

---

# DAZ FORUM

---

**Zehn Jahre DAZ**

**Kehrtwende in der  
Individualprophylaxe**

**Qualitätssicherung  
ist Honorarsicherung**

**Wen vertritt der FVDZ?**

**Parodontologie**  
- die gesteuerte gewebliche Regeneration

**Zahn-Perspektiven 1995**

**Zahnärzte üben  
Demokratie**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

Der Kooperationsvertrag mit dem  
Verband der niedergelassenen  
Ärzte Deutschlands  
NAV



# 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**

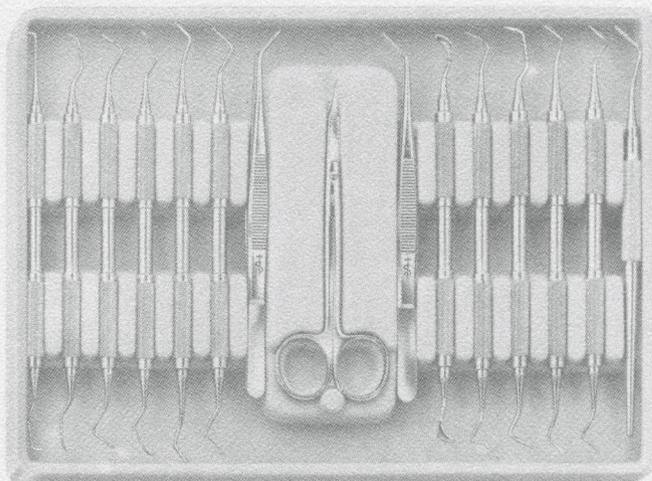
**Im Park 9b**

**04680 Zschadraß**

Ihr  
**AESCULAP®**  
**PARTNER**



**Instrumentensatz für Gingivektomie**  
**Complete Set of Periodontal Instruments**

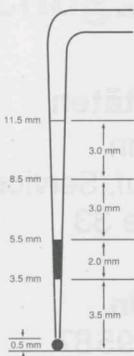


- DB 950 Instrumentensatz für Parodontosebehandlung,  
komplett in Etui DB 951, bestehend aus:
- |        |   |            |
|--------|---|------------|
| DB 521 | 1 Zahnreiner, doppelendig (Fig. 1)          |            |
| DB 522 | 1 dto. (Fig. 2)                             | } Küretten |
| DB 523 | 1 dto. (Fig. 3)                             |            |
| DB 524 | 1 dto. (Fig. 4)                             |            |
| DB 525 | 1 dto. (Fig. 5)                             |            |
| DB 526 | 1 dto. (Fig. 6)                             |            |
| DB 908 | 1 Taschenmarkierpinzette, links             |            |
| DO 251 | 1 Zahnfleischschere                         |            |
| DB 909 | 1 Taschenmarkierpinzette, rechts            |            |
| DB 938 | 1 Gingivektomiemesser, doppelendig (Fig. 7) |            |
| DB 939 | 1 dto. (Fig. 8)                             |            |
| DB 940 | 1 dto. (Fig. 9)                             |            |
| DB 941 | 1 dto. (Fig. 10)                            |            |
| DB 942 | 1 dto. (Fig. 11)                            |            |
| DB 771 | 1 Tiefenmeßsonde                            |            |

**Aktionspreis:**  
**536,80 DM**

+ 14% Mwst.

Neu im Programm  
DB 767 AESCULAP Parodontal-Sonde



Bei Erstuntersuchung der zahnärztlichen Patienten sollte eine Befundaufnahme des Parodontalzustandes durchgeführt werden. Dazu wurde in fachlicher Zusammenarbeit zwischen der FDI und der WHO eine Parodontalsonde entwickelt, welche eine vereinfachte Parodontaluntersuchung ermöglicht.

AESCULAP hat eine Parodontalsonde im Programm, bei welcher die Arbeitsspitze den Empfehlungen der FDI/WHO entspricht.

Das besondere Merkmal der Parodontalsonde DB 767 ist das kugelförmige Ende und die Farbcodierung in den Meßbereichen zwischen 3,5 mm und 5,5 mm an der Arbeitsspitze.

Ein direktes Ablesen der Taschentiefe bis 11,5 mm wird durch die Skaleneinteilung 3,5 mm – 5,5 mm – 8,5 mm – 11,5 mm ermöglicht.

VK-Preis

DM 27,-

**bisico**

Information

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 zuzügl. MwSt.			
		1-2	3-5	6-11	ab12
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 günstigsten Bedingungen des Abrufauftrages mit zusätzlichen Einsparungsmöglichkeiten!  
Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns!

**ACHTUNG!**  
Wichtige Preisinformation



SIEMENS

## Technik der Topklasse – damit das Behandeln richtig Spaß macht

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

Das Ergebnis war SIRONA M1.

