte benutze ich nur mit Isolierung durch Amalgam-Liner. Die von Ihnen herausgehobene Dentinhaftung ist meines Erachtens dadurch jedoch aufgehoben.

Dr. D. Hartmeyer
4720 Beckum-Neubeckum

Buchbesprechung:

Wolfgang Kirchhoff (Hrsg.), Zahnmedizin und Faschismus
Marburg: Verlag Arbeiterbewegung
und Gesellschaftswissenschaft 1987
203 Seiten, DM 25,--, ISBN 3-921630-66-5

Im April 1983 erschien eine ARTIKULATOR-Sondernummer mit dem Titel: 'Zahnmedizin im Faschismus', die außer einer lapidaren BDZ-Schelte keine weiteren Reaktionen hervorrufen konnte. Die Kollegen der VDZM haben mit diesem nun bemerkenswert verschärften Titel eine Dokumentation vorgelegt, die endlich die angemessene Resonanz finden sollte.

Die - meist zahnärztlichen - Autoren betonen, weder generalisierende Schuldzuweisungen noch endgültige Bewertungen abzugeben. Auch auf Beispiele ungebrochenen ärztlichen Ethos bei einzelnen Zahnärzten wird immer wieder verwiesen. Zuviele Befunde sind aber belastend, beschämend, unvereinbar mit einem humanitären Beruf.

Zahlreiche Fotos und Dokumente veranschaulichen und belegen die historische Situation. Die Quellen sind ausführlich und sollten besonders den Kritikern zu weiterführender Lektüre verhelfen. Ich habe die 15 Aufsätze mit großer Anteilnahme, genauer: Anteilhabe lesen müssen und möchte sie deshalb auch allen anderen 40.000 Kollegen einschließlich der Ruhe(!)-Ständler zumuten. Wenn das hier und da zu schlaflosen Nächten

führen sollte, ist das wohl auch von KIRCHHOFF beabsichtigt, sozusagen als spätes Berufsrisiko.

Ohne daß die Relevanz des Buches dadurch verlieren könnte, seien auch ein paar Ärgernisse erwähnt: In einigen Aufsätzen, insbesondere der sonst glänzenden 'Vorbemerkung' (S. 9-42) empfand ich die betont klassenkämpferische Diktion bisweilen als penetrant. Wenn die 'Bekennende Kirche' schlicht zu einer 'Art demokratischer Gegenorganisation' (S. 34) stilisiert wird, sträuben sich mir meine evangelischen Nackenhaare. Auch gewisse offizielle Vorbehalte gegen die vielfachen Niederlassungsbestrebungen ausländischer Kollegen würde ich nicht ohne weiteres unter dem Aspekt 'Ausländerfeindlichkeit' sehen wollen. Grundsätzlich muß man BRÜCKMANN jedoch recht geben: Die in seinem Beitrag beschriebene 'ungebrochene Tradition' (S. 177-180) offenbart so manches alte Rezept, nach dem die FVDZ-Pamphlete zak, report u.ä. zusammengebraut werden. Die forschen statements prominenter FVDZ-Repräsentanten enthüllen nicht selten eine ungeklärte Kontinuität berufspolitischer Denkkategorien.

Ich wünsche mir mehr solcher -
zerlesener - Paperbacks in
zahnärztlichen Bücherschränken.
Der Preis von DM 25,-- ist
äußerst entgegenkommend. Ver-
gangenheitsbewältigung darf am

(niedrigen) Preis nicht schei-
tern. Das gilt auch für die Zu-
kunft!

Dr. Christian Nielsen
München

Was ist eine Wurzelkanalbehandlung?

Burns, J.M. (Übersetzt von Dr. Claudia Jauch)

Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 1987

61 Seiten (davon mit Text 34 Seiten), 31 Farbzeichnungen

Kunstdruckpapier im Broschüreteinband, Preis 48,- DM

ISBN 3 87652617 5

Zu meiner großen Freude hat
der Quintessenzverlag eine Pa-
tienteninformation im Zusam-
menhang mit der endodontischen
Behandlung von Zähnen heraus-
gebracht. Die Broschüre behan-
delt auf acht Seiten die phy-
siologische Anatomie der Zäh-
ne, auf drei Seiten Infektion
der Pulpa und des Kieferkno-
chens, auf neun Seiten den ge-
samten Ablauf einer Wurzelka-
nalbehandlung bei einem Mola-
ren und der Rest die postendo-
dontische Restauration und en-
dodontische Komplikationen.

