



forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 21

7. Jahrgang – 2. Quartal 1988

Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnärztlichen Versorgung

– ein Bericht über die Ergebnisse der § 223-Studie

Kostenerstattung – eine Chimäre?

Der Indemnitätstarif

Vom Crash 1988 zum Prinzip Hoffnung

Welche Wirkungen haben Urteile auf die KZV'en

Otto-Loos-Preis-Kontroverse



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 Dauertiefpreis 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:

	Mengenstaffel:	Preise in DM zuzgl. Mwst.			
		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

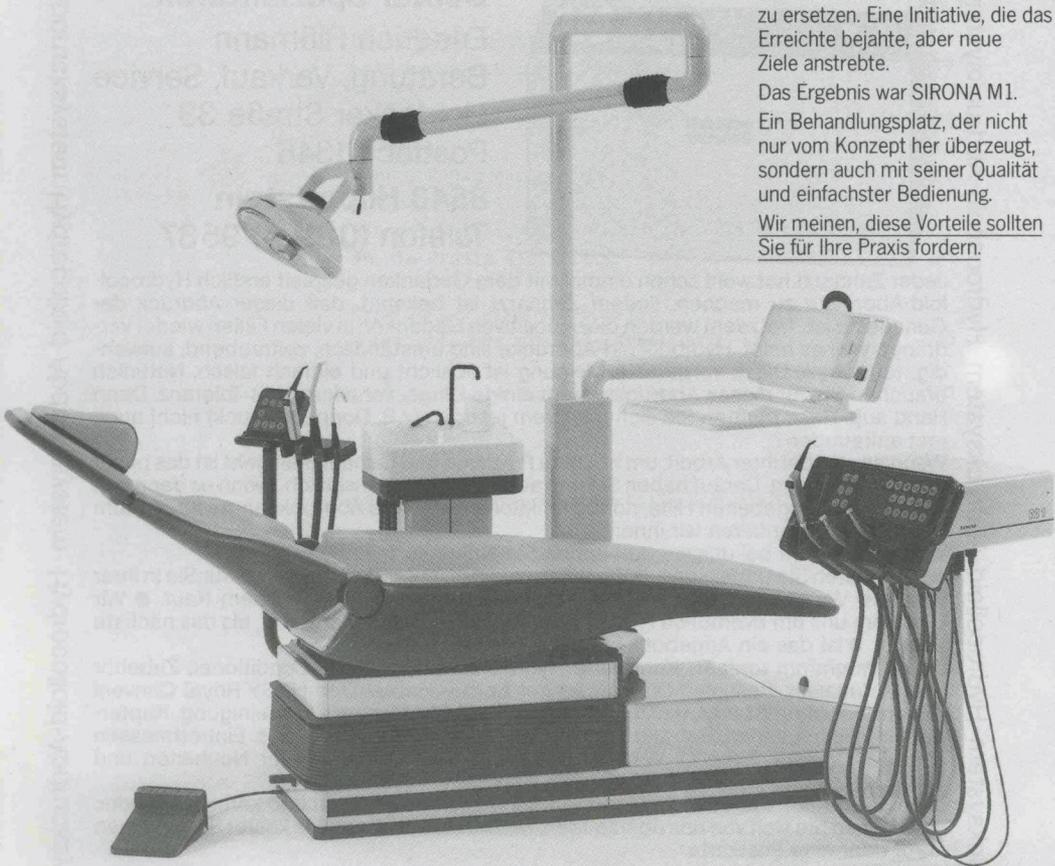
Für den größeren Bedarf bieten wir Ihnen die günstigen Bedingungen des Abrufauftrages mit zusätzlichen Einsparungsmöglichkeiten!

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 einfacher 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:

Editorial	
- alle Wünsche der Zahnärzte durchgesetzt	93
Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnärztlichen Versorgung	
- ein Bericht über die Ergebnisse der §223-Studie	95
Der Freie Verband im Wald der Qualitätssicherung	
- ratlos	107
Ängstliche Zugfahrer	
oder: Qualitätsprogramme sollten wir selber aufstellen	110
Kostenerstattung - eine Chimäre?	114
Der Indemnitätstarif - Beginn einer neuen Ära der kassenzahnärztlichen Versorgung?	117
Vom Crash 1988 zum Prinzip Hoffnung	124
Betr.: PAR-Gutachten	129
Wissenschaftliche Erkenntnis und ihr mühsamer Weg in die Praxis (Teil III)	131
Ernährung = Prophylaxebasis	
- Bericht über die DAZ-Fortbildung	135
Die Schule als Zuckerverteiler	141
Zahnarztangst	142
Welche Wirkungen haben Urteile auf die KZVen	146
Möglicherweise nicht immer legal	148
Erst nachdenken, dann investieren	
- Tips für Praxisanfänger	149
Praxiscomputer - warum?	152
Gesundheit unter der Apartheid - Reisebericht	159
Die Zahnärzteschaft im Nationalsozialismus	
- ein Briefwechsel	162
Zahnärztekammer Hessen hält am "Otto-Loos-Preis" fest - Kontroverse um den ehemaligen "Reichsdokumentenführer"	167
	91

Die HYPO. Die hohe Schule vom Geld.



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

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

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

ge-Spezialisten beraten Sie gern.

Wir lassen uns etwas für Sie einfallen.

HYPO BANK

Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

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

Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

Editorial

Alle Wünsche der Zahnärzteschaft durchgesetzt

R. Ernst

"Wir haben alle Wünsche der Zahnärzteschaft durchgesetzt: Durchsetzung der Kostenerstattung in der Prothetik und der Kieferorthopädie, Rückführung des Medizinischen Dienstes auf Kernaufgaben, Begrenzung der Datensammlungen und Transparenzbeschränkung auf Stichproben. Was Bieg und Schad immer gefordert haben, nun, wir haben es in der Koalition umgesetzt. Wir können nur hoffen, daß ... nun nicht weiter am GRG-Vorhaben von seiten der Zahnärztesfunktionäre herumgemäkelt wird." Mit diesen deutlichen Worten kam MdB Thomae, Mitglied der Regierungspartei, die sich selbst das Attribut "Zahnarztspartei" gegeben hat, aus der "Elefantenrunde", die gerade vorher den Kabinettsentwurf des GRG verabschiedet hatte.

Eigentlich hatte das Gesundheitswesen reformiert werden sollen. Doch schnell stellte sich heraus, daß es vor allem darum ging, die Lohnnebenkosten zu senken und Geld für die Pflegefallversicherung herbeizuschaffen - 15 Mrd. insgesamt sollten eingespart werden.

Durchgreifende Änderungen in der Gesundheitspolitik - undenkbar ohne ressortübergreifendes Zusammenwirken, ohne qualifizierte Effizienzanalyse, ohne Mitwirken der Länder

und Kommunen, ohne Mitwirken der Pharmaindustrie und der Krankenhäuser, undenkbar auch als Aufgabe einer Legislaturperiode - mußten Stückwerk bleiben.

In der Zahnmedizin finden wir einen Scherbenhaufen vor. Der Gesetzgeber hat sich zwar Gedanken darüber gemacht, daß die Zahnärzte den Patienten zinsfreie Ratenzahlung einräumen müssen, nicht aber, wie die längst überfällige Gruppenprophylaxe geregelt werden soll. Die Marketing-Strategen der Zahnärzte-Ausstatter und der Krankenkassenvorstände frohlocken.

Die sogenannte Selbstverwaltung steht vor der schier unlösbaren Aufgabe, die 50%-Regelung bis zum 31.12.89 "durch differenzierte Zuschüsse (z.B. 40, 50, 60%) je nach Aufwendigkeit der Versorgung, oder auch durch Festzuschüsse zu ersetzen." Das Einsparvolumen muß aber erhalten bleiben. Es hat sich stillschweigend von 2,6 Mrd. auf 3,1 Mrd. erhöht, da als Bezugsgröße nicht das Jahr 1986, wie im Referentenentwurf, sondern das Jahr 1987 gewählt wurde, in dem bereits 680 Mio. DM durch Umstrukturierung und neue Richtlinien eingespart worden waren.

Mit dem Sicherstellungsauftrag hat 1955 der Gesetzgeber die

Organisation des Gesundheitswesens in die Hände der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen gelegt. Er wollte damit sicher keine Anbieter-Kartelle schaffen, sondern die Verantwortung für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens in die Hände derer übertragen, die er dafür am geeignetsten hielt. Mit diesem Gesetz hat er den Sicherstellungsauftrag zurückgenommen.

Wir sollten vorsichtig sein mit Schuldzuweisungen. Diese Regierung war die Wunschregierung der großen Ärzte- und Zahnärzterverbände. Was hat sie bewogen, diesen hochkomplizierten Apparat von Selbstverwaltung, Sachverstand und Flexibilität, Interessenvertretung und maximaler Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen so empfindlich aus dem Gleichgewicht zu bringen und der zentralen Ministerialbürokratie zu unterwerfen?

Unser Gesundheitswesen verdient seinen hohen Stand dem freien Spiel von leistungsorientierten Preisen und dem freien Zugang aller zu allen Leistungen. Den Schlüssel dazu tragen die Leistungserbringer. So lange sich Ethik und Moralität die Waage hielten, so lange die Albert Schweitzers noch die Dr. Eisenbarts klein halten konnten, so lange die Körperschaften noch ihre Kontrollfunktionen wahrnehmen konnten und wollten, war das System finanzierbar. Als die aber angingen, nur noch von

Geld zu sprechen, sich als ausgebeutete Sklaven einer faulen Nachfragegesellschaft darstellten und die Protagonisten dieser Darstellungsweise in die Vorstände ihrer freien Verbände und dann ihrer Körperschaften wählten, war der Weg vorgezeichnet.

Abrechnungsmanipulationen - eingeweihte KZVler sprechen von kaum noch beherrschbarer Schwerkriminalität, wurden auf ein paar schwarze Schafe reduziert, ein Werk von linker Meinungspresse und ein paar Nestbeschmutzern.

Prophylaxe, Lieblingsthema der Sonntagsredner, wurde zum linken standesfeindlichen Umtrieb, wenn nach der Wirksamkeit gefragt war. Schulzahnärztlicher Dienst, Qualifikation von Hilfskräften u.ä. sind Tabuthemen. Qualitätssicherung, überall außer bei uns auch als Marketing-Maßnahme betrieben, blieb ein paar querdenkenden "Splittergruppen" vorbehalten, mit denen nicht diskutiert wurde, die man diffamierte und ausschloß.

Dies alles blieb der Gesellschaft, dem Gesetzgeber nicht vorenthalten. Also griff er ein. Siehe oben: "Alle Wünsche der Zahnärzte durchgesetzt." Macht jemand mit beim Neuanfang? Sie sind herzlich eingeladen beim Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde.

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

Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnärztlichen Versorgung

— ein Bericht über die Ergebnisse der § 223 — Studie

H.-W. Hey
K. Müller

Nach mehreren monatelangen Verzögerungen - der Endbericht gab Herrn Ministerialdirektor Jung wohl zuwenig Munition gegen die Zahnärzteschaft? - stellten der Bundesverband der Betriebskrankenkassen mit der BKK-Voith/Heidenheim und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in einer gemeinsamen Pressekonferenz am 18.03.88 die Studie "zur Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnmedizinischen Versorgung" der Öffentlichkeit vor. Damit sind auch erstmals die zahnärztlichen Berater der Untersuchung, Dr. H. Hey, München und Dr. K. Müller, Seefeld, in der Lage, die Ergebnisse aus ihrer Sicht darzustellen und zu kommentieren. Dies erscheint vor allem deshalb angebracht, weil beide Kollegen (und der DAZ) im Vorfeld der Veröffentlichung immer wieder vom Freien Verband und einzelnen Zahnärzten direkt oder indirekt als "Verräter" und "Nestbeschmutzer" gebrandmarkt worden sind.

Vorab: Ist es für viele Kollegen wirklich so schwer zu ver-

stehen und zu akzeptieren, daß sich ein (!) Krankenkassenverband darüber Gedanken macht, was mit dem Geld seiner Versicherten im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung geschieht? Und ist es professionelle Souveränität - oder einfach Kurzsichtigkeit und ängstliches Versteckspiel - wenn eine zahnärztliche Körperschaft sich der Bitte dieses Krankenkassenverbands um Teilnahme und fachliche Beratung an einer Untersuchung zur Leistungs- und Kostentransparenz hartnäckig verweigert? Viele Fragestellungen, Datenerhebungen und -auswertungen wären wesentlich zügiger vorangegangen, vielleicht sogar besser, wenn die KZV-Stuttgart als zuständige Körperschaft an der Studie teilgenommen hätte. So konnte sich das Projektteam "nur" auf die jeweils zwanzigjährige Berufserfahrung zweier Kassenzahnärzte stützen. Wir sahen jedoch ebenso wie der Vorstand des DAZ in der Teilnahme an der Untersuchung eine große Chance, verlorenes Terrain im Bereich der Effizienzanalyse

zahnärztlicher Leistungen - die wir seit Jahren bei unseren Körperschaften anmahnen - zurückzugewinnen.

Zunächst einige technische Daten zur Studie:

Bei der Betriebskrankenkasse Voith in Heidenheim wurden von 1981 bis 1984 die zahnärztlichen Abrechnungsdaten aller Versicherten mit den Anfangsbuchstaben A - K sowie deren anspruchsberechtigten Familienangehörigen in einer EDV-Anlage erfaßt und gespeichert. Dabei handelte es sich um insgesamt 8.325 Versicherte, davon 4.500 männliche und ca. 3.800 weibliche Personen. Für die zahnmedizinische Versorgung dieser Versicherten wurden 27.000 Krankenscheine und ca. 6.000 Zahnersatzanträge abgerechnet, und zwar von insgesamt 828 Zahnärzten. Von diesen erbrachten allerdings nur 96 Kollegen ca. 90 % aller Leistungsfälle, d.h. jeweils mehr als 20.

Fragestellungen der §223-Studie

Die wichtigste durchgängige Fragestellung war die, ob sich aus einer Sammlung anonymisierter Computerdaten Hinweise auf den jeweils individuellen Behandlungsverlauf, Sanierungswillen von Patient und Zahnarzt sowie Fragen der Effektivität und Effizienz kassenzahnärztlicher Leistungen beantworten lassen.

Weiterhin sollte festgestellt werden, ob sich aus den Daten Indikatoren für ein defizitäres Therapieverhalten oder solche für zahnärztliche Polypragmasie ableiten lassen.

Erstes Handlungsfeld: Befund und Therapie

Eine systematische Befunderhebung mit der Absicht der planvollen Sanierung ist sicherlich nur dann sinnvoll, wenn aus dem Verhalten der Patienten zu erkennen ist, daß sie nicht 'nur mal zwischendurch' zum Zahnarzt gehen. Ist dies nicht der Fall, müßten jene Versicherten beraten werden, die nur beim Auftreten von Beschwerden Zahnärzte aufsuchen. Für alle anderen Fälle gilt aber die Forderung, daß nur einer planvollen Befunderhebung eine zutreffende Diagnose und dieser eine adäquate Therapie folgen kann. Mit der Frage nach der systematischen Befunderhebung und Diagnostik haben wir uns deshalb im ersten Handlungsfeld beschäftigt.

Als erstes untersuchten wir, wie häufig eingehende Untersuchungen vorgenommen wurden. Dazu ermittelten wir den Prozentsatz eingehender Untersuchungen an allen Leistungsfällen. Dieser Prozentsatz wurde als "Befunddichte" bezeichnet.

Die Befunddichte schwankt bei den Zahnärzten zwischen 13% und 98%.

So bleiben immerhin 7,4% der Zahnärzte unter einer Befunddichte von 30, während 18,8% mehr als 80 eingehende Untersuchungen je 100 Leistungsfälle abrechnen. Erfreulicherweise liegt die Befunddichte bei Kindern unter 10 Jahren im Durchschnitt bei 69.

Wenn wir wissen, wie intensiv vom Mittel der 'eingehenden Untersuchung und Beratung' Gebrauch gemacht wird, müssen wir uns mit den Ergebnissen solcher Untersuchungen beschäftigen. Die tatsächlichen Verhältnisse waren uns nicht bekannt, also haben wir die angegebenen Befunde auf bekannte epidemiologische Daten gespiegelt. (Wir haben dazu als 'Soll'-Daten die Ergebnisse der Würzburger A5-Studie verwendet.) Daraus können selbstverständlich nur äußerst vorsichtige Schlüsse gezogen werden. Deshalb soll hier nur die Spitze des Eisberges gezeigt werden: Immerhin findet ein Drittel der beteiligten Zahnärzte (nach den dokumentierten Befunden) 50 und mehr Prozent kariesfreier Gebisse. Hier wird ein märchenhafter Zustand vorweggenommen, der erreichbar wäre, wenn alle Methoden der Breitenprophylaxe seit 15 Jahren eingesetzt worden wären!

Erweiterte Befunderhebung und Diagnostik

Wer keine 'hit and run'-Therapie betreiben will, kann sich in den wenigsten Fällen auf

die klinische Diagnostik allein verlassen. Sie bedarf der Ergänzung durch weitere Maßnahmen. Wir haben deshalb weiter untersucht, wie häufig im Zusammenhang mit der O1 Röntgenmaßnahmen und Vitalitätsproben durchgeführt wurden.

Bei der Röntgendiagnostik lassen jedenfalls die Durchschnittszahlen auf einen routinemäßigen Einsatz dieser Möglichkeiten schließen. Erst die zahnarztbezogene Betrachtung zeigt eine Bandbreite vom Nicht-Einsatz von Röntgenmaßnahmen (3,9%) bis zu über 100%. Man kann eine Teilung der Kollegenschaft in 'Systematiker' und 'Erratiker' feststellen.

Die Verträge verpflichten uns zur Dokumentation der Röntgenbefunde gegenüber den Kostenträgern. Geht man von der quantitativen Betrachtung zu den dokumentierten Inhalten über, ergibt sich folgendes Bild:

- 20% der abgerechneten Röntgenmaßnahmen sind mit der Angabe 'ohne Befund' versehen.
- Weitere 40% enthalten keinerlei Angaben (dabei gibt es jene 15% Zahnärzte, die überhaupt niemals Röntgenbefunde angegeben haben). Die kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind dazu verpflichtet, die Einhaltung der Vertragsvorschriften zu überwachen. Die KZV-Stuttgart hat - wie Sie wissen - ihre Teilnahme an der Studie verweigert, allerdings

bei der Pressekonferenz am 18.3. versichert, keine beanstandenswerten Krankenscheine erhalten zu haben. Diese Widersprüche sind vom Bundesverband der BKK noch aufzuklären.

Die Vitalitätsprobe (8) wird durchschnittlich 22mal je hundert 01 abgerechnet. Die Schwankungsbreite reicht von niemals (6,8% der Zahnärzte) bis > 100 (2,9%).

Betrachtet man abschließend das Maßnahmenbündel 'Diagnostik und ihre Systematik', so stellt sich für einen nennenswerten Teil der beteiligten Zahnärzte die Frage, ob eine Sanierungsabsicht vorliegt. Entweder muß nämlich ein Gutteil vorhandener Erkrankungen der Therapie entzogen geblieben sein, oder ein Teil der Zahnärzteschaft kommt der vertragsgemäßen Dokumentationspflicht nicht nach, was die Kostenträger auf Dauer schon dazu verlocken muß, nach Wegen zu suchen, wie man sich Aufschluß über die tatsächlichen Gegebenheiten verschaffen könnte. Dies aber hieße eben doch den Versicherten direkt in den Mund schauen.

Die Therapie - ihre Systematik und ihr Erfolg

Wir haben bisher gesehen, daß ein gewisser Teil vorhandener Zahnerkrankungen durch's diagnostische Sieb fallen kann. Jetzt fragen wir zunächst: wieviel von dem, was als erkrankt befunden wurde,

wird jetzt auch behandelt?

Also: Wenn Karies gefunden wurde, was geschah damit? Wurde eine Füllung gelegt oder eine Überkronung vorgenommen? Wurde ein zerstörter Zahn wurzelbehandelt oder entfernt? Wurde der gefundene Zahnstein entfernt?

Beginnen wir mit der Zahnsteinentfernung! Sofern als vorhanden dokumentiert, wird er auch entfernt, manchmal sogar 3- bis 4mal pro Leistungsfall! Bleiben jene 6% Ausreißer, die nur bei einem Fünftel ihrer Patienten den Zahnstein finden und entfernen. Die Parodontologen wären glücklich, wenn solche Verhältnisse auch nur annähernd der Realität entsprächen.

Bei 100%iger Compliance der Patienten müßte der 'Sanierungsquotient' aus gefundener und behandelter Karies gleich 1 sein. Ist er auch! Außer bei ca. 8% der Behandler, bei denen er die 0,9 nicht übersteigt. Dafür liegt er bei 93% der Zahnärzte über 1, bei 20% sogar zwischen 1,5 und 2. Dies heißt nun nicht, daß die Karies zweimal behandelt wird - es heißt nur, daß während der Therapie die diagnostischen Defizite wieder ausgeglichen werden. Beim Bohren findet man schon mal das Loch am Nachbarzahn, das man bei der Diagnostik übersehen hat. Wir haben allerdings nicht mehr geprüft, ob die therapeutischen Überkompensierer auch die defizitären Diagnostiker

sind.

Beim Thema Behandlungsdefizite ein kleiner Exkurs in die Kinderbehandlung: Nachdem die zahnmedizinische Prophylaxe mangels Einsatz von Fluoriden nicht so recht vom Boden abheben will, hielten wir eine gesonderte Betrachtung dieser Gruppe für besonders wichtig. Bei den Versicherten der BKK-Voith liegt die Quote der 15- bis 20jährigen, die noch nie beim Zahnarzt waren, immerhin noch bei 29%! Dies in einem Gebiet, wo schon 17% der ein- bis dreijährigen Kinder dorthin gebracht werden! Nun ist Heidenheim eine Hochburg der Prophylaxe! Was man auch daran erkennen kann, daß die Befunddichte bei Kindern bei hohen 69% liegt. Nur bei wenigen Zahnärzten ist der Anteil behandelter Kinder wesentlich niedriger als aus ihrem Bevölkerungsanteil zu erwarten wäre.

Füllungstätigkeit

Die Kariestherapie und damit die Füllungstätigkeit nimmt immer noch den überwiegenden Anteil des zahnärztlichen Behandlungsspektrums ein. Deshalb müssen sich qualitätsorientierte Untersuchungen damit beschäftigen. Zunächst wäre wichtig zu wissen, ob die Zahnärzteschaft insofern ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommt, als sie alle vorhandenen kariösen Defekte behandelt. Die tatsächliche Zahl kariöser Flächen bei den Ver-

sicherten der BKK-Voith war uns nicht bekannt. Wir haben dieses Manko durch die Heranziehung zeitnaher epidemiologischer Daten auszugleichen versucht (A5-Studie). Wir unterstellen den Voith-Versicherten also die gleiche Verteilung an kariösen Fällen, wie sie bei einem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt gefunden wurde. Dies sind unsere 'Soll-Zahlen'. Denen stellen wir die abgerechneten Füllungen als 'Ist-Zahlen' gegenüber und stellen dann behandlerbezogene Vergleiche an. Wir hatten ja bereits festgestellt, daß weit mehr Zahnflächen gefüllt worden waren als an kariösen Defekten dokumentiert worden war. Es bleibt nun die Hoffnung, daß diese 'Nachbesserung' zu einer vollständigen Behandlung aller kariösen Flächen geführt hat. Dies trifft für 19% der Zahnärzte nicht einmal halbwegs zu. Sie erreichen nicht einmal die Hälfte des theoretischen Sollwertes, der im Übrigen von 80% nicht erreicht wird. Wenn die Morbiditätsstruktur von BKK-Voith Versicherten nicht gewaltig vom Bevölkerungsdurchschnitt abweicht, haben wir es hier mit schwerwiegenden Behandlungsdefiziten zu tun.

Haltbarkeit von Füllungen

Kein Einzelergebnis der Studie hat seit ihrem vorzeitigen Bekanntwerden soviel Staub aufgewirbelt wie die Aussagen über die Dauerhaftigkeit von

Füllungen. Deshalb eine Vorbemerkung: In unserer Studie haben nicht besonders hochqualifizierte Hochschullehrer die Erneuerungsbedürftigkeit von Füllungen festgestellt, sondern häufig dieselben Zahnärzte, die sie gelegt haben - immer aber ganz normale Praktiker mit ihren Maßstäben. Die Annahme, daß die nicht wiederholten Füllungen allen objektiven Qualitätskriterien standgehalten hätten, wäre sicherlich sehr optimistisch.