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

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



**SIRONA® M1 –  
das einzigartige  
Erfolgskonzept**

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



\*echte Partnerschaft



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

Informieren Sie sich und testen Sie uns

DORNBERGER Computertechnik GmbH

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

Büro Straubing  
Tel.: 09421/81199

# SCHMID UND PAULA



**DENTAL  
LABOR**

Qualität  
und  
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.  
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid<sup>251</sup> Beate Hoffmann  
J. Kutsch Marg Doris  
Bettina Schneider Maria Lank  
Sieglinde Zistler Steve Michaela  
Gerald Peter  
Adele Kallermann  
Kaufke Daniel  
Linda Willhelm  
Renée Günther Wopar Kallmann  
Lips Rüter Schwimmer Mangit  
Günther

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



**Ihr leistungsstarker Partner**

*Reiner  
Habenschaden*  
Zahntechnikermeister

- Zukunftsorientiert
- Modernste Technik
- Perfekter Service

**Margaretenstr. 6a • 8400 Regensburg  
Tel.: 0941/ 2 30 68 (Abt. Proth.)  
2 75 00 (Abt. KFO)**

## ***KFO-Depot***

*Kieferorthop. Fachdepot*

*Hertha Kothrade*

*Telefonnummer  
0941/ 2 75 00*

*Wir verkaufen unter anderem  
Produkte der Firmen:*

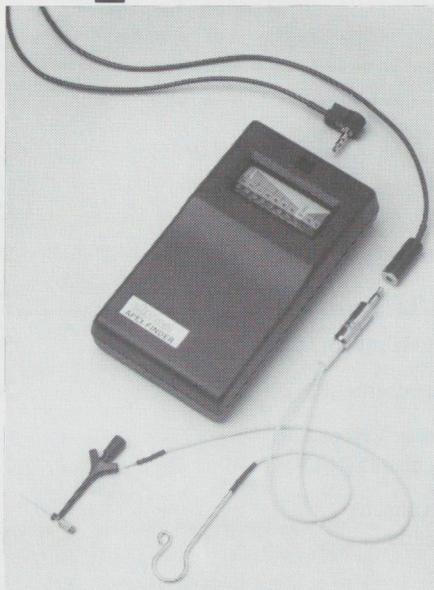
A-Company  
Fa. Böhme (Wachse)  
3M-MEDICA  
Erkodent  
Forestadent  
Krauskopf (Zangen)  
Gebdi  
Morsa  
Ormco  
Ortho Care  
Rocky mountain  
Seitz & Haag  
Scheu-Dental  
Schütz-Dental  
inter-UNITEK  
Ubert  
American Orthodontic

Editorial – zehn Jahre DAZ	287
Es ist 5 nach 12!	290
Kostenerstattung im Namen der deutschen Zahnärzteschaft durchgesetzt!	291
Bema und kein Ende?	292
Bericht über die 10. DAZ-Jahreshauptversammlung	295
Wahlen gewinnen aber Nasen spitz halten!	299
Die Kehrtwende bei der Individualprophylaxe	305
Qualitätssicherung ist Honorarsicherung!	307
Der Kooperationsvertrag mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)	315
Das individuelle Wissen und Können als Kriterium der Qualitätssicherung	321
Zahnärzte üben Demokratie	327
Wen vertritt der FVDZ?	329
Parodontologie - die gesteuerte gewebliche Regeneration	331
Prophylaxe ohne Hilfspersonal - wissenschaftlich belegt?	333
Die stomatologische Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Karl-Marx-Stadt	334
Zahnärztliches Betreuungsprogramm für die Erwachsenen in Karl-Marx-Stadt	337
Behindertenbehandlung in Intubationsnarkose - cui bono?	340
Rechtsunsicherheit beendet	342
Zahnperspektiven 1995	345
Interessante Alternative	
Neues auf dem Versicherungsmarkt	351
Impressum	355



# apexfinder

(vorher: exact-a-pex)