Als Wurzelfüllmethode wird die
laterale Kondensation mit ein-
nem Wurzelfüllmaterial und
Guttaperchaspitzen beschrie-
ben. Die Besprechung der Rönt-
gendiagnostik mit dem alleini-
gen Hinweis auf die Röntgen-
meßaufnahme ist ungenügend, da
bei einer nach modernen endo-
dontischen Gesichtspunkten
durchgeführten Wurzelkanalbe-
handlung bis zu vier Röntgen-
aufnahmen nötig sind. Diese
vermehrte Strahlenbelastung
bedarf meist einer zeitrauben-
den Aufklärung des Patienten.

Die Broschüre hat übliche
Quintessenzqualität, d.h.
hochwertiges Papier, deutliche
gut beschriftete Zeichnungen
und gut abgesetzter Text mit
großen Buchstaben. Der Preis
mit ca. 50 DM ist für eine Pa-
tientenbroschüre recht hoch,
begründet sich sicher in der
niedrigen Auflage. Der Seiten-
umfang, vom Verlag mit 61 an-
gegeben, beträgt tatsächlich
34 Seiten.

Der Quintessenzverlag hat mit
dieser Broschüre in dankens-
werter Weise dem endodontisch
tätigen Zahnarzt bei seiner
schwierigen Tätigkeit eine
wirksame Hilfe im Hinblick auf
Kommunikation Patient-Zahnarzt
zur Seite gestellt und hof-
fentlich ist diese Broschüre
das Startzeichen für andere
Verlage ähnliche endodontische
Patienteninformationen auch in
Form von preiswerteren Merk-
blättern herauszugeben.

Dr. Heinz Wichert
Germering

ZAHNÄRZTE IM DAZ UND DEREN FAMILIENANGE- HÖRIGE KÖNNEN SICH JETZT IM RAHMEN DES GRUPPENVERSICHERUNGS- VERTRAGES MIT DER CENTRAL BESONDERS VORTEILHAFT KRANKEN- VERSICHERN.

Für Mitglieder des DAZ ist ein Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL besonders vorteilhaft. Bei geringeren Beiträgen erhalten sie eine Reihe weiterer Vergünstigungen, u. a.: Erlaß der üblichen Wartezeiten, kein Antrag wird abgelehnt, nicht mehr behandlungsbedürftige Vorerkrankungen werden mitversichert.

Das sind Vorteile, die zählen.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns. Es zahlt sich aus.

CENTRAL

DIE CENTRALIST 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

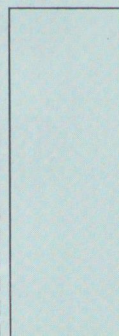
Geb.-Dat. der Ehefrau

Zahl der Kinder

Telefon



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



Besuchen Sie unsere monatlichen Studiengruppentreffen!

**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 Leil, 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 regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen. Deren eigenständige Aktivitäten werden von der DAZ-Geschäftsstelle koordiniert. Sie ist Bindeglied zwischen dem Vorstand und den Einzelmitgliedern.
- Studiengruppen** Die Studiengruppen bieten regelmäßig 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
 - Hilfestellungen 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:
- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
 - die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwi-

- schen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
 - zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen, als Basis zahnärztlicher Gesundheitspolitik
 - die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.
- Qualität Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muß die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden. Der DAZ fordert daher:
- eine vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung der KZVen
 - die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen von Kammern und KZVen.
- Jugendzahn- Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten
heilkunde und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:
Prophylaxe
- bundesweit einheitliche Regelungen durch Jugendzahnheilkundegesetze
 - Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
 - finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger 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 Aus- Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums
bildung 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 die Universitätsausbildung.

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 Freiburg, Dr. J. Krämer, Hauptstr. 215, 7819 Denzlingen

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

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

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

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

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Dr. Claudia Wohlgemuth,

Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70, Telefon (0 89) 7 25 02 46

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

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

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

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

Ich 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 20

Das ist Oral-B. Plus Perfektion.

Die neue Oral-B Plus.

Das neue Plus

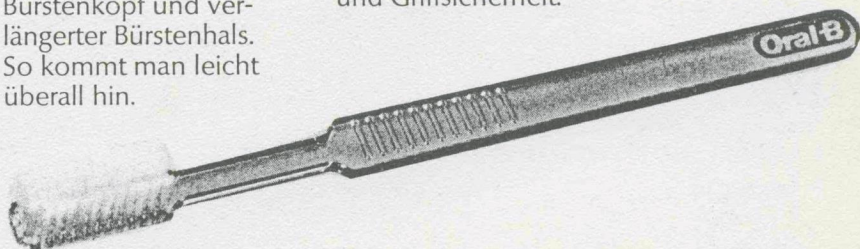
Gerundeter Kompakt-Bürstenkopf und verlängerter Bürstenhals. So kommt man leicht überall hin.

Das neue Plus

Griffprofil mit Rillen für optimale Führung und Griffsicherheit.

Das neue Plus

Längerer Stiel für noch bessere Handlichkeit.



Oral-B

Zahnpflege wie sie sein soll.

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München 70