Haltbarkeit hat ja etwas mit dem Ablauf von Zeit zu tun. Unser Untersuchungszeitraum betrug vier Jahre; was vorher war, war uns nicht zugänglich, was danach kommt, werden wir weiter verfolgen. Unsere Aufgabe bestand darin, im Untersuchungszeitraum gelegte Füllungen zu identifizieren und ihr weiteres Schicksal anhand von Abrechnungsdaten zu verfolgen. Es ist uns bewußt, daß dies nur bedingt möglich ist. Die Möglichkeit, daß eine Fläche ein zweites Mal gefüllt werden kann, ohne die erste Füllung zu wiederholen, ist uns bekannt (wir sind Zahnärzte). Es gibt statistische Korrekturmethode, die z.B. erst die dritte okklusale Füllung am oberen 6er als Wiederholung zählen - wir haben darauf verzichtet. Auch und vor allem deshalb, weil es uns erst einmal darauf ankam herauszufinden, ob der Forschungsansatz insgesamt funktioniert. Wenn es uns allein auf die Haltbarkeit von Füllungen angekommen wäre, wäre es nicht der Mühe

wert gewesen!

Aber auch hierzu einige Ergebnisse:

Es gibt Zahnärzte, deren Füllungen fast zu 98% den Untersuchungszeitraum überstanden und es gibt Kollegen, deren Füllungen zu über 40% wiederholt werden mußten. Das sind bemerkenswerte Unterschiede. Betrachtet man nur jene Füllungen, die am Anfang des Untersuchungszeitraumes gelegt wurden, so sind nach vier Jahren immerhin noch 70% davon unverändert erhalten. Diese Zahl hält nach unserer Meinung einem internationalen Vergleich durchaus stand, wenn der Autor des Studienberichtes da auch anderer Meinung sein mag. Elderton, ein britischer Wissenschaftler, der zu ähnlichen Befunden gekommen ist, bemerkt dazu: "These findings help to strengthen the argument in favour of redeploying resources towards the preventive sphere." Wenn es wirklich nicht vermeidbar sein soll, daß die hauptsächlichsten zahnärztlichen Produkte so geringen Bestand haben, dann ist Eldertons Worten nichts hinzuzufügen. Allenfalls, daß es eben auch bei der Haltbarkeit von Füllungen große behandler-spezifische Schwankungen gibt, und daß es ein Unding wäre, so zu tun, als ob jede Füllung ihr Geld wert wäre.

Zahnersatz

Der Zahnersatz und die dafür

von der GKV und den Versicherten aufgebracht Kosten stehen in den letzten Jahren im Blickfeld der Öffentlichkeit. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen führt den Ausgabenanstieg im Bereich der kassenzahnärztlichen Versorgung seit 1976 auf die Dynamik im Zahnersatzbereich zurück. Es mußte deshalb Aufgabe unserer Untersuchungen sein, auch in diesem Handlungsfeld zahnärztlicher Tätigkeit der Frage nachzugehen, wodurch die Kosten verursacht werden und ob sie in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen stehen. Dabei waren zwei Hauptschwierigkeiten zu bedenken:

1) Lassen sich die vielfältigen und in ihrer Kombinatorik scheinbar unendlichen Möglichkeiten prothetischer Versorgung ausreichend genau typisieren?

2) Ist im Untersuchungszeitraum mit Veränderungen zu rechnen, die sich messen lassen?

Wir gehen zunächst auf die Probleme der Typisierung ein. Um Mißverständnissen vorzubeugen: Wir standen nicht vor dem Problem, für 'typische' Restgebisse 'typische' Versorgungsarten vorzugeben, sondern wir mußten die durchgeführten Versorgungsarten voneinander abgrenzen, um Vergleiche anstellen zu können. Wir sind der Meinung, daß es uns gelungen ist, einen ausreichend differenzierten Schlüssel ent-

wickelt zu haben, der die verschiedenen Formen von Zahnersatz hinreichend genau beschreiben kann.

Bei der Frage, ob der Untersuchungszeitraum ausreicht, haben wir es zunächst darauf ankommen lassen müssen. Im Vorgriff auf die Ergebnisse läßt sich feststellen, daß eine ganze Anzahl von Befunden bereits jetzt vorliegen, und daß wir deutliche Hinweise für die Richtung erhalten haben, in die längerfristig angelegte ähnliche Untersuchungen zu gehen hätten.

Beim Zahnersatz haben wir insofern völliges Neuland betreten, als keinerlei Formen nachträglicher Überprüfung institutionalisiert sind, wenn man den forensischen Bereich außer acht läßt. Die Behandlungsplanung für Zahnersatz ist Gegenstand des bekannten vorherigen Genehmigungsverfahrens - was danach geschieht ist alles andere als transparent. Abgesehen von den theoretischen Arbeiten von Körber und Bulk wissen wir z.B. heute weder, welche spezifischen Formen von Zahnersatz die meisten Effizienz versprechen, noch ist uns bekannt, welche flankierenden zahnärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden und welche davon sinnvoll sind. Was uns darüber hinaus in dieser Studie immer besonders interessiert hat, war die Frage nach erkennbaren therapeutischen Konzepten und ihrer Wirksamkeit für die Patienten.

Ergebnisse

Die erste und einfachste Frage war die nach der 'Reparaturanfälligkeit' von Zahnersatz.

Im Beobachtungszeitraum, der ja in Wirklichkeit kürzer war als vier Jahre, weil ja der am letzten Tag eingegliederte Zahnersatz genauso erfaßt wurde wie der des ersten Tages, mußten

5,3% der Brücken nach durchschnittlich zehn Monaten,

12% der Kombinationen aus Kronen und Brücken nach 16,5 Monaten,

34,9% der aufwendigen Kombinationsarbeiten mit Geschieben und Ankeren nach 18 Monaten

und 33,5% der Prothesen

in irgendeiner Weise repariert, erweitert oder unterfüttert werden.

6,4% aller prothetischen Arbeiten wurden im Beobachtungszeitraum so wiederholt wie sie zuerst angefertigt worden waren. Dies allein hat Kosten von ca. DM 150.000 verursacht. Bereits eine grobe Typisierung der abgerechneten Zahnersatzleistungen erbrachte den Befund, daß rund die Hälfte der Zahnersatzkosten für die Wiederherstellung der Funktion vorhandenen Zahnersatzes aufgewendet wurden. Dies verursacht durchschnittlich Kosten zwischen 120,- und 143,- DM pro Fall.

Eine der üblichen Referenzgrößen ist der 'prothetische Fallwert'. Dabei werden die Gesamtkosten durch die Zahl der abgerechneten Fälle geteilt. In unserem Untersuchungsgut lag dieser Wert bei 731,- DM im Oberkiefer und bei 862,- DM im Unterkiefer. Nimmt man die große Zahl von Wiederherstellungen heraus, so ergibt sich ein bereinigter Fallwert, der ungefähr bei der doppelten Höhe liegt. Auf den einzelnen Behandler bezogen, gibt der bisher übliche Fallwert deshalb unzureichende Auskunft über individuelle Indikationsstellung und bevorzugte Methoden (bzw. die damit ausgelösten Kosten) - er verschleiert in dieser Hinsicht eher die Transparenz. Nach Typisierung und Kostenzuordnung ergeben sich durchaus verschiedene Behandler'stile', die an Aussagetiefe gewinnen, wenn man die Kostenrelation - konservierend chirurgische Leistungen einerseits, prothetische Behandlung andererseits - danebenstellt.

Natürlich muß es einen Kostenträger besonders interessieren, ob sehr kostenträchtige prothetische Konzepte nachvollziehbar sind und ob der teure Zahnersatz im Einzelfall Bestandteil eines sanierungsorientierten und auf dauerhafte Rehabilitation ausgerichteten Vorgehens ist. Wir haben deshalb alle Behandlungsfälle, in denen aufwendige Technik eingesetzt wurde, einzeln untersucht. Als aufwendig haben wir definiert

- mehr als drei Teleskope je Kiefer,
- mehr als zwei Rillen-Schulter-Geschiebe,
- gefräste Stege.

Das Ergebnis dieser Einzelprüfungen läßt sich nur grob zusammenfassen: In einem hohen Prozentsatz der Fälle (bei gefrästen Stegen z.B. bei der Hälfte) ergaben sich Bedenken hinsichtlich Indikationsstellung, angemessener diagnostischer und vorausgehender therapeutischer Absicherung des Behandlungsergebnisses. Wenn man bedenkt, daß anspruchsvolle prothetische Therapiekonzepte (wie z.B. verschiedene Formen des kombiniert festsitzend-herausnehmbaren Zahnersatzes) regelmäßig auch hohe Laborkosten verursachen, wird man verstehen, daß wir zu der Empfehlung gelangt sind, daß die BKK-Voith besonders Kombinationsarbeiten vor Genehmigung zahnärztlich prüfen lassen sollte, vor allem dann, wenn der Einsatz mehrerer Verbindungselemente (Teleskope + Verblockung + Stegverbindung) eine unnötige Übertherapie vermuten läßt.

Zusammenfassend ergibt sich für das Handlungsfeld Zahnersatz:

- Der Erfolg therapeutischer Konzepte kann nur über längere Zeiträume beurteilt werden.
- Prothetische Maßnahmen und ihre erwartete Rehabilitationswirkung müssen auf den

Hintergrund des gesamten therapeutischen Handelns und auf das Befolgungsverhalten der Versicherten gespiegelt werden.

- In einem nennenswerten Prozentsatz der Fälle ist - im nachhinein und aus den Unterlagen, die der Kasse zur Verfügung stehen - der eingeschlagene Weg der Behandlung fachlich nicht nachvollziehbar.

- Der 'prothetische Fallwert' ist keine brauchbare Vergleichsgröße.

Leistungshistorien

Die verschiedenen zahnärztlichen Disziplinen und ihre Einzelschritte werden heute noch bei den Krankenkassen getrennt dokumentiert und auf getrennten Wegen abgerechnet. Eine Synopse zahnärztlichen Handelns, oder gar Schlußfolgerungen daraus, sind bisher nicht möglich gewesen. Wir haben es deshalb für aufschlußreich gehalten, die verschiedenen Abrechnungsbelege zu einer "ganzheitlichen" Betrachtung der zahnärztlichen Tätigkeit zusammenzuführen. Natürlich konnte dies nicht mit dem gesamten Datenbestand geschehen. Wir haben uns daher die "Karrieren" bestimmter Zähne ausgesucht und ihre Schicksale über den Beobachtungszeitraum verfolgt. Zum einen erfolgte diese Beobachtung 'ungerichtet', indem wir für vier verschiedene Zahnty-

pen alles verfolgten, was mit ihnen geschehen ist, zum anderen haben wir im Falle der Extraktion oder Überkronung eines Zahnes die davor liegenden Ereignisse betrachtet. Insgesamt gelangten dabei 3.400 Behandlungsverläufe oder Zahnkarrieren zur Auswertung. Gesucht wurde nach Behandlungsdefiziten, erfolglosen Behandlungen, Übertherapie und erkennbaren kontraindizierten Maßnahmen. Dieses Vorgehen erlaubt einen Einblick in die 'Prozeßqualität' bei einzelnen Behandlern. Für sich allein mögen auf diesem Wege nur Indikatoren für verbesserungswürdige Behandlungskonzepte gefunden werden; bei Zahnärzten, die in anderen, faßbaren Handlungsfeldern schon auffällig geworden sind, können jedoch - gerade für das Beratungsgespräch - wertvolle Informationen hierzu gewonnen werden. Wir sind sicher, daß die beratenden Zahnärzte dieser Studie nach der Auswertung dieser Zahnkarrieren mehr über die therapeutischen Konzepte einzelner Behandler wissen als diese selbst - einfach deshalb, weil der 'normale Zahnarzt' die von uns verwendeten Methoden der Datenauswertung gar nicht zur Verfügung hat. Hier hätte das Beratungsgespräch den Stellenwert einer individualisierten Fortbildungsveranstaltung.

Es ergibt sich aus der Natur dieser Untersuchung, daß Trends (vor allem negative), die Aussagen über das gesamte Behandlerkollektiv erlauben

würden, nicht zu finden waren. Allenfalls sei die Feststellung erlaubt, daß der überwiegende Teil der Karrieren 'normal' verlaufen ist. Es war andererseits eindeutig eine Häufung erklärungsbedürftiger Tatbestände bei Behandlern festzustellen, die bereits in anderen Handlungsfeldern auffällig geworden waren.

Dies führt uns zum letzten Handlungsfeld, in dem wir nochmals - am Beispiel der Eingliederung von Zahnersatz - die Frage nach dem Vorhandensein und der Anwendung von Behandlungs- und Sanierungskonzepten gestellt haben. Die idealtypische Vorgehensweise bei der Eingliederung von Zahnersatz sieht ja so aus:

1. Man hatte guten (evtl. sogar aus der Dokumentation nachvollziehbaren) Grund Zähne zu entfernen.
2. Man wartet (mit gewissen Ausnahmen) die knöcherne Abheilung der entstandenen Wunde ab und führt eventuell eine prothetische Interimsversorgung durch.
3. Man verschafft sich Aufschluß über den Gesundheitszustand jener Zähne, die den Ersatz tragen sollen. (Röntgen, Vitalitätsproben)
4. Man trägt Sorge dafür, daß die Gewebe, die den Zahn halten, in einem prognostisch günstigen Zustand sind (Exz., Zst., PAR).

5. Man plant einen Zahnersatz, der der optimalen Wiederherstellung des stomatognathen Systems dient.

Die genannten Maßnahmen sind keineswegs alle einer starren Reihenfolge unterworfen, aber sie sollten in einem logischen Zusammenhang stehen.

Ergebnisse

Drei Viertel der Zahnärzte wenden regelmäßig die Röntgen-diagnostik vor der Anfertigung von Zahnersatz an, 11,1% der Zahnärzte in nur 60% der Fälle.

Vitalitätsproben werden nur bei durchschnittlich 40% der ZE-Maßnahmen durchgeführt. 1,9% der Zahnärzte führen sie nie durch.

Nur 28% der Zahnärzte entfernen Zahnstein vor jeder ZE-Eingliederung. Dafür tun es 7% zwei- bis dreimal. Eine Art praxenübergreifende Kompensation?

Die überwiegende Mehrheit derjenigen Zahnärzte, die einen hohen Anteil an prothetischen Kombinationsarbeiten eingliedern, führt überhaupt keine systematischen Parodontalbehandlungen durch. 41 der insgesamt 147 PA-Behandlungen wurden von drei Zahnärzten durchgeführt.

10% der abgerechneten Brücken wurden innerhalb der ersten 30 Tage nach Extraktion der Zähne

eingegliedert.

Weitere wichtige Ergebnisse der Studie:

- Rund 3.000 prothetischen Versorgungen stehen ganze 147 systematische PAR-Behandlungen gegenüber.

- Bei 25% aller prothetischen Versorgungen sind nach durchschnittlich 1 Jahr Reparaturen und/oder Erweiterungen durchgeführt worden.

- Fast 30% der Ausgaben für Zahnersatz entfallen auf nur 6% der Behandlungsfälle, nämlich die aufwendigen Kombinationsarbeiten.

- 36% (!) der Kollegenschaft versorgen Zähne doppelt so häufig mit einer Einzelkrone wie mit einer mehrflächigen Füllung.

Mit diesen Ergebnissen und jenen der anderen Handlungsfelder soll vor allem eines bewiesen werden: Es wäre sinnvoll und notwendig, wenn sich die Partner im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung dazu verstehen könnten, ihr Handeln einer fortlaufenden Effizienzanalyse zu unterziehen und daraus sinnvolle Strukturveränderungen abzuleiten. Die Schimäre vom 'gläsernen Zahnarzt' als hilfloses Opfer einer Schleppnetzfangung ist ein Pappkamerad! Wenn die Fehleranalyse, die adäquate Beratung, und - wenn es nötig ist - die Sanktionen von der Zahnärzteschaft selbst in

die Hand genommen werden wür-
den, könnte eine bessere zahn-

medizinische Versorgung ent-
stehen.

Anschriften der Verfasser:

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

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8031 Seefeld

***„Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der
einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen“.***

§1 Abs.1 der Berufsordnung

DARUM DAZ

„Davoser Streiflichter“

"Die Luft wird dünner. Da geht es nicht länger an, daß ein Zahnarzt mit viel Fleiß und Zeitaufwand einen Umsatz von 1,2 Millionen DM erzielt, seine Praxis dabei mit 500.000,-- DM Kosten belastet und am Ende nur eine karge Gewinnmarge vor Steuern erzielt."

Der Freie Zahnarzt 4/88, S. 18

Dieses Klagelied wurde während eines betriebswirtschaftlichen Seminars im Frühjahr 88 beim FVDZ-Kongreß in Davos angestimmt. Man muß sich die Zahlen auf der Zunge zergehen lassen, um den ganzen Jammer herauszuschmecken.

Ein befragter Steuerberater erklärte uns, daß nach Abzug der Steuern nur noch ca. 340.000,-- DM übrigbleiben, was einem dürftigen Monatsgehalt von sage und schreibe ...

Rechnen Sie es selbst aus, liebe Kolleginnen und Kollegen. Der nächste FVDZ-Jammer-Kongreß findet im Frühjahr 89 statt. In Davos. Wie immer. Wegen der dünnen Luft da oben!

Der Freie Verband im Wald der Qualitätssicherung

— ratlos

Wer den zahnärztlichen Blätterwald mit der Absicht durchforstet, brauchbare Ratschläge, Definitionen o.ä. zum Thema Qualitätssicherung zu finden - schließlich ist dieser Bereich nicht nur aus ethischen, sondern vor allem aus honorartaktischen Gründen von existentieller Wichtigkeit für unsere berufliche Zukunft - der wird vom Freien Verband und den Körperschaften eher zum besten gehalten und verunsichert als nüchtern, sachlich und zukunftsorientiert beraten.

Die folgenden Zitate sind beispielhaft für die von Hilflozigkeit, Spekulationen und Unterstellungen bestimmte Verhinderungsstrategie des FVDZ gegenüber diesem Problemfeld:

Dr. Erich Pillwein, Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte und (selbstverständlich) Mitglied des Freien Verbandes, im August 1987 in Meran:

"Trotzdem steht für mich fest, daß wir in Zukunft um eines nicht herumkommen werden: technische Wege zu finden, neue Wege, um einen durch die Wissenschaft definierten Qualitätslevel der Behandlung sicherzustellen.

Sicher, der beste Kontrollmechanismus wäre das eigene Gewissen. Solange aber zumindest

für einen Teil hier gewisse Defizite angenommen werden müssen, müssen wir einfach nach neuen Wegen Ausschau halten.

Wir müssen im Interesse der großen Mehrheit, der ordentlich und sauber arbeitenden Mehrheit, den Mut aufbringen, den Schlampern ebenso wie den Umsatz-Ausreißern Paroli zu bieten. (Hätten die KZVen schon in den Boom-Jahren den Mut gehabt, den Hintergründen der Umsatzmillionäre nachzuspüren - ich glaube, es wäre uns manches erspart geblieben."

Der erweiterte Bundesvorstand des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte beschloß am 12.12.1987:

"Der Begriff "Qualität" in der Heilkunde, also auch Zahnheilkunde, ist, da er aus nichtmedizinischen Bereichen stammt, nicht richtig und daher unbrauchbar. Trotz allem hat dieser Begriff inzwischen einen festen Platz im Vokabular der Öffentlichkeit gefunden."

Im Januarheft 1988 des Freien Zahnarztes - Organ des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte - wurde auf besonders "verständliche" Weise der Tatsache Rechnung getragen, daß Qualitätssicherung in der Bundesrepublik etwas mit dem DAZ zu tun hat:

"Kleines standespolitisches Lexikon

Qualitätssicherung, Version des DAZ. Diese Splittergruppe in der Zahnärzteschaft stimmt der Politik der Krankenkassen gegen die Zahnärzteschaft in fast allem zu. Sich selbst hofft sie vor den Folgen zu verschonen, indem sie darauf spekuliert, die Vergütung den Nachbarkollegen wegzunehmen. Das nämlich steckt hinter ihrer Theorie der Qualitätssicherung. Wahrlich ein Solidaritätsbeitrag.

Schaltstellen der Macht. Das sind nach den Worten des DAZ-Vorsitzenden Dr. R. Ernst die Beraterposten, die sich der DAZ durch seine gegen die Politik der Zahnärzteschaft gerichtete Einstellung im BMA und in den Krankenkassen verdient hat. Für die Zahnärzteschaft hat der DAZ natürlich nichts erreicht, aber dem BMA und den Krankenkassen durch seine Beratung die Anstöße zur Abwertung in BEMA und GOZ geliefert. Wir meinen also: Nicht Schaltstellen der "Macht", sondern der Denunziation.

Ohnmacht der Körperschaften, der Freie Verband auf dem Ab-

stellgleis. Das scheint das Wunschspiel des DAZ, der "Zahnarzt Woche" und natürlich des Bundesarbeitsministeriums. Rundumschlag. Vokabel, mit der man der Zahnärzteschaft in die Arme fällt, wenn sie sich gegen ihre Kritiker zur Wehr setzt."

In der Ausgabe 5/88 der (Wartezimmer-)Zeitschrift "Medizin heute" wird der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (und ehemalige Bundesvorsitzende des Freien Verbandes) W. Schad zitiert:

"Den zahnärztlichen Berufsvertretungen geht es schon lange um Qualitätssicherung. Nicht umsonst werden alle zahnärztlichen Abrechnungen durch die KZVen in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen penibel geprüft. Dies wird oft als Wirtschaftlichkeitsprüfung bezeichnet. Die Zahnärzte traten aber schon immer dafür ein, daß anstelle reiner Prüfungen nach Durchschnittszahlen, die qualitätsfeindlich sein können, hauptsächlich Einzelfälle bzw. -behandlungen geprüft werden, weil hier die Qualität einer Behandlung - oder deren Fehler - deutlich wird."

***Die Berufspolitik des zentralistisch geführten
Kampfverbandes hat uns in die Sackgasse geführt***

DARUM DAZ

Leserbrief:

Betr.: Neue GO-Z

Sehr geehrte Damen und Herren Kollegen,

einiges Material habe ich aus den Niederlanden gesammelt. Als lehrreiches Negativbeispiel mag das Material hier und da in eine Diskussion eingebracht werden. Mir scheint, wir sind auf dem besten Weg unter Führung des Freien Verbandes eine ähnliche Situation aufs Auge gedrückt zu bekommen.

Der Freie Verband, dessen Mitglied ich noch bin, versetzt mich immer wieder neu in Erstaunen. Vor einigen Jahren wurde ein 500 Positionen umfassender Gebührenordnungsvorschlag dem Arbeitsministerium vorgelegt mit unseriös hoch angesetzten Honoraren. Die jetzt gültige Bugo-Z 88 scheint mir so schlecht nicht zu sein.

Ich wundere mich jetzt schon wieder, daß ein neuerlicher Vorschlag hochgelobt wird, der eine Eigen-Qualitätskontrolle vorsieht. Ich habe nur selten Kollegen kennengelernt, die Schwächen im eigenen Metier eingestehen. Wenn also die große Mehrheit von der eigenen Qualität so überzeugt ist, fällt das Eigen-Qualitätsurteil natürlich entsprechend bestens aus. Haben die Kollegen dann aber noch die Fremdkontrolle zu fürchten?

Der DAZ schlägt eine durchgehende Kontrolle über 10 Jahre vor. In den Niederlanden werden die Kontrolldaten 5 Jahre lang gespeichert. Nach Hörensagen sollen bei uns die Daten für 2 Jahre gesammelt werden. Das ist entschieden zu wenig!

Ich hoffe sehr, daß sich der DAZ weiterhin für einen längeren Kontrollzeitraum stark macht. A propos nochmals Niederlande: die Berufungsgerichtsbarkeit verlangt dort beim ZE eine 10-Jahres-Garantie. Dies gilt natürlich nicht für Abnutzung, sondern nur für zahnärztliche Mängel (NT Nr. 4 v. 25.02.88).