**Vollelektronischer  
Wurzelkanal-  
Längenmesser  
im Taschenformat  
2. Generation**

**verhindert Überinstrumentierung -  
löst schwierige Fälle  
ist zuverlässiger als die Röntgenaufnahme**

**Sensationeller Einführungspreis -  
sofort abschreibungsfähig**

**Fordern Sie den ausführlichen Prospekt an.**

**ellman**

Thudichumstraße 18-22  
Telefon (0 69) 7 89 45 50

produkte

medizin- und dentalhandels gmbh

D-6000 Frankfurt 90

Telex 41 11 17 ellma d



Kompakt-Platz-Aktion '88

## Ultradent Kompakt-Plätze: ergonomisch und ökonomisch.

**S**eit Jahrzehnten gehört Ultradent zu den führenden deutschen Herstellern für elektrodentale Geräte und Instrumente.

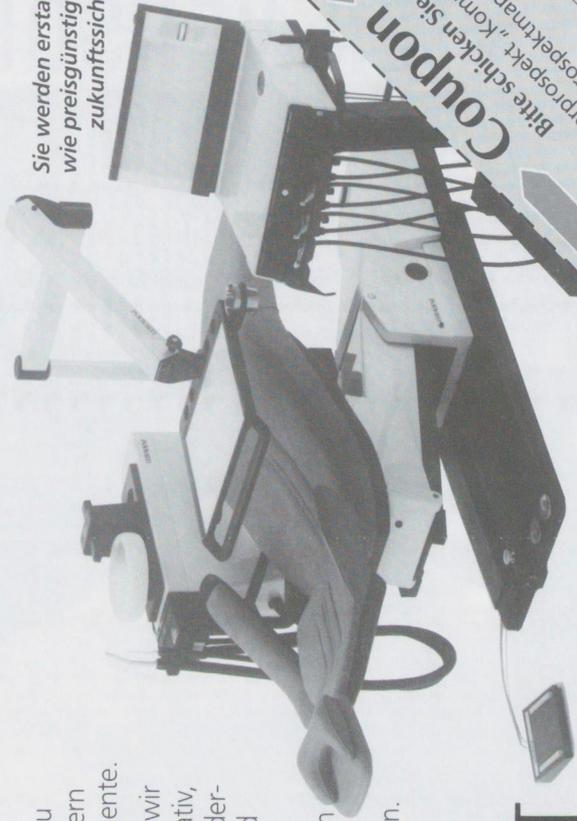
Weil wir kein „Multi“ sind, haben wir uns die Beweglichkeit erhalten, innovativ, schnell und flexibel zu sein. Auch Sonderwünsche realisieren wir individuell und preisgünstig.

Wenn Sie neu einrichten, ergänzen oder modernisieren wollen, dann sollten Sie auch unser Angebot kennen. Ein Preis/Leistungsvergleich lohnt sich sicher für Sie.

# ULTRADENT

ULTRADENT-Fabrik Kutzner & Ostner  
Stahlgruberring 26, D-8000 München 82  
Telefon 0 89 / 42 10 13

Sie werden erstaunt sein,  
wie preisgünstig Sie Ihre Praxis  
zukunftsicher mit neuester  
Dentaltechnik  
ausstatten  
können.



**Coupon**

Bitte schicken Sie mir:  
 den Sonderprospekt „Kompakt-Platz-Aktion '88“  
 die komplette Prospektmappe  die aktuelle Preisliste



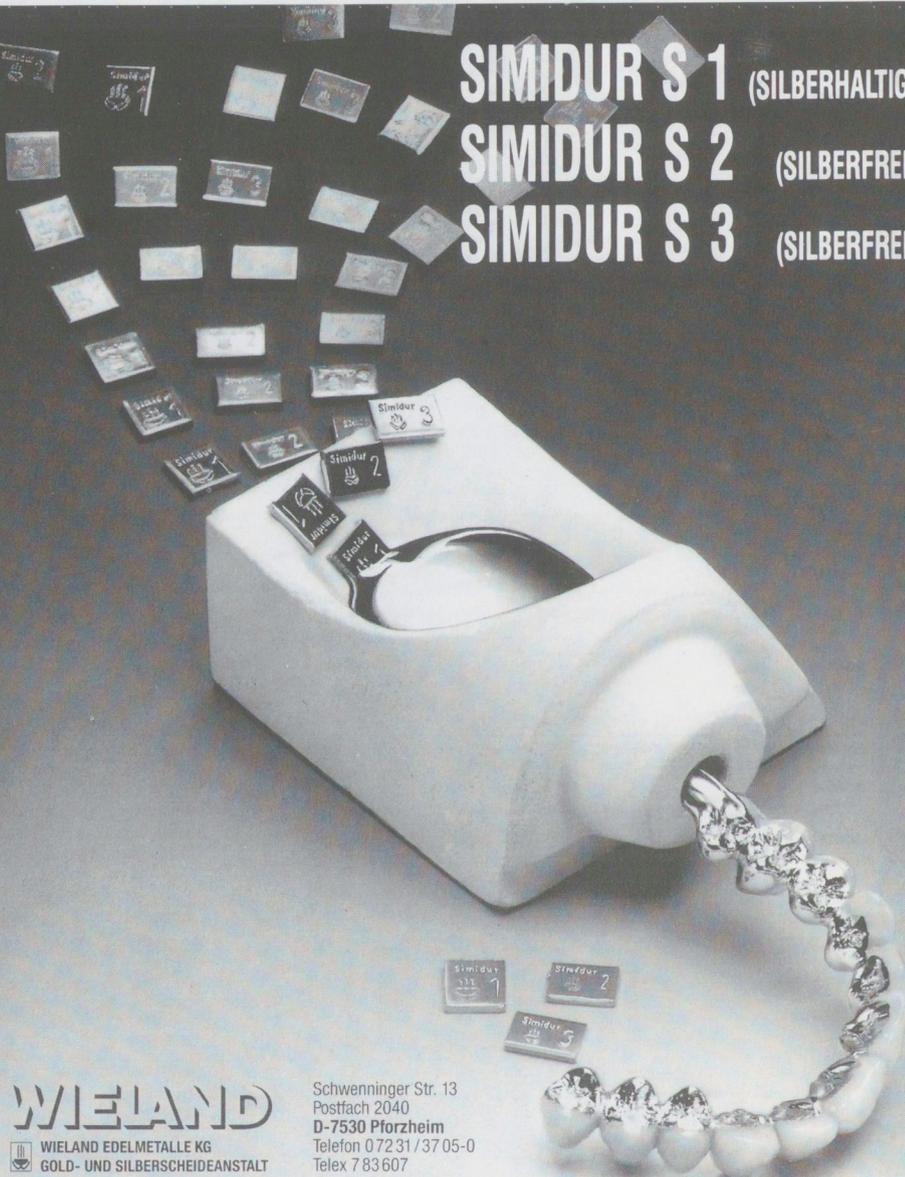
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
ULTRADENT  
Stahlgruberring 26  
D-8000 München 82