Bei langfristigen Qualitätskontrollen erübrigt sich auch ein degressiver Punktwert, wie er für Vielabrechner vom Decksteiner Kreis verlangt wird. Etwaige Mängelleistungen werden durch langfristige Kontrollen aufgedeckt und führen dann automatisch zu Kürzungen. Ich selbst bin Vielabrechner und habe meine Meinung als Leserzuschrift in der "Zahnarzt Woche" 1/88 zum Ausdruck gebracht.

Dem DAZ wünsche ich viel Erfolg!

Dr. Robert Teeuwen
Berliner Ring 98, 5130 Geilenkirchen

Ängstliche Zugfahrer

oder: Qualitätsprogramme sollten wir selber aufstellen

L. Albers

Der Präsident der deutschen Zahnärzte hat es begriffen, der Zug "Qualitätssicherung" fährt und die Zahnärzte müssen sehen, daß sie noch aufspringen. Von Pischel, DZW, kommt sogar die Forderung, die Zahnärzte müßten "nun ins Führerhaus vordringen, um die Weichen richtig stellen zu können" (ZWR 10/88).

Das Bild beschreibt offenbar den Zug der Zukunft, aber es deutet auch zutreffenderweise an, daß sich längst etwas bewegt im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung. Im Januar dieses Jahres stellte die Innungskrankenkasse Osnabrück das von ihr entwickelte "Osnabrücker Transparenzprogramm" vor, das innerhalb des Forschungsvorhabens "Qualität und Wirtschaftlichkeit zahnärztlicher Behandlungsalternativen" eine "Kostensteuerung durch Leistungstransparenz" bewirken soll. Hinter diesen Schlagwörtern verbirgt sich die ebenso schlichte wie aus der Sicht der Krankenkasse verständliche Absicht, die Ausgaben zu senken, und zwar durch die Ausrichtung der einzelnen Therapiekonzepte an statistisch erarbeiteten Modellen.

Man kann sogar vermuten, daß die Innungskrankenkasse ihr Ziel in gewissem Umfang erreichen wird, die AOK Burgdorf hat es vorgemacht, eine Reihe anderer Krankenkassen arbeitet ebenfalls daran. Was aus der Sicht einer Krankenkasse ein vielversprechender Ansatz sein mag, mit einem professionell betriebenen System zur Sicherung zahnärztlicher Leistungen hat es wenig zu tun. "Lösungen dieses Problems sind kaum von den öffentlichen Einrichtungen zu erwarten, welche traditionell mehr damit befaßt sind, Kosten zu kontrollieren, als die Gesundheit der Menschen zu verbessern" (A. Morris u. H. Baillit).

Wie Angehörigen anderer Berufe auch, wird es Zahnärzten immer darum gehen, im Zusammenhang mit Qualitätsdiskussionen die Bewertung des einzelnen Falles in den Vordergrund zu stellen. Dabei kann natürlich nicht nur das Ergebnis relevant sein, sondern es muß auch die Vor- und Entstehungsgeschichte sowie "die Zeit danach" Berücksichtigung finden. Es wird offenbar bisher hartnäckig verdrängt: Entsprechende Verfahren mit einem Anspruch auf Objektivität gibt es bei uns

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid²⁵¹ Beate Hoffmann
J. Kutsch Marg. Doris
Bettina Schneider Maria Lunk
Sieglinde Zistler Steve Kuchacka
György Flóry Gerald Peter Robertus Lerski
Kaufke Adèle Kallermann
Renée Günster Daniel Peter Wilhel
Lips Rüter Weper Hubertus Albert
Schwimmer Margit Grinola

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

derzeit nicht.

Über diese Fragen braucht sich derjenige natürlich gar nicht erst den Kopf zu zerbrechen, der herausgefunden hat, daß Qualitätssicherung "der Stock ist, mit dem die Zahnärzte gezügelt werden sollen" (H.H. Bieg, Der Freie Zahnarzt 11/87). Und so ist es nur logisch, wenn man beschließt, daß der Begriff Qualität in der Heilkunde unbrauchbar ist.

Es unterliegt keinem Zweifel: Mehrere Krankenkassen haben sich auf die ihnen zweckmäßig erscheinende Weise dieses Themas angenommen und das Arbeitsministerium steht einschließlich seiner Gutachter dahinter. Es ist kaum anzunehmen, daß die zahnärztlichen Körperschaften noch Einfluß auf Fahrplan und Fahrtziel dieses Zuges nehmen können. Auch sollte sich niemand über die Möglichkeiten moderner statistischer Analyseverfahren täuschen. Das, was uns jeweils an einem Wahlabend im Fernsehen vorgeführt wird, mag uns einen Hinweis darauf geben. Das Stichwort heißt Cluster Analysen, und deren Knackpunkte sind die Definition der Toleranz- und Signifikanzgrenzen.

Auch die von den Datenschützern geforderten Einschränkungen des geplanten Datentransfers werden den Zug nicht aufhalten. Die Krankenkassen besitzen schon jetzt genügend Material zur Fütterung ihrer Programme. Ängstlichkeit und

Zögerlichkeit auf seiten des Berufsstandes werden nur bewirken, daß am Ende erneut nur Protest-Reaktionen übrigbleiben werden. Also, wenn schon die Hebel im Stellwerk nicht mehr umzustellen sind und auch der abgefahrene Zug nicht mehr aufgehalten werden kann, dann sollte es doch endgültig an der Zeit sein, einen eigenen auf die Reise zu schicken.

Unerträglich müßte es eigentlich auch sein, daß im Zusammenhang mit Qualitätssicherung derzeit quasi automatisch die Begriffe Wirtschaftlichkeit oder gar Abrechnungsmanipulation diskutiert werden. Daß das so ist, hängt damit zusammen, daß die Diskussion von berufsständischer Seite bisher nur defensiv geführt worden ist. Pillwein hat recht, wenn er feststellt, daß es in Zukunft unvermeidbar sein wird, "technische Wege zu finden, neue Wege, um einen durch die Wissenschaft definierten Qualitätslevel der Behandlung sicherzustellen" (ZM 22/87).

Mit dem jetzt vorgelegten Würzburger Studienhandbuch ist ein allererster Schritt getan. Es ist sozusagen die Maschine angeworfen, aber der Zug hat sich noch nicht in Bewegung gesetzt. Zu sehr empfinden die meisten Beteiligten das ganze Unternehmen offenbar noch als Ein-Wag-nis. Auch die von internationalen Vorgaben abweichende Begriffsbestimmung (Kategorie 2) ist ein Hinweis darauf.

Von den Körperschaften ist ein ähnlich mutiger Beschluß verlangt, wie ihn bereits 1973 die Californische Delegiertenversammlung faßte: "... daß eine Sonderkommission eingerichtet werden solle, um Qualitätsstandards für die zahnärztliche Behandlung und notwendige Maßnahmen und Vorgehensweisen zu definieren, die von solchen Einrichtungen genutzt werden können, die sich an einem zahnärztlichen Qualitätsprogramm beteiligen wollen ..." Und 1975: "Die Sorge

um die Qualität der eigenen Dienstleistung stellt den Kern der Verantwortlichkeit dar, die ein Beruf der Öffentlichkeit gegenüber hat." (Vorwort zu den "Guidelines for the Assessment of Clinical Quality and Professional Performance", California Dental Association, 1977)

Anschrift des Verfassers:

Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg

PRAXIDENT[®]

ZE-Gesamtpaket DM 12000,-

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

**Jetzt
auch
KFO!**

Wir sind stark in Bayern!



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

KFO-System DM 15000,- (inkl. Geräte)

h & k Datenverarbeitung

A.-Bruckner-Str. 43, 8520 Erlangen, Tel. 091 31/3 14 37

Wredestr. 11, 8500 Nürnberg 80, Tel. 09 11 / 61 15 55

Kostenerstattung — eine Chimäre?

R. Ernst

Es ist eine seit langem gehegte Forderung der Zahnärzteverbände, möglichst viele zahnärztliche Leistungen, besonders aber den Zahnersatz und die Kieferorthopädie, aus der Sachleistung herauszunehmen und stattdessen über Kostenerstattung abzurechnen. Das heißt: Die Leistungen sollen nicht mehr über Krankenschein oder Zahnersatzabrechnung über die KZVen, sondern direkt über den Patienten abgerechnet werden, der sich den Kassenanteil von seiner Kasse erstatten läßt.

Dem liegt die Idee zugrunde, wieder mehr Spielraum in die Honorargestaltung zu bekommen, indem sich die Kasse verpflichtet, nur einen gewissen Sockelbetrag für bestimmte Indikationen zu bezahlen, der Rest soll in freiem Ermessen zwischen Zahnarzt und Patient ausgehandelt werden.

Dieses Verfahren soll das Kostenbewußtsein des Versicherten stärken und eine direkte Kontrolle der in Rechnung gestellten Leistungen durch den Patienten ermöglichen.

Es muß bezweifelt werden, daß der Patient unwirtschaftliche Leistungen als solche erkennt, da er die Rechnung nur nach subjektivem Ermessen prüfen kann. Sachlich falsch abge-

rechnete Leistungen muß die Kasse nach wie vor kürzen; muß der Patient sie auch bezahlen?

Die Kostenerstattung bringt also zunächst eine Kostenerhöhung um sachlich falsche und unwirtschaftliche Leistungen. Das Prüfwesen der KZVen, bisher immerhin ganz in der Hand und unter Kontrolle der Zahnärzte, wird unterlaufen. Die Funktion der Selbstverwaltung wird geschwächt.

Wenn nun auch noch eine soziale Abstufung bei der Erstattung erfolgt, werden die Normal- und Besserverdiener, vor allem aber die freiwillig Versicherten höher belastet als die Geringverdiener, viele Pflichtversicherte und Rentner. Die Folge wird sein, daß sich Besserverdienende aus der GKV abmelden werden. Es bleiben also die schlechten Risiken unter sich. Diese werden entweder noch schlechter bezuschußt oder der Staat muß einspringen. Dieses bedeutet die Aufgabe des Subsidiaritätsprinzips und des Solidarprinzips.

Der Staat als Geldgeber wird es sich nicht nehmen lassen, Einfluß auf die Vertragsgestaltung zu nehmen — der Zentralismus ist auf dem Vormarsch.



RATISBONA-Dental

Zahn- und KFO-Technik GmbH.

Im Gewerbepark A 35

8400 Regensburg

Telefon 0941/49404

KFO-Depot

Kieferorthop. Fachdepot

Hertha Koltrade

Telefonnummer

0941/401688

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

Der Ruf nach Kostenerstattung durch die Zahnärzteverbände - vom DAZ seit jeher bekämpft - bringt also:

1. weniger Schutz für die Versicherten
2. mehr Verwaltungsaufwand für die Praxis
3. weniger Sicherheit des Inkasso
4. Verlust an Selbstverwaltung
5. Verlust an Einfluß auf Vertragsgestaltung
6. Verlust an Therapiefreiheit

7. die Gefahr der Zweiklassenmedizin
8. den Weg in die staatliche Krankenversicherung

Wir sind gespannt, mit welchem Argumentationslooping sich die Verbände, allen voran der Freie Verband, aus der Verantwortung für diese Entwicklung stehlen wollen.

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



Der Praktische Arzt 10/86

Der Indemnitätstarif — Beginn einer neuen Ära der kassenzahnärztlichen Versorgung?

Indemnitäts-(Entlastungs-)tarife sind seit ein paar Monaten die weißen Kaninchen, die die zahnärztlichen Berufspolitiker, von allen Seiten unter Druck geraten, aus dem Hut gezaubert haben. Gestützt auf ein von der KZV Bayern initiiertes Gutachten dreier Sozialökonomien ("Professorengutachten"), vermittelt vor allem die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung den Eindruck, mit dieser Zauberformel sowohl den kostensparenden Intentionen der Regierung als auch den Honorar-Rettungsversuchen der Zahnärzteschaft gleichermaßen entgegenzukommen. Auf der Strecke bleibt jedoch auch

hier unsere Forderung, daß dieses Sozialversicherungssystem weiterhin in der Lage sein sollte, auch dem sozial Schwachen bei gegebener Indikation (!) den auf drei bis vier Teleskopkronen abgestützten Zahnersatz zu bezahlen - und nicht nur die Modellgußbasis mit Klammern oder die Totale - wie es der Indemnitätstarif vorsieht.

Wegen der Brisanz dieses Themas bringen wir nachfolgend zwei leicht voneinander abweichende Stellungnahmen - zum Verständnis der Problematik erscheint der Redaktion keine von beiden verzichtbar.

Der Indemnitätstarif - die Quadratur des Kreises?

Dem DAZ ist häufig vorgeworfen worden, mit seinem Engagement für ehrliche Prophylaxe, Qualitätssicherung, Bema- und GOZ-Umstrukturierung Munitionslieferant der "Gegenseite" gewesen zu sein. Selbst wenn dem so wäre, ist er spätestens jetzt von der KZV Bayern und dem von ihr induzierten "Professorengutachten" (Indemnitätstarif) weit in den Schatten gestellt worden.

Nichts hat die patientenfeindliche Zahnersatzregelung des GRG so medienwirksam ins öf-

fentliche Bewußtsein rücken können wie der Umstand, daß die arme alte Rentnerin für ihren totalen Zahnersatz ab 1.1.89 statt bisher knapp DM 300,- nunmehr DM 700,- bezahlen muß. Nichts hätte den Zynismus des unausgegorenen Prophylaxebonus besser entlarven können. Frohlocken herrschte darum in der Abteilung Jung des BMA, als der KZV-Bayern-Vorsitzende Müller ein Gutachten von drei Professoren auf den Tisch legte, das den Heckenschnitt nun ein wenig kunstvoller, aber nicht

weniger verstümmelt aussehen läßt.

Die drei Herren Ökonomen (!) Prof. Dr. E. Knappe, PD Dr. J. Graf v.d. Schulenburg und Prof. Dr. R. Leu behaupten nämlich, daß es innerhalb unserer bisherigen Zahnersatzrichtlinien drei Sorten von Zahnersatz gibt:

1. notwendigen und unverzichtbaren,
2. nicht mehr zwingend notwendigen,
3. nicht mehr notwendigen und daher verzichtbaren.

Den ersten (z.B. Vollgußkronen) wollen sie mit 100%, den zweiten (z.B. Bema Nr. 91d, 92b, 98f) mit 90% und den dritten, z.B. Geschiebe, mit 35% bezuschußt sehen (s. auch Tabelle)

Aufstellung der Modellfälle

Fall-Nr.	Versorgung	Gesamt-Kosten	Zuschuß z. Zeit	Differenzierter Festzuschuß
1	1 Vollkrone T.-Präp.	343	= 268 78,23%	324 94,48%
2	1 M-Keramik-Krone	579	= 414 71,56%	328 56,64%
3	1 Teilkrone	473	= 356 75,25%	324 68,44%
4	1 3-gl. Brücke M-Ker.	1522	= 1077 70,79%	837 55,00%
5	Teilpro./MG/5Z.	979	= 747 76,32%	907 92,64%
6	Teilpro./MG/5Z./ 4 Kr.	2945	= 2227 76,61%	2189 74,33%
7	Gesch.Pro./MG/5Z./ 4G.	5240	= 3478 66,37%	2466 47,06%
8	Tel.Pro./MG/5Z./ 4T-Kr.	4350	= 3079 70,78%	3002 69,01%
9	2 Brücken/5 Br-Gl.	4186	= 2787 66,61%	2175 51,98%
10	2 Totalprothesen	1777	= 1368 76,98%	1701 95,72%
11	Erweit. 2 Zä. m. Retent.	296	= 196 66,40%	152 51,37%
12	Erweit. 2 Zä. ohne Ret.	170	= 121 71,12%	152 89,16%

aus: BZB 4/88, Seite 11

Den in ihrer Wortwahl nicht zimperlichen Ökonomen ("nicht mehr notwendig und daher verzichtbar") ist offenbar entgangen, daß es nicht nur Konsumentensouveränität, sondern auch medizinische Indikationen für hochwertigen Zahnersatz gibt. Sie sind zumindest demjenigen geläufig, der sie in seiner Praxisverantwortung bewußt und sparsam einsetzt.

Die Reaktion aus dem Bundesarbeitsministerium war prompt:

Will man 2,6 Milliarden einsparen, übernimmt man die vom bayerisch-zahnärztlichen Sachverband getragene 3-er Klassifizierung und spart ebenfalls 2,6 Milliarden DM ein, wenn man für die erste Gruppe 60%, für die zweite Gruppe 50% und für die dritte Gruppe kon-

sequent 0% bezuschußt. Womit die Kassenleistung 0% zum ersten Mal als Sachleistung etabliert und die arme alte Rentnerin aus den Schlagzeilen verbannt wäre.

Die Ökonomen haben das Rezept dazu gleich mitgeliefert: "... werden darüber hinausgehende Einsparungen ... zum politischen Ziel erhoben, könnte eine solche Vorgabe ... durch eine einfache lineare Absenkung der Festzuschußtabelle berücksichtigt werden ... Die Verfasser danken insbesondere der KZV Bayerns für ihre Unterstützung."

Herr Blüm wird sich sicher anschließen und die Herren als zahnärztliche Sachverständige in seinen Rat aufnehmen.

roer

Stellungnahme zu der von Knappe, Leu und von der Schulenburg vorgelegten Arbeit "Der Indemnitätstarif"

K. Müller
G. Ebenbeck

Die Autoren versprechen bereits im Untertitel, daß mit dem Übergang auf Indemnitätstarife für Zahnersatz Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit besprochen werden könnten. Sie stellen die Ziele "Wirtschaftlichkeit, Solidar- ausgleich und Entscheidungsfreiheit" gleichberechtigt neben das Ziel der Kostendämpfung. Diese Ziele seien durch dirigistische und bürokratische Maßnahmen nicht zu erreichen.

Diese allgemeine Analyse ist sicherlich zutreffend. Zutreffend ist ebenfalls, daß die Mischung aus Sach- und Zuschußleistung beim Zahnerstz unlogisch ist; und zunehmend unerträglich für alle Beteiligten ist der für zentral geregelte Systeme typische Verwaltungs- und Kontrollaufwand mit seiner bekannten Wachstumsdynamik.

Weiterhin stellen die Autoren an einer Stelle ihrer Arbeit lakonisch fest, daß niemand an

einer Zahnflücke sterben würde und rechtfertigen damit die Forderung, beim Zahnersatz zu einer Form der Leistungsabgeltung überzugehen, die sich an der Menge der Leistungen und nicht an ihren tatsächlichen Kosten orientiert. Ein System von differenzierten Festzuschüssen könne sicherstellen, daß der medizinische Bedarf (das 'Notwendige') auf jeden Fall abgedeckt werden könne, während die komfortableren Formen des Zahnersatzes deutlich niedrigeren Zuschüssen unterworfen werden sollten (Wirtschaftlichkeitsanreiz).

Die Regelungsmaßnahmen der verschiedenen Kostendämpfungsgesetze verfolgen letzten Endes dasselbe Ziel - sie behalten lediglich die Fiktion der sachlichen Trennbarkeit von zahnärztlichen und technischen Leistungen bei und verursachen hohe Reibungsverluste durch die Art der administrativen Durchführung.

Der Gedanke des Indemnitätstarifs ist schon deshalb ernsthaft zu erwägen, weil er Vereinfachung möglich macht. Welche Sumpflüten das jetzige System treiben kann, ist zum Beispiel an der Erfindung des 'fiktiven Heil- und Kostenplans' abzulesen. Wollte man einem Außenstehenden die Logik dieses administrativen Salto mortale verdeutlichen, müßte man wohl verzweifeln.

Die Autoren führen eine Reihe von weiteren Argumenten für die neue Tarifform auf, die ei-

ner kritischen Betrachtung bedürfen:

Nachfragesteuernde Maßnahmen seien gerade auf dem Sektor Zahnprothetik sinnvoll, weil damit nicht nur das aktuelle Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten beeinflußt werden könne, sondern auch deren generelles Gesundheitsverhalten, was zu langfristigen kostensenkenden Wirkungen führen könne.

Diese Hoffnung ist mit den bisherigen gesundheitspolitischen Erfahrungen nicht vereinbar. Es wird niemand mehr Zähne putzen oder weniger Zucker essen, weil es für die Metallkeramikkrone nur noch 35% Festzuschuß gibt.

Es sei mit der Einführung des Indemnitätstarifs möglich, Elemente von Marktwirtschaft und Wettbewerb in das zahnmedizinische Versorgungssystem zu bringen. Der Versicherte würde Preisdruck auf den Leistungserbringer ausüben, und dieser wieder auf die zahntechnischen Labors. Es wäre - so die Autoren - letztendlich wünschenswert auf die Festlegung der Anbieterpreise (damit sind Zahnarzt Honorare gemeint!) gänzlich zu verzichten. Der Zahnarzt habe ein Interesse daran, dem Patienten einen möglichst hohen Zuschuß zukommen zu lassen, weil ihm daran gelegen sein müsse, den Patienten durch eine hohe Behandlungszufriedenheit an seine Praxis zu binden. Die Behandlungszufriedenheit werde durch die Behandlungsqualität aber auch durch die Kostengünstigkeit der Behandlung gefördert.

dert.

Hier werden Wettbewerbselemente in ein System eingeführt, in dem echter Wettbewerb nur unter Hindernissen möglich ist. Die Preise sind gebunden, Werbung ist verboten, die Kombination aus Gütern und Dienstleistungen ist in ihrer Komplexität vom 'Kunden' nicht gut zu übersehen und einzuordnen. Qualitätsvergleiche sind den Patienten ohne Hilfe nicht möglich. Gefördert wird in einem solch intransparenten System nicht ein marktähnlicher Interessenausgleich zwischen Leistungsanbieter und Konsumenten, gefördert werden vielmehr Imageentwicklung, Verkaufstalent, Verhandlungsgeschick - kaufmännische Eigenschaften, die aber nicht nach Kaufmannsart eingesetzt werden dürfen. Diese Elemente des Marktes lassen durchaus die Ausübung der Zahnheilkunde zu - dann aber in einem System ohne 'Sicherstellungsauftrag' und gesetzliche Krankenversicherung!

Ohne flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Position der Versicherten könnte auch der Indemnitätsbegriff nicht auskommen. Vom Zahnarzt, der ja den Kostendruck des Versicherten stärker als bisher zu spüren bekommen soll, ist keine unparteiische Beratung seiner zu Kunden gewordenen Patienten zu erwarten. Bei Indemnitätsregelungen ist zu erwarten, "daß behindernde administrative Kontrollen der Behandlungs- und Abrechnungsmodalitäten der Ärzte und Zahnärzte, die das Arzt-

Patienten-Verhältnis beeinträchtigen und die infolge ihrer Anwendungspraxis zu zumindest willkürlichen Unterschieden in der Versorgungsqualität der Bevölkerung führen, weitgehend überflüssig werden." Bleibt also erst recht die Forderung nach einer Institution, die die Versicherten möglichst uneigennützig bei der Entscheidungsfindung berät. Vielleicht wäre diese Form des "medizinischen Dienstes" ein Instrument der Kundenpflege, das die Krankenkassen im Wettbewerb untereinander einsetzen könnten.

Die Autoren fordern die Leser dazu auf, die Diskussion über die Einführung des Indemnitätstarifs als neuer Versicherungsform für das Risiko des Zahnverlustes, losgelöst von den Einzelheiten der Tarifgestaltung zu führen. Das mag sinnvoll sein - trotzdem entsteht sozialpolitische Brisanz eben gerade bei der inhaltlichen Festlegung der differenzierten Tarife. Die von den Autoren als Diskussionsgrundlage bezeichnete Tarifgestaltung würde ein (gut bezuschußtes) Versorgungsniveau festschreiben, das ein gutes Stück unter dem liegt, was heute noch als Besitzstand gilt. Nun wird es wohl bei diesem Besitzstand ohnehin nicht mehr lange bleiben, wenn in Zukunft 2,6 Mrd. Mark weniger zur Verfügung stehen sollen. Die Frage ist, ob noch ein paar Jahre versucht werden soll, die Belastbarkeit des Systems immer wieder an anderen Stellen zu erproben, oder ob man tatsächlich den Versuch unternimmt,

neue, klare Verhältnisse zu schaffen. Wenn dies einigermaßen fair geschehen könnte und die Interessen der Versicherten ausreichend Vertretung fänden, wäre der Denkansatz des Indemnitätstarifs eine brauchbare Diskussionsgrundlage.

Anschriften der Verfasser:

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26, 8031 Seefeld

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18, 8400 Regensburg

Dazu siehe auch:

"Der Indemnitätstarif, Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit beim Zahnersatz" propagieren Eckhard Knappe, Robert E. Leu und J.-Matthias von der Schulenburg ein differenziertes Festzuschuß-System (Springer, West-Berlin, 1988)

Für ein gesundes professionelles Selbstbewußsein

DARUM DAZ

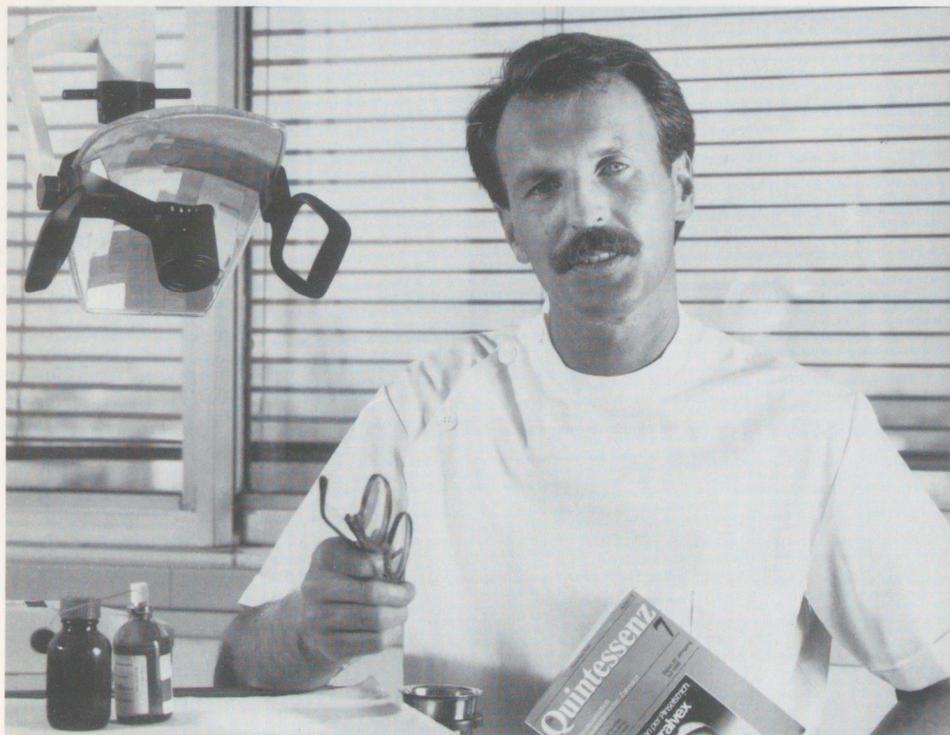
Der "Freie Beruf" - gestern!

"Die häufig dem Gemeinwohl verpflichtete Berufsausübung von Angehörigen der Freien Berufe setzt berufliche Selbständigkeit, Leistungsbereitschaft sowie ein hohes Maß an Eigenverantwortung, Risikobereitschaft und Kreativität voraus. Aufgrund ihrer besonderen Fähigkeit, sich gewandelten technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen und Herausforderungen anzupassen, kommen den Angehörigen der Freien Berufe als Teil des selbständigen Mittelstandes in einer auf dem System dezentraler Entscheidung beruhenden Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung wichtige Funktionen zu. Staatliche Eingriffe mit dem Ziel einer Einschränkung oder Beseitigung der wettbewerblichen Steuerung müssen Ausnahmen bleiben und bedürfen in jedem Falle einer besonderen Rechtfertigung."

Bericht der Bundesregierung zur Lage der Freien Berufe, vorgelegt Anfang 1980

Arzt und Wirtschaft 5/88, S. 12

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

Vom Crash 1988 zum Prinzip Hoffnung

R. Lemmer

Der Verfasser des folgenden Beitrags ist berufspolitisch das, was man einen alten Hasen nennt. Seit 1950 Zahnarzt, überblickt Dr. Lemmer die berufspolitische Entwicklung der Nachkriegszeit, die er in verantwortlichen Positionen mitgeprägt hat. Kollege Lemmer war Kreisstellenvorsitzender in Bonn, Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein und Vorstandsmitglied der KZV Nordrhein, Mitbegründer der unabhängigen Wählergemeinschaft und "Hauptankläger" im Unterschlagungsprozeß gegen Dr. E. Knelleken. Siehe auch "Briefwechsel" auf S. 162.

Jeder Tag in diesen Wochen bringt neue Überraschungen, Befürchtungen, neue Bedingungen, Rückschläge - kaum etwas Positives, nur Negative mit Sicherheit für uns schlimmen Auswirkungen und Ergebnissen. Man schüttelt den Kopf, glaubt es nicht, läßt sich mit Mühe beruhigen, man ist empört, frustriert, fühlt sich diffamiert, angewidert von Bürokratie, von selbstgefälligen Ministern und deren Gehilfen, von Verdächtigungen bis zur Kriminalisierung. Dies alles widerfährt einem Berufsstand, der sich mitverantwortlich fühlt für die Gesunderhaltung der Bevölkerung und genug Beweise dafür geliefert hat! Ich spreche nicht von ein paar schwarzen Schafen, die es z.B. in Bonn und auch im hohen Norden gibt.

Bei aller Verbitterung - wie konnte es dazu kommen? Wie konnte eine Konstellation entstehen, die einen ehrbaren Berufsstand an die Wand drückte, eine konzeptionelle Grundhal-

tung bei Ministerialen erzeugte, die uns kaum eine Chance ließ? Es ist spätestens jetzt die Frage zu stellen: Für welche Fehler - im Denken und Handeln - haben wir, einschließlich der sog. Standespolitiker, ehrlicherweise einzustehen? Ich meine, es gibt schon einige eklatante Fehlentwicklungen und falsche Einschätzungen der Realitäten! Es gibt verhängnisvolle Haltungsfehler, über Jahre hinweg praktiziert, die nunmehr zu erheblichen Verkrümmungen geführt haben.

Es hat immer Auseinandersetzungen gegeben mit Krankenkassen, Gesetzgeber, Körperschaften und mit in irgendeiner Form uns gegenüber stehenden Institutionen; das fängt mit der Preugo (Preußische Gebührenordnung) an und hört mit dem Punktwert auf.

Daß aber nunmehr eine gewisse destruktive Systematik entstehen konnte, ist eine ernüchternde Erkenntnis. In dem Maße wie Krankenkassen, der öffent-

lichen Hand u.a. neue Verantwortlichkeiten von Gesetzgeber - nicht nur Rechte, sondern auch neue Pflichten - aufgeholt wurden, wuchs die Sensibilisierung der Institutionen, die uns den "Leistungserbringern" (schon eine Unverfrorenheit!), mit immer mehr Mißtrauen und Argwohn entgegentreten ließen.

Wenn es auch in den 60er und 70er Jahren schwere Auseinandersetzungen gab, so ist doch der Grundkonsens in Kammern, KZVen und in der Kollegenschaft letztendlich immer wieder erreicht worden, um nach außen geschlossen auftreten zu können. Die oben erwähnten Sensibilisierungen hatten um so mehr einen höchst unerfreulichen Nebeneffekt. Vermehrt traten Kollegen in das Bewußtsein der Öffentlichkeit, die aber auch alles taten, diese gegen die Zahnärzteschaft aufzubringen. Da waren z.B. Rundumschläge gegen Krankenkassen, die immerhin für ca. 95% der Bevölkerung verantwortlich zeichnen im Hinblick auf Gesundheitsfürsorge - und dafür bezahlen.

Dann wurde in Nordrhein eine Kampagne angezettelt, die für den stolzen Betrag von 21 Mio. in knapp drei Jahren (Zwangsbeitrag der Kollegen! - für jeden 7.000,-- DM) bundesweites Aufsehen erregte u.a. mit dem von Dr. Knelleken errechneten Stundenlohn für Zahnärzte von 5,48 DM! Das allein setzte die Zahnärzteschaft der totalen Lächerlichkeit und Unglaubwürdigkeit aus. 300 Prozesse, SPIE-

GEL-Artikel, die fingierte Rechnungen, geheime Kontonummern in der Schweiz, Schriften über moderne Sexualerziehung, Häuser in Calgary, nebulöse höchst aufwendige Gutachten enthielten - alle diese publicitysüchtigen Aktionen der Knelleken-Ära, gestützt und gefördert von seinen damaligen Freunden im Freien Verband - haben es der Zahnärzteschaft schwer gemacht, das Image eines aner kennenswerten Berufsstandes zu wahren. Im Umgang mit der Öffentlichkeit - nicht nur mit den Medien - ist so viel Porzellan zerschlagen worden, daß man eine Zeitlang glauben mußte, es werde sich nie wieder kitten lassen. Heute wissen wir, "auch Knelleken ist zu verkräften" - so Günter Windschild im Februar 82. Leider hat Windschild nicht recht behalten (s. auch S. 158). Die "Aktionen" des Dr. Knelleken usw. haben eine Zerstörung des zahnärztlichen Images gebracht, die bis heute nachwirkt mit dem Verlust der Glaubwürdigkeit und Seriosität.

Aber leider fand diese Erkenntnis keinen Eingang in die Reihen des FVDZ, der es mittlerweile mit einem erheblichen Aufwand verstanden hat, alle Gremien der ZÄ-Körperschaften zu majorisieren mit der Folge, daß Ideologen der Zahnärzteschaft weiterhin Schaden zufügten, sogar überhand nahmen. Öffentliche Auftritte, die sogar massiven Druck auf die Patienten und die Drohung mit schnellerer, schlechterer und schmerzhafterer Behandlung ein-

schlossen, ließen m.E. Rachegefühle bei den betr. Herren (s. Konzertierte Aktion in Bonn) aufkommen, die bis heute nicht vergessen sind. Anders sind die pöbelhaften und diskriminierenden Äußerungen von Ministern etc. nicht zu verstehen.

Erstaunlicherweise hat sich trotz des miserablen Fernbildes der Zahnärzte das Nahbild unverändert gut gehalten. Warum? Der Kollege am Stuhl hat sich vom Vorgehen seiner Standesfürsten nicht beeinflussen lassen, hat für seine Patienten nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt. Das wissen die Patienten und haben sich sehr wohl das Gefühl dafür erhalten, wem sie Vertrauen schenken können. Mit anderen Worten, der Kollege am Stuhl hat sich nicht oder nur in geringem Maße von "Empfehlungen" ideologisch eingefärbter Standespolitiker beeinflussen lassen.

Seltsamerweise ist die Kluft, auch bei der großen Politik, zwischen der Wählerschaft - hier die Kollegenschaft - und ihren "Oberen" immer schon auffällig gewesen. Hinzu kommt der Status des Einzelkämpfers, der in seinem Vorgehen weitgehend seiner Vernunft und seinem gesunden Urteilsvermögen folgt. Anders sind auch nicht die wirtschaftlichen Erfolge zu verstehen, die zwangsläufig wiederum Neidkomplexe erzeugen. Hier setzt das Motto ein: "Gute Arbeit - gutes Geld", ein Spruch der keinen Anlaß zur Scham beinhaltet, aber auch die Pflicht zur Qualität verlangt.

Das eine schließt das andere nicht aus.

Es wird Einschmelzungen und Verluste geben, schon seit Jahren von mir vorausgesagt in Verbindung mit der Ansprache von Glaubwürdigkeit und Seriosität der zahnärztlichen Standespolitik. Qualität wird immer gefragt sein - wie in jedem anderen Beruf - selbst bei sich laufend verändernden demographischen Situationen, daraus folgend Heruntergehen der Prothetikfälle, verstärkt durch das GRG. Es werden neue Schwerpunkte gesetzt werden, z.B. Parodontologie, Zahnerhaltung und auch vermehrt medizinische Beratung der Patienten, die immer anspruchsvoller werden und nicht nur zahnärztliches Fachwissen fordern. D.h. weitergehende Aus- und Fortbildung z.B. in Richtung innere Medizin.

Ich bin überzeugt, daß unserem Berufsstand nach wie vor ein weites Feld zur Verfügung steht, um einen sicheren Platz im sozialen Gefüge einzunehmen. Dieser ist jedoch nicht selbstverständlich; er muß vielmehr immer wieder neu erkämpft und besetzt werden. Das findet aber nur vor Ort - am Stuhl - statt. Jeder einzelne Kollege trägt hier Verantwortung. Die Standesführung aber muß sicherstellen, daß sie den Kontakt nach "unten" nicht verliert und immer wieder herstellt. Funktionäre, die eine Praxis nicht mehr von innen kennen, sind unfähig zur Führung. Ideologen sind erst recht nicht gefragt! Sie tragen ein gutes Teil von

Schuld an der derzeitigen Misere!

Gefragt ist der kritische Kollege, der pragmatisch, verständigungsbereit, aufgeschlossen und energisch sachbezogene Aussagen macht. Es gibt nicht erst seit heute Verhaltensregeln, in besonderem Maße erwartet bei akademischen Berufen, die bei aller Schärfe von Auseinandersetzungen zu beachten sind. Dann werden auch Gesprächspartner auf allen Ebenen konsens- oder gesprächsbereit sein.

Der zahnärztliche Berufsstand wird auch diese Zeit überstehen. Die Zeiten, wo die Kollegen mit den abgezählten Krankenscheinen unterm Arm bei den Kassen antraten (die dann mit 1,50 DM (RM) multipliziert wurden) und mit den so errechneten "Honoraren" nach Hause gehen durften, sind noch gar nicht so lange her! Haben wir Vertrauen zu unserer eigenen Schaffenskraft, zu unseren Patienten, zur eigenen Urteilsfähigkeit und sorgen wir dafür, daß die "Weisheit der Regierenden" auch bei unserer Standesführung heimisch wird - oder mehr genutzt wird!

Es besteht kein Zweifel - die Zeit für einen Neuanfang ist da, ohne eine gewisse consecutio zu vernachlässigen. Der Aufbruch zu neuen Ufern ist eine Notwendigkeit! Dazu gehören neue Gesichter, - unverbrauchte - Pragmatismus, Standfestigkeit, Kraft und - wie erwähnt - Weisheit. Üben wir Kritik, wenn wir es besser wissen! Seien wir kompromißbereit, wenn die Möglichkeit dazu besteht! Unser Gemeinwesen muß Forderungen stellen, es hat das Recht dazu. Stellen wir uns ohne Vorbehalt den schwierigen Aufgaben - wir haben genug gute Argumente. Ein Anlaß zur Mutlosigkeit oder gar Verzweiflung und Resignation besteht überhaupt nicht. Wir haben einen wunderbaren Beruf, der zuerst die Hilfe am Patienten beinhaltet, aber auch gleichzeitig Zukunftssicherung für uns und unsere Familien bedeutet.

Die Freude am Berufsalltag wird uns nicht verlangehen - fragen Sie einmal ältere Kollegen - so wie mich!

Anschrift des Verfassers:
Dr. Rolf Lemmer
Deutscherrenstr. 73
5300 Bonn-Bad Godesberg

***Für eine kluge Öffentlichkeitsarbeit,
sinnvollen Einsatz des Instituts der Zahnärzte,
Demokratisierung standeseigener Medien***

DARUM DAZ

Die Grenzen der Richtlinien

Nach S. Tiemann stellen die Richtlinien für die Versorgung mit Zahnersatz und Einzelkronen eine generelle Obergrenze dar. Tadsen weist darauf hin, daß es dabei jedoch eine starre Grenze gäbe, die auch als strikte Grenze gelten könne, daß es weiter eine typische Grenze gäbe und eben auch eine Hinweis-Grenze.

Im Protokoll einer PAR-Gutachter-Tagung ist dazu vermerkt, daß die typische Grenze keine starre Grenze ist, daß aber andererseits ein enger logischer Zusammenhang zwischen der Hinweis-Grenze und der typischen Grenze besteht.

Wer stieße dabei nicht an die Grenzen seines Fassungsvermögens? Umso klarer und verständlicher mutet dagegen die Stellungnahme eines Juristen aus dem AOK Landesverband Westfalen-Lippe an: "Ihrem Wesen nach gibt die Richtlinie Hinweise für den Normalfall. Dem anormalen Fall hingegen würde die unbe-

sehene Anwendung der Richtlinien nicht gerecht werden; ... Ist nur eine von der Richtlinie abweichende Maßnahme medizinisch sinnvoll, muß der pflichtgemäß handelnde Arzt sie ergreifen.

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung allerdings obliegt es ihm darzutun, daß ein anormaler Sachverhalt vorlag. Bei Abweichungen von den Richtlinien kehrt sich die Beweislast um." (E. Ramsch, 1986)

Nachdem uns die letzten Jahre so viele Linien und Grenzen beschert haben, ist uns hier einmal sozusagen von der anderen Seite zugerufen worden, woran sich unser therapeutisches Bemühen zuerst zu orientieren hat, an den Erfordernissen, die sich aus dem einzelnen Fall ergeben. Man könnte zu der Ansicht gelangen, daß eine solche Erklärung auch einem Berufsverband gut anstehen würde, der sich so sehr der Therapiefreiheit verpflichtet gibt.

la.

Gesundheitspolitik durch Kompetenz und Verantwortung mitgestalten

DARUM DAZ

Wahr ist, daß das Kürzel GRG für Gesundheits-Reform-Gesetz steht.

Unwahr ist, daß die Abkürzung GRG für Gesundheitskosten-Ratenzahlungs-Gesetz steht.

Betr.: PAR-Gutachten

— und was dabei herauskommen kann

An Herrn Obergutachter Dr. M.S.

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich muß nochmals auf ein Gutachten von Ihnen zurückkommen, in dem Sie bei einem meiner Patienten die Übernahme der Kosten wegen bereits durchgeführter PAR-Behandlung ablehnten. Ich hatte Ihnen vor Ihrer Untersuchung meines Patienten zu erklären versucht, daß ich mir vollkommen darüber klar bin, daß ich die Behandlung nicht ohne Genehmigung der BEK hätte beginnen dürfen. Durch eine Organisationspanne war es jedoch so abgelaufen. Sie erklärten mir daraufhin, daß Sie den Patienten nicht zu sehen wünschten, da Sie kein Kontrolleur seien und Sie wollten einen entsprechenden Hinweis an die BEK schicken. Tags darauf wurde von Ihnen signalisiert, daß Sie den Patienten doch zu sehen wünschten; also doch Kontrolleur? Daraufhin kam es am 01.12.87 zur Untersuchung in Ihrer Praxis.

In Ihrem Gutachten steht: Beim o.g. Patienten liegt ein gepflegtes Lückengebiß vor. Zum Zeitpunkt der Untersuchung liegt kein pathologischer Zahnfleischbefund vor. Der Patient bestätigte die durchgeführte Behandlung bei der Untersuchung. Da am 01.12.87 keine PAR-Behandlung notwendig ist, wird die Übernahme der Kosten von mir nicht befürwortet (Ende Ihres im Auszug zitierten Gutachtens). Dies überschreitet Ihre Kompetenz als Gutachter bei weitem. Sie können höchstens feststellen, daß ein Gutachten wegen bereits durchgeführter Behandlung nicht mehr möglich ist. Die Entscheidung über die Kostenübernahme und eine Nichtbefürwortung ist nicht Ihre Sache, sondern Sache der BEK.

Ich fand schon damals Ihre Stellungnahme wenig kollegial und fair. Möglicherweise eine Auswirkung meines Beratervertrages für die AOK Emmendingen, aber vielleicht ist dies wirklich nur ein Hirngespinnst von mir. Nach einigen Monaten der Beratertätigkeit für eben diese AOK verstärkt sich mein Gefühl, daß hier möglicherweise an den tatsächlichen Problemen vorbeibegutachtet wird.

Was ich bei meinen Untersuchungen fast immer - ich betone nicht in Einzelfällen - feststellte, übersteigt meine zahnärztliche Phantasie bei weitem. Wie würden Sie als Obergutachter für Parodontalerkrankungen reagieren, wenn nachweislich keine Vorbehandlung durchgeführt wurde (Kons, Endo, Zst, Entfernung marginaler

Reize, Instruktion und Motivation zu adäquater Mundhygiene mit Kontroll Sitzungen) und viele bzw. alle Zähne von supragingivalem Zahnstein und schmierigen Belägen bedeckt sind, jedoch dennoch der PA-Status zur Genehmigung vorgelegt wird, begleitet von einem Heil- und Kostenplan für Zahnersatz "vom Feinsten"? Oder wie würden Sie reagieren, wenn ohne Vorbehandlung (Kons, Endo, Zst, Entfernung marginaler Reize, Mundhygieneinstruktionen und Kontrollen) gleich ein Heil- und Kostenplan für hochwertigsten Zahnersatz vorgelegt wird, obwohl die Taschentiefen 6-12 mm betragen?

Ich würde mir wünschen, 1. im Interesse der Patienten, 2. im Interesse der Glaubwürdigkeit unseres Berufsstandes, damit wir endlich mal wieder aus den Schlagzeilen der Presse verschwinden, und weil wir früher einmal ein ehrenwerter Berufsstand mit entsprechendem Image waren, was heute nicht mehr so ohne weiteres zutrifft, 3. im Interesse einer echten Wirtschaftlichkeit und Kostendämpfung, daß die Gutachtertätigkeit mehr zur Aufforderung zu adäquater Vorbehandlung genutzt würde, anstatt nachweislich mit gutem Erfolg abgeschlossenen Behandlungen wegen eines formalen Fehlers die Kostenübernahme zu verweigern.

Ich sehe Ihrer geschätzten Antwort mit Interesse entgegen und erlaube mir wegen der berufspolitischen Bedeutung eine Abschrift an den Vorstand der kassenzahnärztlichen Vereinigung Freiburg zu übergeben.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. Walter Straub
Steinstr. 12, 7830 Emmendingen

***Stärkung der Selbstverwaltung durch zuverlässige
und glaubwürdige Partnerschaft mit den
Krankenkassen
DARUM DAZ***

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

H.-G. Wahl

Um Vor=Urteilen begegnen zu können und sein eigenes Urteil kritisch zu überprüfen, ist es, - wie vorher ausgeführt -, wichtig, den Gebißzustand in einem naturfluoridierten Gebiet selbst gesehen zu haben. Natürlich gibt es in der internationalen Literatur genügend Belege dafür, daß die örtliche Fluoridzufuhr so sehr über den örtlichen Kariesbefall entscheidet.

Aber: gelesen haben, und selber gesehen haben, ist nicht dasselbe.

Um dieses "Selbersehen" war ich bemüht, - zusammen mit Kollegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes -, seit ich hörte, daß es in unserem Nachbarland Dänemark entsprechende Gebiete geben sollte. Zur Hilfe kam mir dabei Prof. Ingolf Møller, der die pedodontische Abteilung der zahnärztlichen Hochschule in Aarhus leitete.

Er hatte diese Unterschiede des Fluoridgehalts der Trinkwässer und des damit verbundenen Unterschieds des jugendlichen Kariesbefalls in Dänemark an 1.000 Jugendlichen genau untersucht und dokumentiert. Viel aufregender fand

ich, daß er auf der Insel Bornholm seine Erfahrung auf diesem Gebiet unter Beweis gestellt hatte:

es war nämlich bekannt, daß infolge des stark unterschiedlichen geologischen Untergrunds der Insel die verschiedenen Gemeinden auch verschiedenen hartes Wasser für ihre Trinkwasserversorgung benutzen. Zu erwarten war, daß damit auch der Fluoridgehalt unterschiedlich sein müßte, aber Näheres war nicht bekannt, weil es darüber noch keine Untersuchung gegeben hatte.

Noch bevor diese Analysen gemacht wurden, nahm Prof. Møller seine Untersuchungen an den Bornholmer Kindern vor, und er war imstande, den Fluoridgehalt der verschiedenen Wasserwerke bis auf die Stelle hinterm Komma allein aus dem Gebißzustand der betreffenden Kinder zu bestimmen! Und die erst danach durchgeführten Analysen bestätigten seine Zahlen. (Sein Wissen und seine Erfahrung führten ja auch dazu, daß er heute der Fachmann für dieses Referat bei der Weltgesundheits-Organisation ist und weltweite Programme der WHO leitet.)