# LEGIERUNGEN FÜR DIE RICHTLINIENGERECHTE PATIENTEN-VERSORGUNG

**SIMIDUR S 1** (SILBERHALTIG)

**SIMIDUR S 2** (SILBERFREI)

**SIMIDUR S 3** (SILBERFREI)



**WIELAND**

WIELAND EDELMETALLE KG  
GOLD- UND SILBERSCHNEIDANSTALT

Schwenninger Str. 13  
Postfach 2040  
D-7530 Pforzheim  
Telefon 07231/3705-0  
Telex 783607

# Editorial

## Zehn Jahre DAZ

G. Ebenbeck

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde wurde vor zehn Jahren in Regensburg gegründet mit dem Ziel, innerhalb einer Studiengruppe primär Fortbildung praxisnah zu gestalten. Bereits damals waren die Probleme, mit denen der Berufsstand heute konfrontiert wird, absehbar, so daß es der DAZ als seine Pflicht ansah, auch einen standespolitischen Beitrag gegen die verkrusteten Strukturen zu leisten.

Unsere erste programmatische Schrift, die wir fast alle noch als Mitglieder des Freien Verbandes verfaßten, war dann auch die Leitlinie für weitere politische Aktivitäten. Die anfangs vorhandene Bereitschaft, innerhalb des Freien Verbandes für einen Strukturwandel in der Standespolitik zu kämpfen, wurde in undemokratischer Art und Weise von der Führung des Freien Verbandes verhindert. Hierbei hat dieser Verband Mittel eingesetzt, die bis zur persönlichen Verunglimpfung des einzelnen gingen. Der Freie Verband führte und führt diese Auseinandersetzung bis zum heutigen Tag mit einer unqualifizierten Polemik und in keiner Weise sachbezogen. Dazu kamen Besitzansprüche an gewisse Ämter und Posten, um die einige Vertreter des Freien Verbandes, aber auch Vertreter innerhalb der Körperschaften fürchteten. Sie fürchteten sich vor einer

kleinen Gruppe von zwanzig Zahnärzten, weil diese Kollegen die richtigen Fragen stellten und auch noch die Antworten auf diese Fragen wußten. Diese Furcht, die nach außen als Aufrechterhaltung der Einheit des Berufsstandes verkauft wurde, ging so weit, daß die Standesführung in Bayern zu Mitteln gegriffen hat, die im Bereich der politischen Auseinandersetzung als extrem undemokratisch eingestuft werden müssen.

Hierbei scheuten diese Vertreter weder Zeit noch Geld, in unzähligen landesweiten Rundschreiben an alle bayerischen Kassenzahnärzte diffamierendes Material zu verschicken, um den DAZ politisch zu erledigen. Diese Zeit war sowohl für mich als auch für die anderen Kollegen, die dem Vorstand angehörten, hart, da wir relativ lange brauchten, um zu begreifen, zu welcher Rücksichtslosigkeit die Mehrheit des Berufsstandes und ihre gewählten Führer in der Lage waren. Ganz ohne Zweifel gab es in diesen Jahren häufig Anlaß, darüber nachzudenken, ob es sinnvoll war, einen neuen Berufsverband mit allen Konsequenzen ins Leben zu rufen. Trotz aller Schwierigkeiten würde ich heute im Rückblick sagen, daß der DAZ eine wichtige Funktion erfüllt hat und weiter erfüllen wird. Die DAZ-Gründung war nicht eine Trotzreaktion einiger unverstandener Zahnärzte, sondern ein notwendiger Akt der Demonstration, daß auch im zahnärztlichen Berufsstand Kollegen arbeiten, die sich den demokratischen und liberalen Grundprinzipien unserer Gesellschaft verpflichtet fühlen. Ohne den DAZ wäre die standespolitische Landschaft nicht ärmer, sondern arm. In die Zukunft