Prof. Møller brachte uns 1969 zu der Schulzahnklinik der Stadt Vordingborg auf Seeland und stellte den Kontakt mit dem zahnärztlichen Leiter, Mogens Poulsen, her, weil sich Vordingborg nach seiner Meinung am besten für unser Vorhaben des Selber-Sehen-Wollens eignete: es gab dort eine genügend große Anzahl an Schulkindern, die mit einem optimalen Fluoridangebot des örtlichen Trinkwassers von Geburt an aufgewachsen waren, (etwa 4.000), und es gab mit diesem Kollegen Mogens Poulsen einen Mann mit einer besonderen Erfahrung.

Poulsen war nämlich zuvor als (behandelnder) Schulzahnarzt in der Stadt Roskilde tätig gewesen, wo man sich mit Kariesprophylaxe-Maßnahmen im Sinne von Mundhygiene und Ernährungslenkung große Mühe gab, und wo der erneute Kariesbefall immer wieder alle Bemühungen um eine echte Durchbehandlung der Schuljugend zunichte gemacht hatte. Roskildes Wasserwerk lieferte ein Trinkwasser mit defizitärem Fluoridgehalt in Höhe von etwa 0,2 ppm Fluorid pro Liter, also etwa wie bei uns.

Die Gemeinde Vordingborg war bereit, eine behandelnde Schulzahnklinik für die Schuljugend einzurichten, und Poulsen bewarb sich um diese Stellung mit folgender Überlegung:

der Fluoridgehalt des Vordingborger Wasserwerks (und der Umgebung) lag im Optimum, bei

1,4 ppm, und nach den Berichten aus den USA war zu hoffen, daß damit der Kariesbefall erheblich niedriger sein würde, so daß eine erfolgreiche Durchbehandlung der Schuljugend zahnärztlicherseits möglich sein müßte.

Wie sehr sich diese seine Erwartung dann erfüllte, hat Poulsen seinen deutschen Besuchern dann alljährlich souverän und humorvoll geschildert. Er konnte schließlich mit den frustrierenden Beobachtungen in Roskilde vergleichen und hatte zuletzt eine 20-jährige Erfahrung mit der Behandlung der Kinder in Vordingborg.

Poulsen war ein besonders liebenswerter Kollege; unser Zahnärzterein machte ihn zum Ehrenmitglied, und es liegt eine gewisse Tragik darin, daß er zu früh dahinging; kurz nach seinem 60. Geburtstag, den wir noch fröhlich in Vordingborg zusammen begangen hatten, erlag er einem Schlaganfall.

Tröstlich ist, daß seine Arbeit von der Gemeinde Vordingborg anerkannt und gewürdigt worden war. Ein gewisser Trost liegt für uns auch darin, daß seine langjährige Mitarbeiterin, Frau Zahnärztin Hjørdis Ring, seine Arbeit in seinem Sinne fortsetzt, so daß wir auch nach seinem Tode die Vordingborg-"Expeditionen" für Interessierte fortsetzen konnten und dabei seiner gedenken.

Erst am vergangenen Mittwoch waren wir wieder dort, mit zwei Bussen, und es war wiederum ein besonderes Erlebnis für alle Beteiligten, Zahnärzte, Pädagogen und Journalisten. Jeder konnte den Schulkindern verschiedener Altersgruppen in den Mund schauen, wobei die Kinder nicht etwa nach "schönen Zähnen" ausgewählt waren, sondern nur danach, ob sie auch in Vordingborg geboren waren, denn die Zugezogenen sehen etwas anders aus, wie sich denken läßt.

Das Urteil war übereinstimmend: "so groß hätten wir uns den Unterschied nicht vorgestellt." Leicht konnte jeder erkennen, daß diese Kinder mit sich und dem Zahnarzt weniger Angst-Probleme zu haben brauchen, als es bei uns üblich ist, und leicht konnte ich den Teilnehmern - insbesondere der Krankenkassenteilnehmerin - vorrechnen, daß diese Kinder auch kostenmäßig wesentlich günstiger abschneiden. Und wir Zahnärzte hätten sogar nichts dagegen, wenn unsere Kinder eines Tages auch so aussehen würden!

So gab es zum Schluß auch leicht die Übereinstimmung darüber, daß wir alle eigentlich die Pflicht hätten, darüber nachzudenken, wie wir es anstellen könnten, daß unsere Kinder es eines Tages so gut beim Zahnarzt haben können.

Bedacht werden muß allerdings, daß es einen Grad an Voreingenommenheit gibt, der manche

Menschen absolut immun gegen jedes Argument der Vernunft macht. Bei solchen Leuten hilft es auch nicht, wenn man ihnen die tatsächliche Wahrheit mitten vor die Augen stellt, und bei solch Vor-Eingenommenen würde es auch nicht helfen, wenn man ihnen die Zähne der Kinder in Vordingborg zeigt. Das weiß ich wohl!

Für diesen Grad an Voreingenommenheit erzählte man mir in den USA ein schönes Beispiel: dort gibt es eine sog. "Flacherde-Gesellschaft". Das heißt, diese Leute bestreiten, daß die Erde Kugelgestalt hat, und mit Hilfe ellenlanger Formeln versuchen sie zu beweisen, daß die Erde eben flach wie ein Pfannkuchen wäre, und daß Ptolemäus mit seiner Vorstellung der Erdgestalt allein recht gehabt hätte.

Diesen Leuten hat man dann Fotos und Filme vorgeführt, die von den Astronauten aus dem Weltraum in Richtung Erde gemacht worden sind und auf denen sich die Kugelgestalt der Erde gut erkennen läßt. Es half nichts - sie blieben bei ihren Formeln und bei ihrer irrigen Meinung.

Wie ist es aber nun - kann man sagen: weil es Leute gibt, welche die Kugelgestalt der Erde bestreiten, darum ist diese Kugelgestalt umstritten?

Genauso ist es mit der journalistischen Aussage: "Ja, aber die ganze Sache mit den Fluoriden ist ja doch umstritten!"

Ich meine: wenn die gesamte wissenschaftliche Fachwelt sich über einen ganz bestimmten Sachverhalt anhand von überzeugenden Experimenten und anhand von unbestreitbaren Naturbeispielen einig ist, dann darf der Begriff "Umstritten" nicht mehr zulässig sein, bloß weil es ein paar Unbelehrbare gibt, die diesen Sachverhalt bestreiten, ohne hieb- und stichfeste Beweise für ihre irri- ge Meinung vorlegen zu können.

Facit: es ist beweisbar, daß wir für unsere Kinder Besserungen der Zahngesundheit herbeiführen können. Ja, dann sollen wir auch alle dafür eintreten, Journalisten eingeschlossen. Und jeder muß zusehen, daß er zu einem eigenen Urteil kommt; Vor-Urteile helfen unseren Kindern nicht.

Anschrift des Verfassers:

Dr. H.-G. Wahl
Falkenburger Stieg
2358 Kaltenkirchen

DGE zur "Vollwert-Ernährung"

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat eine Stellungnahme zum aktuellen Thema "Vollwert-Ernährung" veröffentlicht.

Hier eine kurze Zusammenfassung:

1. Die Einteilung der Lebensmittel nach dem Grad der Verarbeitung in Wertstufen wird abgelehnt. In vielen Fällen bewirkt erst eine Verarbeitung die Verzehrtauglichkeit.
2. Die pauschale Warnung vor Zusatzstoffen ist nicht berechtigt.
3. Die Empfehlung, Lebensmittel aus "alternativem" Anbau zu bevorzugen, ist abzulehnen, da eindeutig nachweisbare Vorteile fehlen.

4. Aus ernährungswissenschaftlicher Sicht gibt es keine Berechtigung, den Begriff "Vollwert" auf einzelne Produkte anzuwenden.

5. Für die Annahme, daß in unverarbeiteten Lebensmitteln weitere, noch unentdeckte lebensnotwendige Stoffe enthalten sind, gibt es keine gesicherten Hinweise.

Dagegen decken sich die Ernährungsvorschläge der "Vollwert-Ernährung" in vielen Punkten mit den bekannten Empfehlungen der DGE.

Literatur:

"Vollwert-Ernährung" - Eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

Ernährungs-Umschau 34 (9) 308-309 (1987)

Ernährung = Prophylaxebasis

– Bericht über DAZ-Fortbildung

H. Brosch

Am 30. April 1988 fand für die DAZ-Studiengruppe München eine ganztägige Fortbildungsveranstaltung mit Prof. SIEBERT über das Thema "Ernährung" statt. Der Referent ist der emeritierte Vorstand der Abteilung für Experimentelle Zahnmedizin der Universität Würzburg, die in ihrer Art einzig ist in der Bundesrepublik; von der Ausbildung her ist er Mediziner mit der Fachrichtung Biochemie.

Natürlich sieht er sein Forschungsgebiet, die Ernährungswissenschaft, (für die Zahnmedizin mit den Schwerpunkten Zucker, Zuckeraustauschstoffe, Fluorid) nicht als Randbereich, sondern als Grundlage ärztlichen Handelns. Der wissenschaftliche Austausch scheint nicht so einseitig zu sein wie in anderen Fachgebieten, so wird zum Beispiel das Zuckersymposium in Würzburg veranstaltet, das IV. und bisher letzte im Jahre 1986.

Ich jedenfalls fühlte mich an selbige Zeiten der Biochemie während des Studiums erinnert: fachliches Engagement, wissenschaftlicher Streit, "Mäzenatensuche", Patentanmeldung,

wirtschaftliche Nutzung, kollegiale Freundschaft bis zur Konkurrenz mit der Bitte, Brandneues nicht mitzuschreiben und nicht zu veröffentlichen (der Bitte entspreche ich nicht zuletzt wegen ungenügender spezieller Kenntnisse).

Wir waren gekommen, um einerseits auf dem einen Standbein der Prophylaxe sattelfester zu werden und um andererseits für die eigene Ernährung Bestätigung und Anregung zu erhalten. Es gab dann aber auch Überraschungen, ungläubige Gesichter und verschiedene Auffassungen.

Der Vortrag begann - wie anders - mit Zucker und dem nur noch teilweise notwendigen Hinweis, daß "brauner Zucker" nicht besser sei als "weißer Zucker", da jener nicht belasten, sondern eigens durch Zusatz von Melasse nachträglich verfärbt worden sei.

Zucker (aus Zuckerrüben oder Zuckerrohr gewonnen) ist im engeren Sinn das Disaccharid Saccharose, die durch Säure, aber auch allein durch Wärme, in D-Fruktose und D-Glukose gespalten wird. Dieses Gemisch zu gleichen Teilen heißt In-

vertzucker, weil sich hierbei der optische Drehsinn der Lösung umkehrt. Im tierischen Organismus geschieht die Spaltung durch die Enzyme Glucosidasen. Invertzucker ist kariogener als Saccharose, was wichtig ist, wenn man bedenkt, daß z.B. die Saccharose in Colagetränken oder in Marmelade bis zur Hälfte gespalten sein kann bis sie zum Verbraucher kommt.

Nach der Kenntnis des natürlichen Zuckergehalts von Lebensmitteln ist der nächste Schritt die Methodik zur Abschätzung des kariogenen Potentials. Dies geschieht hauptsächlich durch in-vitro-Versuche über Säureproduktion mit verschiedenen Bakterienstämmen. Elegant ist die pH-Telemetrie, die in Zürich und in Rostock (nicht in Erfurt wie der Referent meinte) durchgeführt werden kann: eine Glaselektrode wird mittels einer Prothese an einer Zahnlücke befestigt und registriert über einen Sender den pH-Wert nach der Gabe der zu untersuchenden Substanz für eine gewisse Zeit. Klinische Versuche lassen sich nur sehr beschränkt durchführen, abgesehen von der hohen Mindestzahl der Probanden (1500):

Tests, bei denen die Probanden nach wenigen Tagen schon irreversible Schmelzläsionen erleiden können sind ethisch nicht zu rechtfertigen.

Berechtigterweise sind die Anforderungen der Ethikkommiss-

sionen, die an jeder Universität bestehen, sehr hoch. Die Begründung für die Tierversuche wurde ausführlich gegeben (man spürte den Einfluß der Tierversuchgegner) und die Versuchsdurchführung genau erläutert.

Wichtig für die Veränderung des pH-Wertes ist die Zucker- menge pro Tag, die Häufigkeit pro Tag und die Verweildauer in der Mundhöhle. Hierin liegen große Unterschiede von stark klebrigen Süßigkeiten zu stark zuckerhaltigen Getränken z.B. Colagetränk einerseits und zu Heißgetränken andererseits, die schnell durch die Mundhöhle in den Magen gelangen. So hat es keinen Einfluß, ob kein, ein, zwei oder drei Löffel Zucker im Kaffee genommen werden. Und gerade mit dem Kaffee oder Tee ohne Zucker hatten wir unsere persönliche Zuckerreduzierung begonnen und in Gesellschaft schon mal einen Aha-Effekt ausgelöst.

Nach Untersuchungen von PUDEL ist das Verlangen nach Süßem eher angeboren als anerzogen; wobei das Süß-Empfinden hochgepöppelt werden kann, aber die völlige Unterdrückung des Triebes psychologisch falsch sein kann. Auch dies haben wir erst mühevoll in der Praxis oder in der eigenen Familie erfahren.

Wenn die generelle Forderung nach Zuckerreduktion, bei weltweit steigendem Konsum, und Zähneputzen nach jeder Mahlzeit unrealistisch ist, so

bleibt, wie der Wissenschaftler sagt, als Interventionsziel der Kariesvorbeugung die Zwischenmahlzeiten ohne vergärbaren Zucker, nicht kariogenen Zuckeraustauschstoffen und antikarigenen Süßstoffen, um so außer in der Nacht auch tagsüber ein notwendiges noxenfreies Intervall zur Remineralisierung zu schaffen.

Seit der Veröffentlichung der Vipeholm-Studie in Schweden im Jahr 1954 ist oder dürfte bekannt sein, daß die Häufigkeit der Zuckeraufnahme wesentlich ist für die Kariesentstehung. Daraus ergaben sich schon die Forderungen nach Konzentration der Zuckerzufuhr auf 1½ bis 2 Stunden pro Tag mit anschließendem Zähneputzen. Solche und ähnliche Versuche sind heute nicht mehr möglich, so daß auch hier die Tierversuche einsetzen müssen. Tatsächlich ergaben die Versuche mit Ratten mit der wechselnden Kombination von Mehl/Käse/Zucker als Zwischenmahlzeit eindeutige Ergebnisse.

Zuckeraustauschstoffe werden mit einer Ausnahme aus Zucker gewonnen und tangieren somit die Landwirtschaft nicht was die Menge betrifft. An die Zuckeraustauschstoffe werden folgende Forderungen gestellt: 1) "Süß" im Geschmack 2) technologisch für die industrielle Herstellung geeignet 3) ernährungsphysiologisch auch bei jahrelangem Konsum 4) zahnmedizinisch nicht kariogen. Es gibt Stoffe mit Nebenwirkungen und solche mit einer Verträglich-

lichkeitsgrenze, bei deren Überschreitung es zu Durchfall kommt. Was den zahnmedizinischen Bereich betrifft, so sollen die Zuckeraustauschstoffe nicht als Substrat zum Aufbau des Plaque-Polysaccharids dienen können (was praktisch eh nur die Saccharose macht und keine andere Substanz) und nicht oder nur sehr gering im Mund zu organischen Säuren vergärbbar sein. Diese Anforderungen erfüllen z.B. Sorbit oder Xylit, bei denen als Monosaccharid (Zuckeralkohol) die Struktur des Zuckermoleküls weitgehend modifiziert ist (bei natürlichem Vorkommen) oder wird (bei chemischer Herstellung). Neuere Zuckeraustauschstoffe sind Di- oder Oligosaccharide, bei denen die verknüpfende Glykosidbindung so gestaltet ist, daß sie für die Mundbakterien schwer oder gar nicht spaltbar ist, z.B. Maltit, Lactit, Leucrose, Isomaltulose und Palatinit, das ein Gemisch zweier Disaccharidalkohole ist und zu weiteren vielversprechenden Versuchen anregt.

Süßstoffe wie Saccharin, Cyclamat, Aspartam, Thalin, Acesulfame K haben eine viel höhere Süßkraft als Saccharose ohne entsprechenden Nährwert und sind von sehr unterschiedlicher chemischer Struktur. Einige sind sogar antikariös. Sie sind in europäischen Ländern unterschiedlich reglementiert oder gänzlich verboten. Nachdem bei einem Versuch mit Ratten erhöhter Blasenkrebs nach Cyclamatgabe nachgewiesen

worden war, wurde dieses in den USA verboten.

An diesem Beispiel erläuterte Prof. SIEBERT, wie schwierig es sei, Fehler bei Tierversuchen aufzuspüren und unter neuen korrekten Versuchsbedingungen nachzuvollziehen: Manche Rattenrassen haben andere Bakterienstämme als die Menschen, so daß sich bei Cyclamatgabe im Übermaß eine Verbindung bildet, die die Ursache ist, daß sich in starkem Maße Harngrieß bildete, was natürlich zu vermehrtem Blasenkrebs führen konnte. Außerdem hatten die Ratten eine Wurminfektion in der Blase.

In den USA wurde ein Zuckerbericht von der FDA (Food and Drug Administration) vorgelegt. Er hat Defensiv- und nicht Empfehlungscharakter und gilt nur für den augenblicklichen Status des Zuckergenusses. Die Zuckerindustrie nützte diese Studie werbewirksam aus, denn es wird ausgesagt, daß Zucker neben der unbestreitbaren kariogenen Wirkung keinen unmittelbaren Einfluß hat auf Diabetes Typ II, auf Entstehung von Herzinfarkt, auf den Cholesterinspiegel oder auf Krebsentstehung. Selbstverständlich kann überhöhter Zuckerkonsum zu Übergewicht führen, das seinerseits ein Risikofaktor ist.

Der Begriff "zahnschonend" darf in der Schweiz gemäß der Schweizerischen Lebensmittelordnung in der Werbung von Süßigkeiten verwendet werden,

wenn unter vivo-Bedingungen am Menschen nachgewiesen wird, daß der pH-Wert im Zahnbelag nach Zufuhr des Versuchsstoffes innerhalb von 30 Minuten nicht unter 5,7 abfällt. Der Nachweis geschieht mit der Telemetrie. Zu einer solch sinnvollen Regelung sind wir in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht gekommen, da sich das Bundesgesundheitsamt sehr restriktiv verhält, die Aufschrift "zahnschonend" nicht zuläßt, sondern nur das Pictogramm (ein von einem Schirm behüteter Zahn), wenn die Schweizer Bedingungen erfüllt sind. Außerdem ist nur Sorbit zugelassen, was die Produktpalette einschränkt. Die Pionierarbeit leistet die Aktion zahnfreundlich e.V. in Darmstadt.

Aus der längeren Abhandlung über Fluorid seien nur diese zwei wörtlichen Zitate gebracht:

Weglassen von Fluorid beim Menschen ist ethisch nicht zulässig!

Alle Argumente gegen Fluorid sind unwissend oder ideologische Verblendung.

Der nächste Ernährungsbericht des Bundesgesundheitsamtes wird sich mit Fluorid befassen.

Weitere Themen mit starker Diskussionsbeteiligung waren:

-- Erniedrigung des Cholesterinspiegels durch ω -3 (sprich:

Omega minus drei) und ω -6 Fettsäuren, die sich besonders im Fischfleisch finden. Eskimos bekommen keinen Herzinfarkt! Also Fisch essen, aber auch wieder in Maßen wegen der toxischen Belastung!

-- Laien-Diäten (sehr bedenklich bis gefährlich): zuerst wird das Wasser abgegeben, das später wieder eingebaut wird. Heilfasten: Der wissenschaftliche Trophologe kenne keine Schlacken, die im Körper üblicherweise zurückbleiben und nur durch Fasten zu eliminieren seien.

-- Vollwerternährung nach Kollath und Nachfolger: dagegen wurde eine Breitseite abgefeuert, unterstützt mit einer vorsorglich photokopierten und dann verteilten Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Kollath würde argumentieren mit Eingebungen und auf Spekulationen mit der Angst setzen. Naturbelassen könne nicht das oberste Ziel sein, da z.B. Proteine durch Denaturierung erst verdaulicher würden, außerdem geschehe im Magen eine natürliche Denaturierung durch die Salzsäure.

-- Andere Schäden durch Zucker: "Vitaminräuber" sei ein unbegründeter Vorwurf der Zuckergegner, denn für die Spaltung der Glukose in zwei Milchsäuren seien Vitamine als Coenzyme notwendig, diese gehen als Katalysatoren aus der chemischen Reaktion unverändert hervor. Der Vorwurf, Zuk-

ker sei ein "Kalkräuber" geht auf eine überholte, fehlerhafte japanische Untersuchung zurück.

Das waren schon harte Standpunkte und Beweise! Beruhigt konnten wir dennoch feststellen, daß Prof. SIEBERT wo er die Notwendigkeit sah eindeutig gegen Zucker bzw. deren Industrie Stellung bezogen hatte. Er unterstützte wissenschaftlich Kollegen, die wegen Angriffen auf Süßigkeiten in ihrer wissenschaftlichen Existenz von seiten der Zuckerindustrie bedroht wurden. Er lehnte es auch ab, der Zuckerindustrie zu helfen, das Fluorid in den Süßigkeiten chemisch unterzubringen.

So heiß kann das süße klebrige Pflaster sein!

Anschrift des Verfasser:

Dr. Hannes Brosch
Ammerseestr. 6
8021 Neuried

Literatur:

GUSTAFSSON, B.E., QUENSEL, C.E., SWENANDER-LANKE, L., LUNDQUIST, C., GRAHNEN, H., BONOW, B.E., KRASSE, B.: The Vipeholm dental caries study, Acta Odont. Scand. 112, 232-364 (1954)

MAIWALD, H.-J. (Rostock): Zucker und Karies, Der Artikulator Nr. 23, 1. Quartal 1988, 19-21

MAIWALD, H.-J.: Ernährungslenkung - ein Grundpfeiler der Prävention ora-

ler Erkrankungen, ZWR - Das Deutsche Zahnärzteblatt - Zahnärztliche Welt - Zahnärztliche Rundschau - Zahnärztliche Refom - Stoma - Zahnarzt Journal vereinigt mit Der Zahnarzt 97, 95 S. vor einer gezielten IME-Information auf S. 382 jeweils nach einem Vortrag auf der 6. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK 18. und 19.9.1987 in Düsseldorf

SCHRAITLE, R., SIEBERT, G.: Zahnge-

sundheit und Ernährung (Carl Hanser Verlag, 1987) 255 S.

SIEBERT, G.: Ernährung und Zahnheilkunde im Deutschen Zahnärztekalendar 1982 (Carl Hanser Verlag) 1-13

"Vollwerternährung", Eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Ernährungsumschau 34 (9), 308-309 (1987)

Zuckersymposium IV, Würzburg 1986, Sondernummer zu DZZ 42, Okt. 1987

COMPLIANCE

Leider gibt es immer noch keine sicheren Messungen der Compliance. Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz von der Deutschen Herzstiftung und Schwarz Pharma in Frankfurt wurde dies erneut bestätigt. Nach Darstellung von Professor Ellen Weber sind Blutspiegel- und Urinkonzentrationen eine, Patienten-Interviews und "pill-counting" (sic!) eine andere Möglichkeit. Die Beigabe von Markersubstanzen mit anschließender aufwendiger Prüfung erscheint noch unpraktikabler für den niedergelassenen Arzt.

Ein Silberstreifen am Horizont könnte nach Meinung der Heidelberger Pharmakologin eine amerikanische Erfindung darstellen. In den USA hat man einen Mikroprozessor in das Fläschchen eines Ophthalmikums eingebracht, der entnommene Tropfen zählt. Bedenken, daß dies zu teuer würde, sind bereits widerlegt. Erstens wird die Methode bei β -Blocker-Augentropfen in der Glaukomentherapie bereits angewandt ("Tropfdater", Chibret). Zweitens könnten

durch diese nachprüfbaren Einnahmen kardiologische Ereignisse verhindert werden, deren Therapie ein Vielfaches kosten würde. Ganz zu schweigen von dem Berg von Arzneimitteln, die weggeworfen werden, und deren Wert auf rund vier Milliarden Mark pro Jahr geschätzt wird.