blickend, die gekennzeichnet ist von allen bekannten Reglementierungen, wird dem DAZ eine immer wichtigere Aufgabe zuteil werden. Neben allen Funktionen, in denen seine Mitglieder handeln, ist für mich eine Funktion die allerwichtigste: Der DAZ ist ein Verband von Kolleginnen und Kollegen, die neben ihrer Berufserfahrung sowohl geprägt sind von einem kollegialen Verhalten als auch von einer demokratisch-sozialen Grundhaltung. Wir fühlen uns sowohl unserem ärztlichen Handeln als auch der Gesellschaft verpflichtet und werden diese Verpflichtung weiter offensiv und mit Ideenvielfalt vertreten.

Die DAZ-Gründung war also ein notwendiger Akt zur Herstellung und Aufrechterhaltung eines demokratisch-ethischen Bewußtseins im zahnärztlichen Berufsstand.

„Der DAZ wird keine Zukunft haben“, war die damals gebräuchliche Redewendung sog. Standespolitiker. Das Gegenteil ist der Fall. Ohne neue Ideen, ohne kreative Standespolitik hat der zahnärztliche Berufsstand keine Zukunft.

Dieser Berufsstand glaubt, es sich immer noch leisten zu können, sich von Präsidenten und Vorsitzenden vertreten zu lassen, die auf Vorschlag und Protektion eines Verbandes gewählt wurden, dem nicht einmal mehr die Partei zuhört, auf deren Mitgliedschaft der Verbandsvorsitzende so stolz war.

Der Berufsstand ist ins politische Abseits manövriert worden durch eine fal-

sche, egoistische Politik ohne Innovation und Weitblick. Wir brauchen keine Präsidenten, sondern Köpfe an der Spitze des Berufsstandes, die in der Lage sind, uns wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

Das politische Programm des DAZ ist der richtige Leitfaden, uns aus der Sackgasse der Fremdbestimmung herauszumanövrieren. Die Aufgabe von uns allen ist es, dem DAZ auch das politische Gewicht zu geben, Programme und Ideen zu verwirklichen. Der Weg dahin mag noch schwierig sein, aber erfolgreich ist er nur in Kooperation auch mit der ärztlichen Kollegenschaft und all denen, die mit uns verbunden sind, zuallererst mit unseren Patienten und den gesetzlichen Krankenkassen.

Die Schwächung, ja Deformation der Selbstverwaltung zum Ausführungsorgan für den Gesetzgeber ist das derzeit größte Problem. Mit aggressiven Reden auf wirkungslosen Vertreterversammlungen ist dies nicht zu lösen. Wir müssen die fachliche und gesundheitspolitische Kompetenz zurückerobern, die uns nicht ganz zu Unrecht aus den Händen genommen wurde. Das heißt auch, Sachverstand in Parteien zu transportieren, die zur Zeit wenig Neigung haben, diesen anzunehmen.

Trotzdem müssen wir es immer wieder versuchen. Nicht die Standespolitik ist auf lange Sicht das Problem, sondern die Gesundheitspolitik, welche in unserem Land nur als Nebenkriegsschauplatz der Sozialpolitik verstanden wird. Zahnärztliche Behandlung ist teilweise zur finanzpoliti-

schen Manövriermasse auf dem Verschiebebahnhof der Sozialpolitiker degeneriert worden. Während die therapeutischen Möglichkeiten eines ärztlichen Berufsstandes auf dem Spiel stehen, diskutieren unsere Standesvertreter über Strategien und Kampfmaßnahmen, von deren Sinnlosigkeit sie selbst überzeugt sind.

Die wichtigen Fragen, die ungelöst sind, wie Gruppenprophylaxe, Qualitätssicherung und Kapazitätsprobleme werden gar nicht erst behandelt. Die Isolation des Standes ist politisch und gesellschaftlich komplett.

Der DAZ und alle demokratischen Kräfte in unserem Berufsstand sind aufgerufen, diese Isolation aufzubrechen, nicht zuletzt auch, um unsere Patienten über die unsoziale Politik der derzeitigen Regierung aufzuklären. Diese Bundesregierung weiß nicht, wovon sie spricht und was sie in Gesetzen verankert.

Ich wünsche dem DAZ und seinem neuen Vorstand viel Stehvermögen und viele aktive Mitglieder.

*Anschrift des Verfassers:*  
Dr. Gerd Ebenbeck  
Sedanstr. 18  
8400 Regensburg

# Fest im Griff

... haben Sie Ihre Schützlinge mit „JUNIOR-SOFTI“, der kindergerechten Zahnbürste mit dem „Faustgriff“

## JUNIOR-SOFTI

„Die Faust“ bringt eine ganze Menge,

Zum Beispiel:

- Akzeptanz durch Faustgriff (er unterstützt die kindliche Motorik)
- Motivation durch lustige Embleme
- 7 Trend-Farben (entsprechend dem kindlichen Farbensinn)
- Kindgerechte Anbringung in jeder Höhe (selbstklebender Wandhalter)
- Gezieltes Produkt-Design unter Berücksichtigung neuester zahnmedizinischer Erkenntnisse. JUNIOR-SOFTI — die moderne Multituft-Zahnbürste

*Eine echte Motivation*

## PROFIMED GmbH

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

# Es ist 5 nach 12!

Roland Ernst

**Kompetenz, Qualität, Selbstverwaltung** sind einmal Begriffe gewesen, die unter Zahnärzten einen hohen Stellenwert genossen haben. Ihr Verblassen unter der gegenwärtigen Standesführung erzeugt ein Vakuum in unserem Berufsstand, in das berufs-fremde Gruppen und Interessen einzuströmen beginnen.

Mit der Demontage der Selbstverwaltung durch Herrn Blüm und seine Regierung ist nur eine nach außen sichtbare Konsequenz aus diesem Selbst-Gestaltungs-Defizit gezogen worden. Hat man uns in den 50er Jahren mit dem Heilberufsgesetz und der Einrichtung von Körperschaften weitestgehende, fast gesetzgeberische Vollmachten gegeben („Sicherstellungsauftrag“), nimmt man es uns mit diesem Gesetz wieder zurück:

- Die Qualitätssicherung als Kern der Verantwortlichkeit, die ein Beruf der Öffentlichkeit gegenüber hat, abgetan als „Prokrustesbett kollektiver Normen“ - womit sie nichts das geringste zu tun hat, wird mit dem Medizinischen Dienst in die Hände der Krankenkassen gelegt und unserem Einfluß entzogen.
- Die Pflicht zur gerechten Verteilung der Honorare (Honorarverteilungsmaßstab in den Händen der KZV'en!): 75% der Kollegen müssen sich die 44% des „Honorarkuchens“ teilen, den ihnen die 25% der Spitzenumsetzer übrig lassen.
- Die Gruppenprophylaxe, ureigenstes Gestaltungsfeld der Zahnärzteschaft, wird nach Scheitern des Obleutekonzeptes aus

Mangel an Gestaltungswillen und Angst vor Umsatzeinbußen der Zahnärzte in die Hände der Krankenkassen gelegt.

- Die Honorargestaltung - bisher zwischen den Kassen- und Zahnärzte-Spitzenverbänden unter relativ offenen Rahmenbedingungen ausgehandelt, fällt zurück an eine Abteilung des Bundesarbeitsministeriums, die zentralistisch und mit Federstrich regelt - unter sachfremden und rein fiskalischen Kriterien.

Strohhalme zum Stopfen der Milliardenlöcher werden dankbar aufgegriffen. Die Individualprophylaxe, vor Jahresfrist von den Spitzenverbänden noch einstimmig als BEMA-Bestandteil abgelehnt - wird nun als Errungenschaft des Verhandlungsgeschicks der KZBV gefeiert: tatsächlich stammt der Vertrag von den Betriebskrankenkassen und wurde dort federführend vom beratenden Zahnarzt Dr. Gerd Ebenbeck, dem DAZ-Gründungsvorsitzenden, erarbeitet.

Es ist 5 nach 12 - packen wir es doch noch an?

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Roland Ernst*

*Waldblick 2, 2905 Edewecht*

---

*Eine der größten Ungleichheiten, unter denen die heutige Gesundheitspolitik leidet: 98% der Mittel werden für kurative, 2% für präventive Anstrengungen verwendet.*

*(Felix Gutzwiller, SGGP-Ehrenpräsident)*

*Gesundheitspolitische Informationen*

*GPI 3/88, Nr. 4661*

# Kostenerstattung

im Namen der deutschen Zahnärzteschaft durchgesetzt!

Mitte April 1988 entschieden sich die Spitzen der Bonner Koalition unter Vorsitz von Bundeskanzler Kohl überraschend, die Kostenerstattung beim Zahnersatz einzuführen. Sie folgten damit einer seit langem gehegten Forderung unserer Standesvertreter, den Zahnersatz aus der Sachleistung zu nehmen und stattdessen über Kostenerstattung abzurechnen.