Drittens hätte man durch die Messung endlich einmal exakte Studienergebnisse. Bei der Überprüfung von Wirksamkeit und Nebenwirkungsarmut eines neuen Arzneimittels verwischt der Unsicherheitsfaktor Therapietreue den Durchschnittswert ganz erheblich, was bei der Einschätzung der unerwünschten Wirkungen höchst fatal ist. Wenn man von diesen Studien jene Probanden ausschließen könnte, die nachweislich ihre Medikamente nicht oder unregelmäßig eingenommen haben, ergäbe sich ein sehr viel klareres Bild. Die Entscheidung des Arztes für die eine oder andere medikamentöse Therapie könnte damit erheblich erleichtert werden.

Status 6/88, S. 32

Die Schule als Zuckerverteiler

B. Büttner

Als angehende Erzieherin muß ich leider immer wieder feststellen, wie wenig Einfluß die Schule auf die Schüler hinsichtlich einer gesunden Ernährung nimmt. Gerade die Schule hätte aber doch die Möglichkeit, gesundheitserziehend zu wirken. Doch das Gegenteil ist der Fall:

In vielen Schulen wird es direkt unterstützt, daß sich die Schüler in den Pausen Süßes einverleiben.

Kürzlich rief ich beim (bayerischen) Kultusministerium an, um zu fragen, welche Richtlinien für den Verkauf von Nahrungsmitteln in den Schulen gelten: Danach besagt Artikel 24 Absatz 1 der Schulordnung für Gymnasien (diese Regelung dürfte auch für andere Schulen gelten:

"Während der Pausen ist der Verkauf von einfachen Speisen und alkoholfreien Getränken erlaubt. Die Einzelheiten regelt der Schulleiter im Benehmen mit dem Schulforum." (Das Schulforum setzt sich aus jeweils drei Eltern, Lehrern und Schülern zusammen.)

Dieser Artikel ist meines Erachtens zu ungenau definiert.

Was heißt einfache Speisen? Für mich sind einfache Speisen Brot, Milch und Mineralwasser.

In den Schulen sind jedoch nach wie vor Automaten zu finden, denen die Schüler fast ausschließlich mit Zucker versetzte Nahrungsmittel - die sogenannten "zweiten Pausenbrote" - entnehmen können wie "Milchschnitten", Pudding, Vanille- und Kakaogetränke, Spezi, Cola usw.

An den Pausenständen geht es dann weiter mit Krapfen, Brezeln und zuckerpappigen "Schnecken". Mineralwasser wird nicht einmal angeboten.

Zuständig für solche Automaten sind meistens die Hausmeister. So bessern sie sich ihr Gehalt auf Kosten der Gesundheit der Schüler auf.

Die Schüler sind auf solche Automaten angewiesen, weil sie das Schulgelände während der Schulzeit nicht verlassen dürfen. So kaufen sie sich für ein paar Groschen eine gezuckerte "Milchschnitte" und, wenn sie Durst haben, eine Cola. Die Schüler werden richtig verleitet sich ungesund zu ernähren und ihr Geschmacksinn wird auf "süß" gepolt.

Ein Bewußtsein für eine gesunde Ernährung kann sich so sicher nicht entwickeln.

Anschrift der Verfasserin:
Beatrice Büttner
Hohenschäftlarn

Zahnarztangst

J.K. Roth

Daß die Angst vor dem Zahnarzt in der Bevölkerung so weit verbreitet ist, war sogar für Zahnärzte neu. Mit Überraschung wurde auf einer Fachtagung von Zahnärzten und Psychologen in Mainz zum Thema "Angst und Angstabbau" das Ergebnis einer Untersuchung aufgenommen, wonach über 60% der erwachsenen Bevölkerung so starke Angst vor dem Zahnarzt hat, daß die notwendigen Arztbesuche oft aufgeschoben werden oder gar nicht stattfinden. Bei Kindern und Jugendlichen gilt sogar ein Anteil von 10% als unbehandelbar, weil sich die jungen Patienten buchstäblich mit Händen und Füßen gegen die Behandlung wehren. Dem steht ein Zahnarzt gegenüber, der auf die psychologische Seite seines Berufes wenig oder gar nicht vorbereitet ist. Manche Behandlungssituation spitzt sich dadurch zu oder eskaliert. Der Arzt will behandeln und kommt nicht dazu - auf Grund der Angst seiner Patienten. So wird die Patientenangst zum Zahnarztstreß.

Als Ursache für die Angst vor Zahnbehandlung kommen die Vorerfahrungen eines Patienten in Betracht. Ein 40-jähriger Mann suchte als Notfall die zahnmedizinische Klinik auf. Sein Gebiß glich einer Ruine. Als 12-jähriger war er letztmals beim Zahnarzt, den er damals

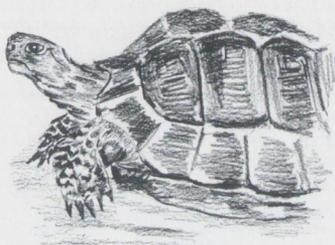
als verlängerten Strafarm des Vaters erlebte. Der Arzt hatte, vom Vater dazu aufgefordert, den Jungen wegen schlechter Zahnpflege und wegen seiner schlechten Schulleistungen mit Schlägen bestraft. Dieser Patient litt nicht nur unter seinem ruinierten Gebiß, sondern unter einer ausgeprägten Zahnarztphobie, die psychotherapeutisch behandelt werden mußte. Überspitzt zeigt dieser Extremfall, was auch für andere gilt: die Angst vor dem Zahnarzt führt auf lange Sicht zu einem schlechten Zustand der Zähne.

Die Zahnarztangst ist freilich so weit verbreitet, daß sie schon wieder als normal angesehen werden muß. Tatsächlich ist der Gesichtsbereich, besonders natürlich der Mund, für jeden Menschen eine hochsensible, intime Körperzone. Der Mund wird nicht nur mit schönen, lustvollen Erfahrungen wie zum Beispiel mit dem Essen und Trinken in Verbindung gebracht, sondern auch mit schmerzhaften Erlebnissen verknüpft. Das Wachsen der Zähne als Baby, der Verlust der Milchzähne, später schließlich der hämmernde Schmerz eines Weisheitszahns sind Erfahrungen, die wir alle vom frühesten Lebensalter an kennen. Mit dem Zahnarzt haben sie wenig zu tun. Doch wahr-

Achten Sie auf den
Unterschied
in der Lebensdauer



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



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

Wir bürgen dafür

Hu-Friedy®

Bernard Quétin GmbH
Postfach 1380
6906 Leimen bei Heidelberg
Telefon (0 62 24) 7 60 71-73
Telex 4 66 612 hufurd

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

scheinlich ist, daß solche Schmerzerlebnisse immer wieder mit dem Zahnarzt in Verbindung gebracht werden. Zum Trost sei erwähnt: auch Zahnärzte haben Angst vor dem Gang zum Kollegen, rund 1/3 von ihnen verhält sich ähnlich vermeidend wie ihre Patienten.

Dabei müßte alles nicht so schlimm sein und manches Drama im Sprechzimmer ließe sich vermeiden - vorausgesetzt, Arzt und Patient bemerken die Angst und nehmen sie wahr. Dann könnten die phantasierten Befürchtungen ausgesprochen werden, der Arzt könnte informieren und darüber aufklären, was tatsächlich zu erwarten ist; ein wichtiger Schritt zum Angstabbau - denn Phantasien übertreffen bekanntlich die Realität bei weitem.

Gerade bei der Behandlung von Kindern, deren Arzt-Begegnungen Langzeitwirkung auf das Gesundheitsverhalten haben, ist Ehrlichkeit oberstes Gebot. Beruhigende Beteuerungen, daß alles nicht so schlimm kommen werde, obwohl dann Schmerzen folgen, sind wirkungslos. Im Gegenteil, sie fördern Spannung, Angst und Mißtrauen.

Hilfreich für den Angstabbau können auch Entspannungsübungen sein, die dem autogenen Training ähneln. Das A und O jeder Behandlung liegt freilich darin, eine Vertrauensbeziehung zum Patienten aufzubauen. Die damit verbundene Zeit-Investition zu Behand-

lungsbeginn erweist sich für beide Seiten als besonders lohnend. Der größere Zeitaufwand zu Anfang wird durch einen komplikationslosen, befriedigenden Verlauf der Behandlung mehr als ausgeglichen. Bei einer ausführlichen Anamnese vor Beginn der Behandlung erfährt der Zahnarzt zudem, in welche Lebenssituation er hineinbehandelt. Muß die "große Sanierung" tatsächlich noch vor der Amerikareise, vor der Hochzeitsfeier oder nach einem Todesfall in der Familie durchgezogen werden? Einschlägige Untersuchungen warnen davor. Ohnehin unterliegt, so fanden mehrere Wissenschaftler heraus, die Verträglichkeit mancher Zahnprothese starken psychogenen Einflüssen.

Ein weiteres Untersuchungsergebnis widerspricht vielleicht dem Klischee, wonach der Zahnarzt vor allem an Gebührenordnung und an seinem Kontostand interessiert sei. Die große Mehrheit der praktizierenden Zahnmediziner, so zeigt eine Umfrage, wünscht sich eine intensivere psychologische Ausbildung, um der Arzt-Patient-Beziehung besser gewachsen zu sein. Erstaunen kann das nicht. Denn die Angst der Patienten steckt an - auch den Zahnarzt. Die Patientenangst, die sich gleichsam auf den Behandler überträgt, kann zum gefährlichen Dauerstreß, zum Gesundheitsrisiko für den Zahnarzt werden. Die offene Auseinandersetzung mit der Patienten-Angst, wie sie zum

Beispiel das tiefenpsychologische Balint-Seminar ermöglicht, ist also der beste Schutz vor übergroßen Streß-Belastungen im zahnärztlichen Alltag. Beiden, Arzt und Patient, käme der angstfreiere Umgang zugute.

Jörg Kaspar Roth*

* Der Verfasser ist als Psychotherapeut tätig und als Autor von Fachbüchern bekannt, z.B. "Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen", (Piper-Verlag).

Zahnärztliche Öffentlichkeitsarbeit mit Intelligenz, Charme und kompetenter Ausstrahlung

DARUM DAZ

Richtig verstandenes Praxismarketing ist berufsrechtlich unbedenklich

Wer den Denkfehler in der Gleichung Praxismarketing = Werbung erkannt hat, wird einem Praxismarketing den gebührenden Stellenwert beimessen. Derjenige, der recht verstandenes Praxismarketing betreibt, verstößt dabei in keiner Weise gegen das ärztliche Berufsrecht. Im Grunde verfolgen beide gleiche Ziele: Dem Wohl des Patienten zu dienen und ihn in den Mittelpunkt stellen.

Niemand kann es dem Arzt verwehren, sich die "Brille des Patienten" aufzusetzen und alle Bereiche eines Praxismarketing adäquat zu strukturieren. Das fängt an bei einer patientenfreundlichen Gestaltung der Räume, geht über ein hilfreiches und entge-

genkommendes Mitarbeiterteam und endet bei einer reibungslosen, zu einer Zeitersparnis führenden Praxisorganisation, die vor allem dem Patienten zugute kommt.

Ein Siegeszug eines Praxismarketing wird erst dann möglich sein, wenn Praxismarketing als seriös, berufsrechtlich zulässig sowie erfolgsbringend angesehen werden kann. Dazu versuchen die meisten Veröffentlichungen über Praxismarketing beizutragen. Insbesondere setzt eine erfolgreiche Anwendung des Praxismarketing voraus, Arztpraxen in legitimer Weise als "Unternehmen" verstehen zu dürfen, die auch um des eigenen ökonomischen Erfolges willen Managementstrategien anwenden.

Arzt und Wirtschaft, 12/88, S. 33

Welche Wirkungen haben Urteile auf die KZV'en

K. Schwarz-Marty

Um es vorwegzunehmen: Bis jetzt nicht die geringsten.

Über folgenden Sachverhalt hatte das Sozialgericht Düsseldorf zu entscheiden:

Im November 1986 behandelte der Kläger einen Patienten. Er nahm bei diesem die Wiederherstellung von Zahnersatz vor. Die zuständige Betriebskrankenkasse hatte den Heil- und Kostenplan im Oktober 1986 genehmigt. Nach Eingliederung des Zahnersatzes rechnete der Kläger die durchgeführte ZE-Behandlung mit seiner ZE-Abrechnung im November 1986 der Beklagten (der KZV Nordrhein) gegenüber ab.

Die KZV verweigerte die Abrechnung mit dem Hinweis auf eine angeblich fehlende medizinische Begründung. Sie behauptete, sie sei berechtigt, auch bereits genehmigte Heil- und Kostenpläne auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen.

Dieser Ansicht widersprach der Kläger und erhob folgerichtig Klage vor dem zuständigen Sozialgericht Düsseldorf mit dem Antrag, den streitgegenständlichen Behandlungsfall abzurechnen und den sich daraus ergebenden Kassenanteil an den Kläger auszuzahlen.

Mit Urteil vom 06.01.88, AZ S 2 Ka 139/87, gab das Sozial-

gericht dem Zahnarzt recht.

Das Sozialgericht hielt fest, daß es die Ablehnung der Abrechnung des streitgegenständlichen Behandlungsfalles durch die KZV für rechtswidrig erachtet. Da es sich bei der Behandlung um eine ZE-Behandlung gehandelt hat, die durch die zuständige Betriebskrankenkasse mit Heil- und Kostenplan genehmigt wurde, unterliegt diese Behandlung nach § 2 der Anlage 12 zum BMV-Z nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Für die KZVen bedeutet dies klipp und klar, daß sie lediglich berechtigt sind zu überprüfen, ob die vom Zahnarzt durchgeführte Behandlung der von der Betriebskrankenkasse genehmigten entspricht und ob die von ihm vorgelegte Rechnung sachlich und rechnerisch richtig ist. Für diese Feststellung ist eine medizinische Begründung der Behandlung aber nicht notwendig.

Mit der in § 2 der Anlage 12 zur BMV-Z getroffenen Regelung ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung vor Genehmigung einer im Heil- und Kostenplan aufgeführten ZE-Behandlung auf die Krankenkasse zulässig verlagert worden mit der Folge, daß die von der Krankenkasse getroffene Entscheidung auch für die KZVen bindend ist.

Mit diesem eindeutigen Urteil

hat das Sozialgericht Düsseldorf im Ergebnis die gefestigte Rechtsprechung des Landesozialgerichtes Nordrhein-Westfalen bestätigt.

Die Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse stellt einen sogenannten Verwaltungsakt dar. Verwaltungsakte sind nach Gesetz "Verfügungen, Entscheidungen oder andere hoheitliche Maßnahmen, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft, und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet sind." Ein Verwaltungsakt ist also stets darauf gerichtet, subjektive Rechte zu begründen, aufzuheben, abzuändern oder verbindlich festzustellen. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkassen stellt also keine unverbindliche Meinungsäußerung dar, sondern begründet rechtserheblich das subjektive Recht des Zahnarztes auf Abrechnung dieses Heil- und Kostenplanes.

Da Verwaltungsakte also rechtserheblich sind, haben sie auch einem allgemeinen Rechtsgrundsatz zufolge Bindungswirkung auf andere verwaltungsrechtliche Institutionen. Als solche versteht sich auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Obwohl ihr bzw. zumindest den dort beschäftigten Juristen die Bindungswirkung dieser Verwaltungsakte bekannt ist, spielt sie sich nach wie vor als eine "Kassationsinstanz" auf. Sie ist der

Ansicht, daß sie Verwaltungsakte anderer öffentlicher Körperschaften, ohne eine eigene Sachentscheidung, aufheben kann. Daß diese Praxis rechtswidrig ist, ist nun zum wiederholten Male gerichtlich festgestellt worden.

Dennoch kann nicht darauf vertraut werden, daß die KZV Nordrhein ihre rechtswidrige Praxis aufgeben wird. Dies liegt nicht zuletzt auch daran, daß das deutsche Recht lediglich subjektive Grenzen der Rechtskraft kennt. Dies bedeutet, daß die Feststellungswirkung eines Urteils nur zwischen den betroffenen Parteien (inter partes) eintritt. Eine Rechtskrafterstreckung auf Dritte bzw. andere gleichgelagerte Fälle, gibt es grundsätzlich nicht.

Demzufolge hat die KZV Nordrhein, wie auch nicht anders zu erwarten gewesen ist, gegen dieses Urteil Berufung eingelegt. Es gibt sicher genug juristische Feinheiten, um die Rechtskraft des Urteils vom 06.01.88 bis zum Wirksamwerden der Strukturreform vom 01.01.89 hinauszuschieben.

Ein leider völlig legales "Trauerspiel", das auch noch auf Kosten der Zwangsmitglieder, der Zahnärzte, von der KZV aufgeführt wird.

Anschrift der Verfasserin:
Karin Schwarz-Marty
Rechtsanwältin
Hauptstr. 51
7860 Schopfheim

Möglicherweise nicht immer legal

Rechtsstreit des DAZ-Pressereferenten Dr. Till Ropers gegen die Zahnärztekammer Niedersachsen wegen Übertretung des Verbots allgemeinpolitischer Betätigung endete jetzt mit einer Schlappe für das Bunke-Schirbort-Regime

Nachdem jahrelang in dem von Freiem Verband, KZV und Kammer gemeinsam herausgegebenen niedersächsischen Zahnärzteblatt immer wieder Beiträge ohne gesundheits- und berufspolitischen Bezug, meist als unverhüllte Werbung für die CDU, veröffentlicht worden waren, erhob DAZ-Pressereferent Dr. Till Ropers, Steinkirchen, Klage vor dem Verwaltungsgericht mit dem Ziel, "die Beklagte zu verurteilen, für die Dauer der Mitgliedschaft des Klägers es zu unterlassen, sowohl allein als auch gemeinsam mit anderen Einrichtungen politische Stellungnahmen abzugeben, die außerhalb ihres gesetzlichen Aufgabenbereiches liegen."

In der Klageerwiderung hatte die Zahnärztekammer Niedersachsen selbstherrlich erklärt, sie würde sich "auch weiterhin" im Rahmen des gesetzlich Erlaubten bewegen wollen, was also die Bewertung einschloß, ihr bisheriges Tun sei immer legal gewesen.

Diese Klage wurde - juristisch schwer nachvollziehbar - mit der Begründung abgewiesen, in den drei Jahren seit Klageerhebung sei kein gravierender Verstoß mehr festgestellt wor-

den. Zu dieser Begründung hatte sich das Gericht erst nach äußerst zögerlicher Terminierung entschließen können.

Die Berufungsklage von Dr. Ropers endete nun mit einer bemerkenswerten Unterwerfungserklärung:

"Die Kammer hat seit der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 17. Dezember 1981 einen Lernprozeß durchlaufen. Sie habe die jetzt entwickelten Rechtsgrundsätze möglicherweise nicht stets eingehalten vor der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes. Sie werde in Zukunft bei allen öffentlichen Stellungnahmen diese Grundsätze strikt einhalten."

Der DAZ wird die weitere Entwicklung in Niedersachsen mit Aufmerksamkeit beobachten - und nicht nur dort: in einer Klage vor dem bayerischen Verwaltungsgericht hatte 1983 der DAZ-Vorsitzende Dr. Gerd Ebenbeck eine ähnliche Entscheidung durchsetzen können.

Anmerkung der Redaktion: Dieser Vorgang ist Berufspolitik und wäre wichtig genug, im niedersächsischen Zahnärzteblatt veröffentlicht zu werden.

Erst nachdenken, dann investieren

– Tips für Praxisanfänger

U. Frenzel

Als wir, mein Mann und ich, 1981/82 Räume für eine Praxis suchten, schwebten uns 120 bis 160 m² Neubau mit individueller Einteilbarkeit vor.

Wir hatten viel gelesen über Planung und Gestaltung, Seminare zu diesem Thema besucht und verschiedene Konzepte verglichen. Fast ein Jahr lang hatten wir intensiv gesucht, jeden Rohbau mit gewerblichem Anteil begutachtet, viele Bauvorhaben im Münchner Süden angeschaut, die für eine Praxis angeblich geeignet waren und viele Praxisübernahmen in Erwägung gezogen.

Durch Zufall bekamen wir eine Alterspraxis angeboten, die nicht einmal 70 m² Grundfläche hatte und haben's damit probiert.

Weder die Größe noch die Aufteilung waren optimal für uns, planerische Konzepte, wie sie uns vorher vorgeschwebt hatten, waren damit nicht zu verwirklichen. Es war zwar möglich, zwei zahnärztliche Arbeitsplätze zu schaffen, aber das Wartezimmer war winzig, die Rezeption eine Theke im

Flur, ein Personalraum, getrennte WCs oder gar getrennte Flure für verschiedene Funktionsbereiche fehlten völlig.

Trotzdem sind wir heute, nach fast sechs Jahren, mit der Lösung immer noch sehr zufrieden, im Hinblick auf die Sparpläne, die uns die Zukunft bringen wird, sogar recht glücklich.

Langer Rede kurzer Sinn: Die Zeichen der Zeit stehen auf Sparen und die optimale Praxisgestaltung muß sich dem unterordnen.

Kein Neuanfänger, besonders in einem Zahnarzt-Ballungsgebiet wie Oberbayern, sollte mehr als unbedingt nötig Schulden machen. Die Grenze sollte heute, meine ich, bei 100.000 DM Gesamtinvestitionsvolumen liegen und nur in wirklich guten Lagen oder bei der Übernahme eines gesicherten Patientienstammes höher sein. Die Miete einer kleinen Praxis ist naturgemäß niedriger als die Miete einer großen und man braucht nicht so viel Inventar, was auch sparen hilft. Dentalgeräte gibt's gebraucht

sehr viel billiger und die Schränke können auch vom Schreiner oder Küchenhersteller sein. Nachrüsten kann man immer und sofort - die meisten Depots stellen einem im Bedarfsfall noch in der gleichen Woche einen neuen Stuhl auf - wenn man sieht, daß der Umsatz die Erwartungen übertrifft.

Ich denke, wir werden in Zukunft sehr viel weniger verdienen, aber dafür auch etwas mehr Zeit haben; Zeit für kleine zahntechnische Arbeiten vielleicht oder für Verwaltung.

Davon ausgehend würde ich zur Einrichtung eines kleinen Labors raten (Poliermotor, Trimmer, Rüttler, Handstück mit Motor, Luftbläser, Drucktopf), aber einen Verwaltungscomputer als zwar heißgeliebtes Spielzeug, aber nicht vorrangig nötig, abtun.

Die Option für einen zweiten Arbeitsplatz sollte möglichst gegeben sein (Anschlüsse etc.); ein Kleinröntgengerät genügt für den Anfang; ein kleines Wartezimmer, in dem nicht lange gewartet werden sollte, ein kleiner Steri-Punkt.

Die Praxisatmosphäre, die sehr wichtig ist, wird nicht von der Modernität der Geräte bestimmt, auch wenn man kein Doriot-Gestänge mehr benutzen sollte, weil es bei vielen Patienten besondere Angst hervorruft. Die Atmosphäre wird optisch bestimmt durch die

verwendeten Farben und das Licht und sollte unabhängig vom persönlichen Geschmack heiter, hell und freundlich sein. Sie wird akustisch bestimmt durch den Ton von Zahnarzt und Helferin und evtl. von Hintergrundmusik und sie wird vor allem bestimmt von der Beziehung, die zwischen dem Arzt oder der Helferin und dem Patienten besteht - das alles kostet kein oder wenig Geld.

Also Vorsicht beim Investieren! Zeit ist in Zukunft vielleicht kein so wichtiger Faktor mehr, wenn es mehr Zahnärzte und weniger (bezahlte) Arbeit gibt. Jede Investition darauf abklopfen, ob die Kosten-Nutzen-Relation stimmt, ob die kleine Zeitersparnis ihr Geld wert ist.

Vorsicht in dieser Hinsicht auch mit Versicherungstilgungsmodellen! Der Steuersatz, mit dem die Anbieter die Vorteile dieser Modelle herausstreichen, wird schon heute kaum erreicht, in Zukunft sicher noch weniger.

Andererseits hat man durch die jahrzehntelange Bindung einen evtl. plötzlich belastenden Klotz am Bein.