Am 16. Juni erklärte der KZVN-Vorsitzende und stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Albers auf der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung in Bonn:

„Nachdem nun aber die *Kostenerstattung* in dem jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf festgeschrieben ist, sage ich Ihnen, meine Damen und Herren, auf Ihre Frage, Herr Cronenberg, *ein uneingeschränktes Ja.*“

Auf der Hauptversammlung des Freien Verbandes am 22. September in Bonn appellierte der Vorsitzende Bieg an die Politiker:

„Verzichten Sie auf das Sachleistungssystem und seine alles erstickende, bürokratische Gängelung, *entschließen Sie sich zu*

*einem generellen Kostenerstattungssystem mit weitgehenden Direktbeteiligungen in sozial vertretbaren Höhen.*“

Im Editorial des Freien Zahnarztes 32, 8/2 (1988) schrieben Pillwein, Bieg und Schad:

„Wir haben *im Namen der deutschen Zahnärzteschaft 1986 die Einführung der Kostenerstattung* bei künftigen Reformvorhaben der GKV *gefordert*“. Sie stellten allerdings fest, daß die Kostenerstattung nicht überall auf Zustimmung stößt.

Die DAZ-Studiengruppe Oldenburg führte im Sommer eine Befragung der zahnärztlichen Basis durch. Eine Frage lautete: „Wie würde sich ein Kostenerstattungssystem auf die wirtschaftliche Lage Ihrer Praxis auswirken?“

Überraschend hoch lag die Antwortenquote. *37,5% der Kollegenschaft in Oldenburg bewerteten die Einführung der Kostenerstattung negativ und 31,25% extrem negativ.* Ebenso wie in Oldenburg erteilte die Kollegenschaft in Westfalen-Lippe der Kostenerstattung eine klare Absage. *m.w.*

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

**Darum:**



Besuchen Sie unsere monatlichen

## **Studientreffen!**

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung  
standespolitische Information  
und das kollegiale Gespräch*

## **Bema - und kein Ende?**

D. Hartmeyer

In der „Zahnärztwoche“ (DZW) vom 26.10.1988 war auf Seite 2 zu lesen, ein Computervergleich des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (PKV) habe ergeben, daß der von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) durchschnittlich geleistete Satz dem 1,46 fachen der GO-Z entspricht. (Soll der durchschnittliche Kassensatz bei 1,46 liegen, so kann man davon ausgehen, daß der VdAK-Satz ungefähr dem 1,5 fachen GO-Z entspricht). Offensichtlich spekuliert man in der PKV darüber, wie man auf den Zug ständiger Abwertungsbestrebungen kassenzahnärztlicher Leistungen aufspringen kann, um die eigene Gewinnspanne zu vergrößern. Was natürlich nicht daran hindert, in der Werbung die höheren Ansprüche

und das Mehr an Service, das der Privatpatient erwarten kann, herauszustellen. In der Tat rechnet der Privatversicherte mit einem höheren Maß an Zuwendung, Entgegenkommen bei der Terminabsprache und Zahlungsfristen von 6–8 Wochen. Weiterhin hat die PKV das Recht, die Risiken umfangreicher Sanierungen durch Zuschläge auf den Patienten abzuwälzen oder den Vertragsabschluß von vorneherein abzulehnen.

All dies erscheint Anlaß genug, Bema und GO-Z einmal leistungsbezogen gegenüberzustellen. Anhand der folgenden Zahlen kann sich jeder Kollege ausrechnen, ob er zu solchen Honoraren noch parodontologische oder prothetische Leistungen erbringen kann.

Ein Kommentar erübrigt sich wohl ...

	VdAK-Bema	GO-Z x 1,5
<b>1. Konservierende Behandlung</b>		
a) L1, Cp, F1, F2, F3	147,84	138,60
+ Politur	+ 0,00	+ 19,80
	<u>147,84</u>	<u>158,40</u>
b) St + F4	90,05	80,85
+ Politur	+ 0,00	+ 9,90
	<u>90,05</u>	<u>90,75</u>
c) I, bMF		
2 x Vit E		
2 x WK		
2 x WF	196,22	215,33
d) Einzelkrone		
20 b + 19 b	228,48	259,05
<b>2. Chirurgie</b>		
x 1	13,44	11,55
x 2	20,16	18,15
x 3	47,04	41,51
Ost 1	73,92	57,75
Ost 2	104,83	89,10
<b>3. PAR-Behandlung</b>		
a) 47-41 offene Kürettage:		3x409+4x410+L1+I+7x415
7xP200+L1+I+111	322,56	299,40
b) 47-41 geschlossene Kürettage		7x407+L1+I+7x415
7xP200+L1+I+111	322,56	155,85