Vielleicht ist es heute nicht mehr so wie früher als Banken auf die einfache Tatsache hin, daß man Zahnarzt ist, locker eine halbe Million und mehr Kredit gaben und so mitschuldig wurden am Scheitern manch eines Kollegen, der einfach

ein schlechter Kaufmann war.

Vielleicht ist es heute auch nicht mehr so, daß man, verführt und geschmeichelt von den geschickten Komplimenten geschulter Dentalverkäufer, selbstüberheblich wesentlich mehr investierte als man eigentlich wollte.

Falls es aber doch noch so oder so ähnlich ist, ist meine Warnung wichtig, falls wir, statt für den Schuldendienst der Bank, lieber für unseren privaten Bereich und unsere persönliche Vorsorge unser

Geld verdienen wollen.

Und - wie gesagt - nachinvestieren kann man immer, wenn es auch erstaunlich ist, wie sparsam und wohlüberlegt man später von seinem Haben-Konto das Geld ausgibt, das einem anfangs vom Schulden-Konto so locker von der Hand ging.

Konkrete Spartips und Adressen von günstigen Firmen bei der Verfasserin: Tel. 773716

Dr. Dr. Ursula Frenzel
Kidlerstr. 33
8000 München 70

Wir sind in der Form, um für Sie anzutreten.

In Gelddingen ist es kaum anders als im Sport. Engagement, hartes Training und überdurchschnittliche Leistung machen den Meister. Das wissen die BfG:Kundenbetreuer. Und das merken die BfG:Kunden. Zum Beispiel an der Beratungsqualität und der Flexibilität der BfG. Reden Sie mit uns. Wir sind Ihre Bank.



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

Praxiscomputer — warum?

R. Tödtmann

Schon wieder ein Anwenderbericht? - Ja - aber keine Betriebsanleitung! Computer in der Zahnarztpraxis haben ihre Berechtigung, darüber braucht man nicht mehr zu streiten. Für den Zahnarzt stellt sich heute die Frage, welches System die größte Einsparung an Arbeitszeit, die höchste Systemverfügbarkeit und die größte Genauigkeit in der Verwaltung bietet. Erst dann kann er die Preiswürdigkeit eines Computerangebots prüfen und eine betriebswirtschaftlich fundierte Entscheidung treffen. Deshalb will ich hier mein Computersystem nicht in allen Einzelheiten darstellen, sondern die Systemeigenschaften herausstellen, die den Verwaltungsaufwand bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung in meiner Praxis am stärksten reduzieren.

Entscheidend für den Einsatz eines Computers in meiner Praxis war, daß jede Quartalsabrechnung $1\frac{1}{2}$ Behandlungstage kostete und die Abrechnung der Heil- und Kostenpläne sowie der Privatbehandlungen etwa 2 Wochen nach Behandlungsende auf sich warten ließ. Diese Mängel lassen sich nur begrenzt durch erhöhten Personaleinsatz abstellen. Es müssen Arbeitsmittel eingesetzt werden, die den Arbeitsaufwand entscheidend reduzieren.

Anforderungen

An mein Computersystem stellte ich folgende Anforderungen:

Ich wollte (auch selbst) damit komfortabel arbeiten können, Daten eingeben, aktualisieren, in Listen und Statistiken zusammenfassen usw., ohne in meinen gewohnten und bewährten Denk- und Arbeitsabläufen gestört oder gar behindert zu werden. Das heißt, das Programm mußte flexibel und intelligent sein, möglichst viele Informationen verknüpfen und auf dem Bildschirm sichtbar machen. Dazu gehören z.B. die Karteikarte, Heil- und Kostenpläne, Terminpläne und Befunde. Logischerweise sollte die Eingabe, wo immer notwendig, vollständig gegen die BEMA-, BUGO- und BEL-Abrechnungsbestimmungen geprüft werden.

Ich wollte meine Karteikarte weiterhin am Patienten führen, andererseits aber am Bildschirm die gleichen Informationen zur Verfügung haben, wie persönliche Eintragungen, die nicht in der Abrechnung auf dem Krankenschein erscheinen, aber auf dem Bildschirm eindeutig als solche identifizierbar sind. Durch den Computereinsatz sollten die Praxisfehlzeiten auf ein Minimum herabgesenkt werden.



*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.: 09 41 / 7 30 07

Büro Straubing
Tel.: 09 4 21 / 8 11 99

Die Entscheidung

Alles dies habe ich im Kollegenkreis besprochen. Nach hartnäckigem Hinterfragen ergaben sich für mich bedeutende Einschränkungen der meisten Systeme: Die Speicherung von Karteikartendaten über Jahre hinweg war nicht möglich. Die Daten wurden nach Andruck in der Abrechnung entweder ausgelagert oder einfach gelöscht. Der Druckvorgang blockierte den Rechner, so daß bei Quartalsabrechnung der Computer manchmal über einen Tag für Datenein- und -ausgabe nicht zur Verfügung stand und somit doch wieder ein Arbeitsstau vorhanden war.

Ein Freund machte mich auf das System der Firma Dataconcept aufmerksam, das er seit 1986 benutzt. Es ist nicht wie die meisten anderen IBM-kompatibel und läuft nicht auf MS-DOS-Basis. Dadurch hat es gegenüber diesen gewisse Vorteile. In erster Linie ist es hinsichtlich der Speicherkapazität unbegrenzt erweiterbar, der Drucker blockiert nicht die Eingabe von Daten und mehrere Programme können von der Maschine parallel an einem Bildschirm abgearbeitet werden. Durch ein Datenverwaltungssystem ähnlich einer Datenbank wird die Maschine auch mit zunehmender Datenflut nicht langsamer. Außerdem ist das System tatsächlich mehrplatzfähig, das bedeutet, mehrere Benutzer können jederzeit (auch gleichzeitig) auf die jeweils aktuellen Daten

zugreifen und nicht, wie in den Netzwerksystemen, erst nach einem zeitaufwendigen Datenübertragungsprogramm.

Schon bei einer ersten Prüfung des für mich entscheidenden Leistungsumfanges war ich beeindruckt. Die Vorführung brachte aber einige zusätzliche Merkmale ans Tageslicht, die ich bis dahin selbst nicht gefordert hatte. So war der Umfang der Information, die auf der EDV-Karteikarte gespeichert werden kann, wesentlich größer. Neben den Leistungen, den Diagnosen, den Heil- und Kostenplänen sowie den PAR-Plänen und der Terminplanung konnte ich mir die geschriebenen und offenen Rechnungen, die Korrespondenz mit Datum und Inhalt, alle jemals erbrachten Leistungen und Befunde der Vergangenheit anzeigen lassen. Daneben ließen sich nach den verschiedensten Kriterien Listen und Statistiken zusammenstellen. Der außergewöhnliche Vorteil ist allerdings, daß man zwischen verschiedenen Programmen hin und her springen kann, um alle patientenbezogenen Informationen abzufragen, die für eine Entscheidung gebraucht werden.

Erfahrungen

Heute, nach zweijährigem Einsatz dieses Systems in meiner Praxis, halte ich diese Systemeigenschaft für ganz wesentlich. Ich habe ihre Bedeutung für die tägliche Routinearbeit damals nicht auf Anhieb

erkannt. So können Patienten und Leistungen eingegeben werden, während die Quartalsabrechnung oder eine Statistik erstellt und gedruckt wird. Wenn ein komplizierter Heil- und Kostenplan entwickelt wird, und gerade dann ein Patient seine Rechnung begleichen möchte, wechselt man in ein Parallelprogramm, schaut in die entsprechenden Patientendaten und verbucht die Zahlung. Anschließend kann mit nur einem Tastendruck ohne die sonst üblichen Wartezeiten an dem Heil- und Kostenplan weitergearbeitet werden. Man kann also wie mit Karteikarten arbeiten, von denen gewöhnlich mehrere vorliegen und findet automatisch zu jedem Patienten alle Daten vor. Dadurch reduziert sich der Zeitaufwand an der Rezeption ganz entscheidend. Anfallende Daten werden sofort in den Computer eingegeben. Damit wird der Computer auch zum zentralen Informationsmittel. Meine Mitarbeiterinnen haben diese Arbeitsweise sehr schnell akzeptiert. Insbesondere in der Lernphase konnte damit der Arbeitsdruck, bedingt durch die Notwendigkeit, alle Patientendaten neu zu erfassen und die fehlende Routine im Umgang mit dem System, abgefangen werden. Das System wird jetzt auch für schnelle Informationen verwendet, denn das Suchen einer Karteikarte ist umständlicher als der Aufruf von Patientendaten am Computer.

Ein zentrales Programm ist für jedes Zahnarztcomputersystem

die Leistungseingabe. Leistungen können direkt in die Karteikarte eingetragen werden, aber weit weniger aufwendig auch fortlaufend im Diktatstil. Dabei können die Karteikarte, bestehende Termine und ZE/PAR-Pläne in einem Bildschirmfenster eingesehen werden. Die Zuordnung der Leistungen zu laufenden ZE/PAR-Plänen erfolgt automatisch und wird damit auch in den Statistiken wirksam. Die Prüfung der Eingabe ist vollständig, so daß ein Prüflauf vor der Quartalsabrechnung nicht notwendig ist und die damit verbundenen Probleme entfallen.

Das System hat also alle Voraussetzungen, um die Daten meiner Praxis ständig zu aktualisieren. Damit habe ich auch die notwendige Sicherheit, um auf manuell geführte Kontrollbücher wie die Prothetikkontrolle, die Rechnungskontrolle, die Laborkontrolle u.a. zu verzichten. Vor allen Dingen kann ich mich jetzt selbst sehr einfach und schnell informieren, die Qualität meiner Praxisverwaltung kontrollieren und beeinflussen.

Hierzu bietet das System einige fest im Programm verankerte Möglichkeiten, aber auch einige frei wählbare Selektionsmöglichkeiten. Wichtig sind die Kontrollen der Datenstrukturen durch das Programm selbst. So sind jederzeit die Patienten darüber abrufbar, die einen Krankenschein abgegeben haben, aber keine Lei-

stungseintragung in der Karteikarte für das laufende Quartal zeigen.

Ebenso können alle Patienten mit noch nicht abgerechneten Privatleistungen aufgerufen werden. Bei konsequenter Benutzung der Computerwarteliste können am Tagesende auf einen Blick die Patienten identifiziert werden, für die keine Leistungen eingetragen wurden.

Alle Informationen sind auf Listen darstellbar. Bei Anzeige auf dem Bildschirm sind alle patientenbezogenen Daten sofort im Zugriff und können bearbeitet werden. Nach Abschluß der Kontrollarbeiten kann ich in der ursprünglichen Selektion mit den nächsten Patienten weiterarbeiten. Dieser Vorgang ist beliebig oft wiederholbar. Dasselbe gilt für die Tagesstatistiken. Auch hier kann ich direkt einen Fehler oder eine Unklarheit markieren und in der Karteikarte korrigieren. Ebenso habe ich die Möglichkeit, eine Selektion meiner Leistungsdatei für beliebige Perioden auf einzelne Leistungen, Leistungsgruppen (Röntgen) oder Leistungsabfolgen vorzunehmen.

Um diese Statistiken umfassend erstellen und nutzen zu können, brauche ich alle Informationen, die ich jemals eingegeben habe. Dies ist dadurch möglich, daß keine Daten gelöscht oder ausgelagert werden müssen, falls die Speicherkapazität der Festplatte erschöpft sein sollte. Durch

einfaches Anstecken einer weiteren Platte oder Austausch einer vorhandenen Platte kann die Kapazität des Systems beliebig erweitert werden. Das Datenverwaltungssystem sorgt dafür, daß Zugriffsgeschwindigkeiten nicht zum Problem werden. Ich muß also nicht entscheiden, welche Daten gelöscht oder ausgelagert werden sollen, und könnte prinzipiell auf konventionelle Karteikarten als Archiv verzichten. Der Rechner enthält somit ein universelles Nachschlagewerk, in dem ich auch nach Jahren noch nachschauen kann, wieviele Termine ein Patient versäumt oder abgesagt hat und wie oft er in diesem Zeitraum angemahnt werden mußte. Es können auch alte Rechnungen oder Heil- und Kostenpläne nochmals erstellt werden.

Durch den Kauf dieser EDV-Anlage bin ich in die Lage versetzt worden, meine Praxis im verwaltungstechnischen Bereich problemlos auch bei personellen Engpässen aufrechtzuerhalten. Ich brauche während der Quartalsabrechnung nicht mehr auf die Behandlung der Patienten zu verzichten. Allein dadurch gewinne ich im Jahr sechs Behandlungstage.

Als besonders angenehm empfinde ich es, daß auch mit mehreren Programmen weitergearbeitet werden kann, während Krankenscheine oder andere längere Listen gedruckt werden. Die Quartalsabrechnung bringt also keinen Computerausfall für die Verwaltung. Die Abrechnungsda-

ten selbst stehen bis zur nächsten Quartalsabrechnung und damit auch zu einer genauen Kontrolle der KZV-Abrechnung nach Berücksichtigung eventuell zurückgekommener Scheine noch zur Verfügung.

Finanzielle Aspekte

Die Kollegen, die sich heute für Angebote von EDV-Anlagen um DM 10.000,- entscheiden, müssen bedenken, daß sich Wartezeiten (Zeiten, die durch interne Rechenzeiten des Systems entstehen), bei 220 Ar-

beitstagen pro Jahr, an so einem System bei einer Betriebszeit von fünf Jahren zu beachtlichen Summen aufaddieren können und der Leistungsumfang eines solchen Systems auch nur durch Zukauf weiterer Hard- und Softwaremodule wächst. Eine zunächst hohe Investition von DM 25.000,-- stellt sich dann als wesentlich preiswerter heraus.

Anschrift des Verfassers:

Rolf Tödtmann
Oldenburger Str. 291
2902 Rastede

Stärkung der Kollegialität und Zusammenarbeit mit allen anderen Ärzten

DARUM DAZ

Sieben Todsünden der Praxis-Führung

1. Verfehlte Standortwahl bei Niederlassung in einem Umfeld mit persönlich unvereinbarem Publikum.
2. Selbstverleugnende Versuche, es allen Patienten im täglichen Praxisablauf und bei der Gestaltung einer Praxis rechtmachen zu wollen.
3. Fehlgriffe beim Personal und nicht genügend marketingorientierte Helferinnen.
4. Verschenkte Chancen bei der richtigen Selbstdarstellung von Praxisleistungen.
5. Illusionen über die wahre Beurteilung der eigenen Praxisleistungen durch Patienten.
6. Unterentwickeltes und vernachlässigtes Marketing mit Überweisungspartnern.
7. Künstliches, dressiertes oder allzu kompromißhaftes Verhalten des Arztes gegenüber Patienten ohne ausreichende Glaubwürdigkeit.

Arzt und Wirtschaft 12/88, S. 32

Das hatte er noch nicht erlebt

Günter Windschild, altgedienter sozialpolitischer Spitzenjournalist des WDR, Kollegen außerhalb des Sendebereichs bekannt als Kolumnist der "Anderen Meinung" in der ZM und kritisch loyaler Begleiter zahnärztlicher Standespolitik, konnte noch dazulernen:

Er hatte eine Einladung als Diskussionsleiter beim Kölner "Decksteiner Kreis" angenommen, Thema "Strukturreform: Fortschritt oder Rückschritt". Als Teilnehmer hatten fest zugesagt: MdB Thomae (F.D.P.), MdB Becker (CDU), Schmidt (DGB), Sandler (BDB), Brinkmann (VDZM), Ernst (DAZ).

Leider sagten die beiden MdBs von F.D.P. und CDU kurzfristig ab, wegen plötzlicher "Terminschwierigkeiten".

Ein bestimmter Verdacht kam auf, als die Bezirksstelle Köln zwei Häuser weiter zum selben Thema zum Abend ebenfalls die Kollegen einlud. Absolut unüblich an einem Dienstagabend, da Bezirksstellenveranstaltungen seit eh und je mittwochs stattfinden. Und dann klingelte auch bei Herrn Windschild das Telefon. Herr Kammerpräsident Osing persönlich erkundigte sich, ob er denn wisse, mit wem er sich da an einen Tisch zu setzen gedenke. Er wußte!

Sein Kommentar: "Heute abend bin ich Moderator, ab morgen bin ich wieder Journalist."

Und wir wundern uns, woher die Zahnärzte so schlechte Presse haben.

Die Redaktion

Gesundheit unter der Apartheid

— Reisebericht

W. Beck
R. Schlömer

Auf Einladung der "national and dental association of South Africa" (NAMDA) besuchten wir die Republik Südafrika. Im Rahmen einer 11-tägigen Rundreise hatten wir Gelegenheit, die gesundheitliche Versorgung in den schwarzen Town-Ships von Johannesburg, Kapstadt, Port Elisabeth, East-London und Durban, sowie dem Home-Land Ciskei gegen die medizinische Versorgung der weißen Bevölkerung abzuwägen.

Wesentliche Erkenntnis ist die extreme rassenspezifische Diskrepanz in den Chancen, ein gesundes Leben führen zu können:

- Tuberkulose, Magen-Darm-Infektionen, Erkrankungen der Atemwege u.a. entstehen auf dem Boden katastrophaler Lebensbedingungen.
- In den Notunterkünften der schwarzen Town-Ships drängen sich mehr als zehn Menschen in einem Raum, teilen sich fünfzehn Familien und mehr einen Wasseranschluß im Freien, fehlt die Elektrizität. Dies trifft nicht nur

für die mehr als zwei Millionen Einwohner Sowetos zu, sondern kennzeichnet die Lebensbedingungen aller schwarzen Town-Ships und Home-Lands, den ausschließlich als Wohngebiet zugewiesenen Arealen für die schwarze Mehrheit (13 Prozent der Staatsfläche für 75 Prozent der Bevölkerung). Gleichzeitig lebt die Mehrheit der Weißen in den grünen Vorstädten in kaum vorstellbarem Luxus.

- Die Apartheid gipfelt in einer Ungleichheit der medizinischen Versorgung. Einem weißen Arzt stehen 400 weiße Patienten gegenüber, während das Verhältnis bei den Schwarzen 1 : 9.000 ist. Noch eklatanter ist das Mißverhältnis in der zahnmedizinischen Versorgung, die für die meisten schwarzen Bewohner noch nicht einmal als Notversorgung existiert. Wir haben in einer Entbindungsstation in Durban schwangere Schwarze unter, neben den Betten, zu zweit in einem Bett liegen sehen, das gleiche Bild im 2.800-

Betten-Krankenhaus von Soweto. In Sichtweite davon das Krankenhaus für die Weißen unterbelegt, geschlossene Abteilungen mangels Patienten. Die Aufnahme Schwarzer wird auf Anfrage verweigert.

Deutsche und österreichische Studenten und junge Ärzte nutzen offenbar diese Situation besonders in der Gynäkologie, Geburtshilfe und Chirurgie für ihre eigene Karriere aus. Die schwarzen Studenten der Medical School der Universität von Natal klagten, daß ihnen durch deren Einstellung Arbeitsplätze entzogen würden, dies betreffe insbesondere die in der Antipartheidbewegung engagierten Kommilitonen.

Die Aufrechterhaltung der Apartheid auch im Gesundheitswesen stellt eine ungeheure Verschwendung finanzieller Mittel dar. Die regionale und rassische Unterteilung der Gesundheitsbehörden - allein vierzehn Gesundheitsminister sind im Amt, für jede Rasse gibt es eigene Krankenwagen etc. - läßt keinerlei vernünftige Planung des Gesundheitswesens zu und blockiert u.a. auch die Einrichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes, wie er von den oppositionellen Gruppierungen gefordert wird.

Andererseits hat uns tief beeindruckt, mit wieviel Sachverstand, Zuversicht und Konsequenz die in der Antipar-

theidbewegung engagierten Gruppen aus dem Bereich des Gesundheitswesens sich auf die Zeit nach der Beseitigung der Apartheid vorbereiten, wobei einer vorbeugenden Gesundheitsfürsorge der Vorrang gegeben wird. Die Krankheiten sollen am Ort ihres Entstehens bekämpft werden, in den Slums und an ungesicherten Arbeitsplätzen.

Schon heute existieren selbstverwaltete Kliniken, Ernährungsberatungsstellen u.a. in den Town-Ships. Zahlreiche Organisationen bemühen sich durch entsprechende Aufklärung und andere Maßnahmen dafür zu sorgen, daß es nicht wie in vielen anderen Ländern Afrikas nach der Befreiung zu einem gefährlichen Aderlaß an ausgebildetem medizinischen Personal kommt.

In den von ständigen Attacken der Armee bedrohten schwarzen Vororten werden medizinische Selbsthilfegruppen aufgebaut, weil während der Razzien alle Zugänge abgeriegelt werden und medizinische Hilfe von außen dadurch unmöglich wird. Großes Ansehen genießt in diesem Zusammenhang die bundesdeutsche Hilfsorganisation medico international in Frankfurt am Main.

Wir fordern medizinische und zahnmedizinische Organisationen und Körperschaften auf, im Rahmen ihrer Möglichkeiten Druck auf das Apartheidregime in Pretoria auszuüben. Nachdem die englischen und amerikani-

schen Ärzte und Studenten Südafrika meiden, sollten sich Bundesärztekammer und Bundesverband der Deutschen Zahnärzte dafür einsetzen, daß deutsche Studenten und Ärzte nicht zur Konkurrenz für schwarze Kolleginnen und Kollegen im Apartheidsstaat werden. Die Forderung des akademischen Boykotts (Austausch von Wissenschaftlern und Studenten), die von sämtlichen nichtrassistischen Organisationen Südafrikas erhoben wird, muß von allen ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen konsequent und in beiden Richtungen verfolgt werden.

Die Bundesärztekammer als eines der einflußreichsten Mitglieder im Weltärztebund fordern wir auf, diesen zu verlassen. Der Weltärztebund unterstützt durch seine Aufnahme des von der UNO nicht anerkannten Home-Lands Transkei als Vollmitglied das Apartheidregime und dessen Politik

der Ausbürgerung aller Schwarzen aus Südafrika und Verbannung in Reservate, von wo aus sie als billige Arbeitskräfte zur Verfügung stehen.

Eine Verschlechterung der Lebens- und Wohnbedingungen der Mehrheit der schwarzen Bevölkerung ist nicht vorstellbar und wird auch von dieser nicht befürchtet. Wirtschaftliche Sanktionen können deshalb nur die herrschende und wohlhabende weiße Minderheit treffen. Diese ist es auch, die sie fürchtet.

Wir rufen zu Spenden für "medico international" Obermainanlage 7, 6000 Frankfurt/M. 1, Postgirokonto Köln 6999-508 auf.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Winfried Beck
Atzelbergstr. 46
6000 Frankfurt 60

... ganz **einfach**

"Für eine **einfache** Maßnahme, wie z.B. für eine kleine Reparaturarbeit am Zahnersatz oder eine problemlose Zahnextraktion darf auch nur eine **einfache** Gebühr berechnet werden."

Erläuterung zur GOZ, Drucksache 276/87

Die **einfache** Leistung soll unter, die Leistung im Regelfall mit und die schwierige über dem Schwellenwert abgerechnet werden."

Dr. Pohl, Justitiar des BDZ und der KZBV

"Ist eine Leistung **einfach** zu erbringen, soll der **einfache** Satz berechnet werden."

Info-Kassette des FVDZ in Niedersachsen

Die Zahnärzteschaft im Nationalsozialismus

— ein Briefwechsel

Betr. "Forum "Nr. 20, Editorial (Seite 5)+Buchbesprechung
Seite 83

Sehr geehrte Herren Kollegen,

als Angehöriger des Jahrganges 1921, der von 1939-1945 als Marineoffizier Kriegsdienst leistete, 1946 Abitur und 1950 Staatsexamen ablegte, gehöre ich zu denjenigen, die über die fragliche Zeit ein Urteil abgeben können.

Warum Sie ausgerechnet in Ihrem "Forum", das ich wegen der Sachlichkeit der Aussagen und Kommentierungen zahnmedizinischer Themen, einschl. der Standespolitik sehr schätze, ein Thema vorgeben, das von kompetenterer Seite-Kriegsverbrecherprozesse, Entnazifizierung etc.-seit 43 Jahren in grosser Ausführlichkeit behandelt wurde, ist mir unerfindlich.

Für meine Generation, sowohl vorige und nachfolgende, hat nie ein Zweifel daran bestanden, dass Verbrechen, die während der nationalsozialistischen Herrschaft begangen worden sind, bestraft werden mussten- nicht nur aus Selbstreinigungsgründen. Ich verwehre mich aber dagegen, dass jemand, der nicht in dieser Zeit gelebt und auch gelitten hat, sich anmasset, Aussagen über die "geistig- ideologische Grundhaltung " der Hälfte der ÄrzteundZahnärzteschaft dieser Zeit zu machen.

Nach meiner Kenntnis war ein Grossteil der damals tätigen Ärzte und Zahnärzte zum Kriegsdienst eingezogen und hatten in Russland und auf anderen Kriegsschauplätzen ebenfalls einen hohen Blutzoll entrichten müssen.

Ich bezweifle nicht, dass auch Ärzte und Zahnärzte an schlimmen und verwerflichen Verbrechen beteiligt waren, diese sind aber mit Sicherheit gefasst und verurteilt worden.

Abgesehen davon, dass es meines Wissens keine standeseigene Geschichtsschreibung gibt, bestand und besteht keine Tabuisierung und Verdrängung in dieser Frage bei der "etablierten" Zahnärzteschaft, zu der ich mich zähle.

Wenn ein Kollege glaubt, das Buch von Kirchhoff 40 000 Kollegen einschl der " Ruheständler " mit Anteilhabe zumuten zu können, so kommt er zu spät, zumal er von der Gnade der späten Geburt mehr als ausreichend bedacht wurde.

Ich spreche auch der " Vereinigung Demokratische Zahnmedizin" das Recht ab, für die gesamte Zahnärzteschaft zu sprechen.

Dass diese Vereinigung existiert, hat sie u.a. meinen Generationen zu verdanken, die diesen Staat wieder aufgebaut haben. Das nicht nur, um selbst wieder auf die Beine zu kommen, sondern um unserem Land Dienst und Respekt zu erweisen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Rolf Lemmer
Deutschherrenstr. 73
5300 Bonn-Bad Godesberg

Dr. Christian Nielsen

Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

8.5.88

Sehr geehrter Herr Kollege Lemmer,

Ihre Reaktion war die kritischste in einer Reihe von Rückmeldungen auf das Editorial im FORUM 20, in dem ich Respekt für die NS-Dokumentation der 'Vereinigung Demokratische Zahnmedizin' äußerte. Wenn ich die Situation richtig einschätze, teilt die Mehrheit der Kollegenschaft Ihre Auffassung, das Thema 'Medizin im Nationalsozialismus' sei ausführlich genug behandelt worden und bedürfe keiner weiteren Erörterung. Ich bin anderer Meinung und möchte Ihre Entgegnung beantworten. Dabei bitte ich Sie erneut, diese nun aufgeflammete Diskussion nicht als Verletzung des gesunden Standesempfindens, sondern als Suche nach der historischen Wahrheit anzusehen.

Die medizingeschichtliche Forschung der Zeit 1930-45 ist für den ärztlichen Bereich relativ fortgeschritten. Für die zahnärztliche Geschichtsschreibung bedeutet KIRCHHOFFs Sammelband jedoch erst einen Überblick. Es kann dabei nicht (mehr) um Schuldzuweisungen, um die späte Suche nach Mittätern gehen, sondern um die Erinnerung an die Opfer medizinischen Handelns, um die Aufdeckung der Wurzeln, aus denen eine 'Medizin ohne Menschlichkeit' erwächst. Diese Arbeit hat bisher nur bruchstückweise stattgefunden.

Ihr Vertrauen in die reinigende Wirkung der 'Entnazifizierung' teile ich nicht. Vielmehr bestätigen zahlreiche historische und soziologische Untersuchungen die enge Verstrickung der Ärzte und Zahnärzte in den Faschismus, die durch 'Persilscheine' allein nicht gelöst wurde. Nur der faktenbezogene Disput, die ehrliche Analyse und die Bereitschaft zur Mitverantwortung können Klärung bewirken, wo jahrzehntelang offizielle Verdrängungsstrategien vorsahen, Gras über die Sache wachsen zu lassen. Der Berufstand versuchte, sich an seiner Vergangenheit vorbeizumogeln.

Auch diese Diskussion hat ihren Platz im FORUM, das sich durch Mut zu unbequemen Wahrheiten, durch Sachlichkeit und Unabhängigkeit auszeichnen soll. Daß beim Thema 'Zahnmedizin und Faschismus' auch Aspekte des sogenannten Historikerstreits, ja zusätzlich Generationskonflikte auftauchen, kann der Ehrlichkeit der Auseinandersetzung nur dienlich sein. Betrachten Sie es deshalb bitte nicht als 'Anmaßung', wenn jüngere

- 2 -

Kollegen, die 'nicht in dieser Zeit gelebt und gelitten' haben, es genau wissen wollen. Unsere Erfahrungen mit den Zeitzeugen sind vielfach schillernd. Mein Vater zum Beispiel hat mir nur spärliche, subjektive, wohl ausgewählte Informationen hinterlassen. Mein Berufsstand noch weit weniger. Deshalb dürfen Sie uns unsere Hellhörigkeit nicht verübeln, wenn heute feststeht, daß Ärzte und Zahnärzte am frühesten, am aktivsten die NS-Bewegung unterstützt haben. Kein anderer akademischer Berufsstand hat sich freiwillig mit annähernd 50% in NSDAP, SS oder SA organisiert.

Die ZAHNÄRZTLICHEN MITTEILUNGEN von 1935 belegen, wie selbstverständlich man es empfand, daß nicht-arische Kollegen ihrer Praxen beraubt wurden, ihre Lehrstühle verloren. Es ist heute unzweifelhaft, daß die meisten Ärzte und Zahnärzte von den Verbrechen an Behinderten, Juden, Ausländern wußten. Daß Zahnärzte nicht direkt an Sterilisationen, Euthanasie und Experimenten beteiligt waren, war keine Folge ethischer Stabilität, sondern fachbedingter Zufall. Über speziell-zahnärztliche Sonderbehandlungen geben EUGEN KOGONS 'SS-Staat' oder KIRCHHOFFs Sammelband Auskunft.

Muß nicht bei der offensichtlichen Bereitschaft, das NS-System in dieser besonderen Weise zu unterstützen, eine 'geistig-ideologische Grundhaltung' bestimmend gewesen sein? Hat es in unserem Stand eine Art Widerstand gegeben? Wie zeigte sich Berufsethik, auf die wir uns bis heute so vollmundig berufen? Was haben wir aus unserer Standesgeschichte gelernt? Welche Traditionen pflegen wir?

Andererseits hat es auch Zahnärzte gegeben, die humanitären Prinzipien ohne Einschränkung treu geblieben sind, die sich der 'Gleichschaltung' widersetzen, die ihre Kollegialität nicht dem Zeitgeist opferten. Auch diese Zeugnisse müssen mit Nachdruck gesammelt und festgehalten werden.

Mit Ihrem Argument des 'ebenfalls hohen Blutzolls der damals tätigen Ärzte und Zahnärzte' habe ich Schwierigkeiten. Insbesondere irritiert mich die Bemerkung: 'ebenfalls'. Soll dadurch vielleicht angedeutet werden, daß ärztliches Unrecht im 3.Reich sozusagen durch eigene Verluste an der Front wettgemacht seien? Ich trauere mit Ihnen um die gefallenen Kollegen, aber ebenso um die anderen 55 Millionen Toten des von Deutschland gewollten Krieges. Nur: Was sind die Konsequenzen daraus? Wie weit dürfen sich Ärzte 'staatstragend' verhalten? Welche Ideologie lenkt sie von ihrer Aufgabe ab, Anwalt des Kranken zu sein?

- 3 -

Die inzwischen beträchtlich erweiterte BDZ-Sammlung PROSKAUER-WITT im Kölner Zahnärztheaus versteht sich auch als zeitgeschichtliches Forschungsinstitut. Weder dort noch bei den Körperschaften, wissenschaftlichen Gesellschaften oder zahnmedizinischen Lehrstühlen hat es bisher jedoch Anstrengungen gegeben, die Rolle der Zahnärzteschaft im Nationalsozialismus in der gebotenen Tiefenschärfe auszuleuchten. Da ist das beflissene Sammeln von Plüsch-Praxen der Jahrhundertwende schon unverfänglicher. Wie tabuisiert die NS-Periode noch immer ist, dürfte sich an den Reaktionen auf die Initiative der Kollegen von der VDZ ablesen lassen. Bisher scheint sich 'bei der etablierten Zahnärzteschaft' die übliche Abwehr- und Rechtfertigungshaltung wiederum zu bestätigen.

43 Jahre, in denen dieses Thema angeblich 'in großer Ausführlichkeit behandelt wurde', blieben weithin ungenutzt. Ist diese 'Scham-Phase' immer noch zu kurz? Wer muß geschont werden? Hätte sich nicht unsere Standesführung inzwischen durchbringen können zu einem betroffenen, glaubwürdigen "Es tut uns leid!", "Wir sind mitschuldig und dürfen so etwas nie wieder zulassen!", "Wie können wir unsere Opfer um Verzeihung bitten?" oder Ähnlichem. Nichts.

Die weitgehend freiwillige Selbst-Gleichschaltung des Standes schon 1933 wird in ihren Motiven, Umständen und Konsequenzen geleugnet. Die Akten über die emigrierten oder deportierten jüdischen oder sonstwie mißliebigen Kollegen verstauben in den Archiven. Der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München wird zum 50. Jahrestag dieser Ereignisse in diesem Herbst der Kollegen gedenken und an das Unrecht erinnern. Wie könnte z.B. die Bayerische Landeszahnärztekammer zu einer entsprechenden Veranstaltung zu bewegen sein?

Ich frage Sie, sehr geehrter Herr Kollege Lemmer:
Wer kommt da zu spät?

Das hilflose Kanzlerwort von der 'Gnade der späten Geburt' kann nur die Gegenthese von der 'Gnade der späten Einsicht' provozieren. Die Reaktion des Präsidenten der Israelitischen Kultusgemeinde Berlin, GALINSKI war die Befürchtung, 'die Gnade der späten Geburt' könne 'zum Fluch des frühen Rückfalls' werden. Die Münchener Ärztin R. JÄCKLE hat 1987 einen der letzten lebenden emigrierten Kollegen befragt. Dr. SCHERMANS Antwort: "Sie sind sehr spät dran. Sie müssen sich beeilen, bevor die nächste Welle rollt."
Auch er ist ein Zeitzeuge.

Die Kollegen der VDZ - deren Programm ich in manchen Punkten nicht teile - haben sich nicht 'zum Sprecher der gesamten Zahnärzteschaft' gemacht. Sie haben vielmehr stellvertretend eine Arbeit geleistet, um die sich die 'etablierte

- 4 -

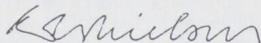
Zahnärzteschaft' bisher herumlaviert hat. Die Entwicklung bei den ärztlichen Kollegen war ähnlich. Ebenfalls durch einen oppositionellen Verband veranlasst, hat sich Bundesärztekammer-Präsident VILMAR 1987 zur unabwiesbaren Dringlichkeit bekannt, mit der diese Thematik auch selbstkritisch aufgearbeitet werden soll.

Ihrer Generation ist der Wiederaufbau nach dem Krieg zu verdanken. Die Existenz der VDZ und - wenn Sie so wollen - auch des DAZ ist hingegen nicht Ihr Verdienst, sondern eher das Ergebnis einer demokratischen Entwicklung in der Bundesrepublik, zu der uns die Westalliierten erst 'erziehen' mußten. Trotzdem scheinen beim 'Wiederaufbau' wohl auch manche ideologischen Trümmer des 3.Reiches wiederverwendet worden zu sein. Einige Kollegen haben bis heute Demokratie weder lernen noch verkraften können. Wie sonst ist z.B. das rüde Verhalten des 'zentralistisch geführten Kampfverbandes' FVDZ gegenüber oppositionellen Kollegen zu erklären? Wie ist der standeseigene Ämterfilz mit demokratischen Prinzipien zu vereinbaren? Wie kann ein FVDZ-Landesvorsitzender so geschmacklos sein, uns Zahnärzte in jüngsten Honorarkonflikten mit den 'verfolgten Juden' zu vergleichen? Derselbe kann ohne schärfste Mißbilligung des BDZ, der KZEBV feststellen, mit dem Bundesarbeitsminister könne man wegen seiner 'geringen Körpergröße nicht auf gleichem Niveau' diskutieren. Beifall des zahnärztlichen Auditoriums. Das ist ungeläuterte faschistische Grundeinstellung, die nur zusätzlich mit charakterlichen Defiziten des Herrn DYGATZ garniert wird.

Ich halte es mit meinen Freunden inner- und außerhalb des DAZ für einen notwendigen 'Dienst an unserem Land' und unserem Stand, die eigene Vergangenheit und deren Traditionslinien zu klären und bewußt zu machen. Das ist keine 'Nestbeschmutzung', im Gegenteil. Das ist auch keine Diffamierung, schon gar nicht die einer Generation des Jahrganges um 1920, die nicht Täter, sondern in besonderer Weise Opfer des Nationalsozialismus wurde. Ich habe Ihre persönlichen Daten 1921 - 1939 - 1946 - 1950 mit Betroffenheit und kollegialer Verbundenheit auf dem geschichtlichen Hintergrund rekonstruiert. Wie, wodurch konnte das alles geschehen? Sind wir in Zukunft davor gefeit?

Viele Fragen! Ich möchte mit Ihnen im Gespräch bleiben.
Mit freundlichem Gruß

Ihr



Zahnärztekammer Hessen hält am „Otto-Loos-Preis“ fest

— Kontroverse um den ehemaligen „Reichsdozentenführer“

B. Hahn

Eine scharf geführte Kontroverse zum Thema Zahnmedizin und Faschismus hat die Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Hessen am 22.4.88 beschäftigt.

Die fünf Delegierten der alternativen "Liste Demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte", welche im Dezember 1987 erstmalig mit 10,3 % der Stimmen aller hessischen Zahnärzte in die Kammer gewählt worden waren, hatten Anstoß daran genommen, daß der "Otto-Loos-Preis" der Landes Zahnärztekammer nach dem ehemaligen "Reichsdozentenführer" benannt wird. Der Preis ist mit 8.000 DM dotiert und wird seit 1967 für herausragende wissenschaftliche Arbeiten sowie neuerdings auch für "besondere sozialpolitische Leistungen" verliehen.

Der Mediziner und Zahnmediziner Prof. Dr. Otto Loos (1871-1936) hatte sich im Juni 1933 den Nationalsozialisten als "Führer der zahnärztlichen Dozentenschaft" zur Verfügung gestellt. Unter seiner Amtsführung erfolgte die Gleichschaltung und Einbindung der

zahnärztlichen Dozentenschaft in den NS-Staat. Er übte dieses Amt bis zu seinem Tode aus.

Ogleich Loos nie Mitglied der NSDAP wurde, bekannte er sich in seiner offiziellen Funktion als Reichsdozentenführer zur "Hochzüchtung" der Wissenschaftler, forderte die "Rassenpflege" als Aufgabe des Staates und wünschte sich die "Ausmerzung der großen Masse Unreifer und Ungeeigneter aus der Universität". (Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 53/1933)

Für die Beibehaltung des umstrittenen Preises sprach sich der Delegierte Prof. Dieter Windecker aus. Er würdigte Loos vor allem als bedeutenden Wissenschaftler und beliebten Institutsdirektor, der "Verantwortung getragen habe, um Schaden von der deutschen Zahnheilkunde abzuwenden und um noch Schlimmeres zu verhindern".

Als Vertreter der "Demokratischen Zahnärzte" beantragte Dr. Rolf Schlömer, den Preis umzubenennen. Er stellte

heraus, daß Loos sich noch im Dezember 1933 in einer Rede wünschte, die Studenten sollten "die Zucht und Ordnung des SA-Dienstes auf ihr Studium übertragen". Dieses obgleich zuvor schon Studenten in SA-Uniformen seinen jüdischen Kollegen Prof. Feiler an Loos' eigenem Institut, dem Frankfurter Carolinum, an der Durchführung seiner Vorlesung gehindert hatten. Feiler mußte 1935 emigrieren.

Auch sei es grotesk, heute einen Preis für "sozialpolitische Leistungen" zu verleihen, dessen Namensgeber "Rassenpflege" und "Ausmerzung" propagiert habe.

Ungeachtet all dieser Argumente stimmte die große Mehrheit der Delegierten in der Kammer den Antrag auf Umbenennung des Preises gegen die 5 Stimmen

der "Demokratischen Zahnärzte" bei 2 Enthaltungen nieder.

Die Mehrheit in der Kammer wird mit 75 % der Delegierten vom "Freien Verband Deutscher Zahnärzte" (FVDZ) beherrscht.

Die Delegierten des Freien Verbandes lehnten nicht nur alle weiteren Anträge der anderen Liste kompromißlos ab. Sie scheuten auch einen 6-stündigen Abstimmungs-marathon nicht, um sicherzustellen, daß kein Vertreter der alternativen Zahnärztegruppierung auch nur in ein einziges Organ der Kammer oder in einen einzigen Ausschuß gelangen könnte.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Burghard Hahn
Mainzer Landstr. 147
6000 Frankfurt/M. 1

***Wiedergewinnung ärztlicher Autorität,
Wiederherstellung des Ansehens unseres
Berufsstandes,
Wiederaufbau des politischen Einflusses***

DARUM DAZ

LITERATURAUSWAHL
ZUM THEMA: MEDIZIN UND NATIONALSOZIALISMUS

1. ARTIKULATOR, Sondernummer 4/83, Hrsg. Vereinigung Demokratische Zahnmedizin
2. BAADER, G., SCHULTZ, U.: Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition? Berlin (West) 1980
3. BROMBERGER, H., MAUSBACH, H., THOMANN, K.-D.: Medizin, Faschismus und Widerstand. Köln 1985
4. GIORDANO, R.: Die zweite Schuld oder Von der Last Deutscher zu sein. Hamburg 1987
5. Herausgeberkollegium: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik. Bd. 1-4, Berlin 1986
6. JÄCKLE, R.: Die Ärzte und die Politik. München 1988
7. KIRCHHOFF, W. (Hrsg.): Zahnmedizin und Faschismus. Marburg 1987
8. KLEE, E.: Was sie taten - Was sie wurden. Frankfurt 1986
9. KUDLIEN, F.: Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985
10. MITSCHERLICH, A., MIELKE, F.: Medizin ohne Menschlichkeit. Frankfurt 1960
11. Müller, I.: Furchtbare Juristen. München 1987
12. MÜLLER-HILL, B.: Tödliche Wissenschaft. Die Aussonderung von Juden, Zigeunern und Geisteskranken 1933-45. Reinbek 1984
13. RICHTER, H.E.: Leben statt Machen. Hamburg 1987
14. RUNDBRIEF IPPNW, Sondernummer 11/87: Medizin unter dem Nationalsozialismus. Berlin 1987
15. WUTTKE-GRONEBERG, W.: Medizin im Nationalsozialismus. Würmlingen 1982

Freundlicher, fleißiger, schwäbischer **Assistent** gesucht. DAZ-Mitglieder unerwünscht. Zuschr. unter DZW ...

Die Zahnarzt Woche 16/88

Besuchen Sie unsere monatlichen Studiengruppen- treffen!

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

Impressum

Das DAZ-FORUM erscheint viermal jährlich. Auflage 1.700 Stück.

Das DAZ-FORUM ist das offizielle Organ des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde DAZ. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.

Das DAZ-FORUM wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ-FORUM, soweit die Auflagehöhe das zuläßt.

Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ-FORUM sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.

Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung wird aber nicht zugesichert.

Redaktion:
Dr. Jürgen Heidtkamp, Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg

Zuständig für Annoncen:
Dr. Wolfgang Lell, Hermann-Geib-Str. 59a, 8400 Regensburg

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

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

- Berufsverband** Der DAZ ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.
- Aufbau** Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in 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:
und
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.

Kennen Sie das andere Deutschland?

Wenn nicht, können Sie dieses Defizit vielleicht mit einer

Fortbildungsreise

abbauen.

Vom 16. bis 18. November 1988 findet in Karl-Marx-Stadt der VIII. Kongreß der Gesellschaft für Stomatologie der DDR statt.

Unter dem Hauptthema

"Die Stomatologie im konzeptionellen Wandel"

werden Fragen der Epidemiologie und Ätiologie der Karies und Periodontalerkrankungen behandelt sowie

"Methoden und Weiterentwicklung der zahnärztlichen Diagnose und Therapie", Traumatologie und Implantologie, alternative Füllungswerkstoffe u.a.

Interessenten mögen sich bitte wenden an:

OMR Doz. Dr. sc. med. Walther
Ärztl. Direktor d. Fach-Poliklinik f. Stomatologie
Faleska-Meinig-Str. 2/4, Karl-Marx-Stadt, 9047 DDR

10 Jahre DAZ



REGENSBURG

lädt ein
zur Jahreshauptversammlung
am 8. und 9. Oktober 1988

Geplantes Programm:

Festvortrag: 10 Jahre DAZ-Entwicklung einer innerständischen Opposition

Fachvorträge: über den neuen PA-Vertrag aus fachlicher und abrechnungstechnischer Sicht

Die Tagesordnung der JHV wird später bekanntgegeben.

Zwischendurch: Besichtigung der schönen Altstadt von Regensburg und deren Wirtshäuser -

Um die Planung effektiv durchführen zu können, bitte ich alle Kolleginnen und Kollegen, die nach Regensburg kommen wollen, den anhängenden Coupon ausgefüllt an mich zu senden (auch die Mitglieder der SG-Oberpfalz!!)

An die

Servicestelle des DAZ
Donaustauer Straße 25
8400 Regensburg

Zutreffendes bitte unterstreichen!

An der JHV am

8. und 9. Oktober 1988 nehme ich voraussichtlich mit _____ Personen teil.

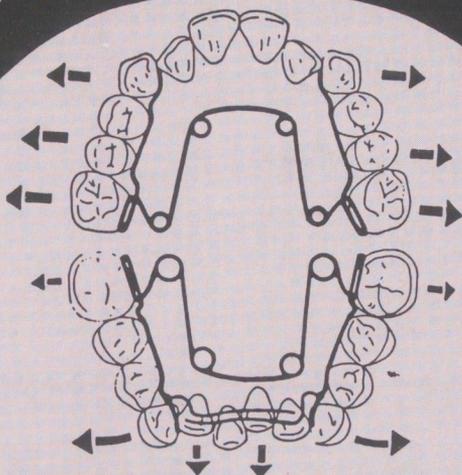
Ich benötige - keine -
Übernachtungsmöglichkeit.
Abholung vom Flughafen

München oder Nürnberg

NEU!

MIA SYSTEM

nach
Bartels

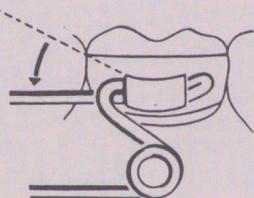


Der bekannte „QUAD-HELIX“ Bogen
+ einige neu entwickelte Zubehörteile ergeben
das

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

QUALITÄT
FORSCHUNG
SERVICE

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

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 CENTRAL IST GRUPPENVERSICHERUNGSPARTNER DES DAZ

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

Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot:

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße/Haus-Nr.

Geburtsdatum

Geb.-Dat. der Ehefrau

Zahl der Kinder

Telefon

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



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, Donaustaufferstr. 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 21

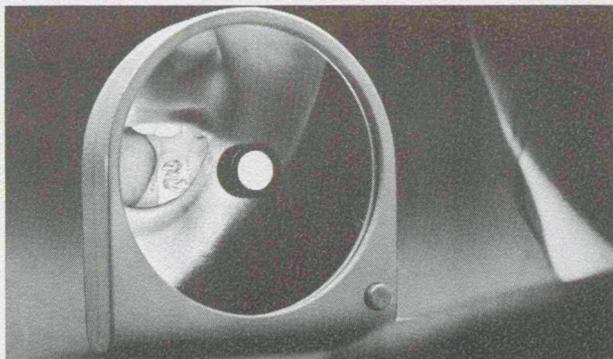
Unerlässlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht- Spiegel



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

Für Praxis und Patient!

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



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



PROFIMED GmbH

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

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE

Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München 70