	VdAK-Bema	GO-Z x 1,5
<b>4. Prothetik</b>		
a) Dreigliedrige Brücke		
KBK + 3x19b		
+ 4x24c	647,81	551,10
b) Totalprothese		
OK + UK ohne 98 d	954,24	867,90
c) UK Cover Denture		
Teleskopkrone		
auf 33,43 OK Totale		
2x19b		
6x24c	1569,79	1362,90
d) OK Modellgußprothese	3	30
z. Ersatz d. Zähne	96b	130
16, 15, 25, 26, 27	98g	80
	98h72	80
	= 430,08 DM	= 267,30
e) Dieselbe mit	3	
Kronen-Blöcken	96b	
auf 13/14, 23/24	98g	
+ RSS-Geschiebe	98h/2	
	4x91b	
	4x19b	
	2x93/3	
	12x24c	
	= 1593,98	= 1247,40

# Bericht über die 10. DAZ-Jahreshauptversammlung in Regensburg am 7., 8. und 9. Oktober 1988

H. Brosch

Die diesjährige Jahreshauptversammlung wurde deshalb nach Regensburg gelegt, weil dort am 15.10.78 die erste Jahreshauptversammlung stattfand.

**Solange gibt es doch tatsächlich den DAZ!**

Damals hatte die Studiengruppe Regensburg, Arbeitskreis für Zahnheilkunde - zwar noch nicht „Deutsch“ genannt, aber entsprechend den Kämpfen der ersten Stunde mit bundesweitem Anspruch - ihre Mitglieder und einige wenige Gäste aus München in den Heuport-Saal geladen.

In diesem Jahr trafen die Teilnehmer am Freitagabend auch aus den entferntesten Bereichen der Bundesrepublik beim Schrammel-Wirt in Pentling vor den Toren Regensburgs ein; die teilweise zahlreich erschienenen Oberpfälzer Mitglieder mußten in der Minderheit bleiben. Dieser Abend diente dem Kennenlernen und dem persönlichen Gespräch, wobei aber nicht mehr wie in früheren Jahren jedem neuen Mitglied eigens die Vereinshistorie erzählt werden konnte.

Der nächste Tag, Samstag 9. Oktober, war ganz dem Ablauf der umfangreichen Jahreshauptversammlung vorbehalten.

Kollege *Diwald*, der diese Tagung außerordentlich gut in nachahmenswerter Weise organisiert hatte, begrüßte die Teilnehmer. Als Novum sei vermerkt, daß Dentallabors,

Dentalfirmen und branchenfremde Firmen finanzielle Zuschüsse gaben, nachdem sie die Wichtigkeit dieser Versammlung erkannt hatten, bzw. sie ihnen erkennbar gemacht worden war. Als Kämpfer der ersten Stunde und langjähriger Vorsitzender gab Kollege *Ebenbeck* einen kurzen Überblick über die Entwicklung des DAZ.

Kollege *Kirschner* vom Verband der Zahnärzte in Westfalen-Lippe hielt den Festvortrag unter dem Thema:

„Sinkende Einnahmen - wie lange wirtschaftlich?“

Die Konsequenzen aus diesem computerfundierten und diaunterstützten Vortrag sind wahrlich nicht festlich, besonders nicht für niederlassungswillige oder privat verschuldete Kollegen.

Dem Referenten gebührt der Verdienst, schon früher, nach mühsamen Recherchen, die ungleiche Verteilung des Honorarkuchens veröffentlicht zu haben. Z.B. erwirtschafteten nur 25% der Zahnärzte etwa 70% des Gesamtumsatzes in Bayern oder 25% der Zahnärzte erwirtschafteten 56% des Umsatzes (über KZV) in Westfalen-Lippe. Liegt unter anderem hier ein Ansatzpunkt, um darauf hinzuarbeiten, daß einerseits der durchschnittliche Kostensatz von 151.- DM pro Zahnarztstunde (noch ohne Verdienst) erarbeitet werden kann und andererseits die Krankenkassenpatienten nicht Kronen aus „Dosenblech“ erhalten müssen?

In Anbetracht des stürmischen standespolitischen Jahres fiel der Tätigkeitsbericht des DAZ-Vorsitzenden *Ernst* so konzise - gepickt mit manch feinen Formulierungen - aus, daß allgemein eine Zusammenfassung im *forum* gewünscht wurde. Prophylaxe und Qualitätssicherung und bleiben die Schwerpunkte des DAZ. Die Berichte der beiden Referenten *Witte* und *Nielsen* werden wegen ihrer wichtigen Zusammenfassung und Perspektiven hier wörtlich wiedergegeben. Außerdem wurde noch der Bericht des neuen Referenten für Hochschulfragen *Ahrends* mit dem Schwerpunkt Hospitierung von Studenten, der Bericht des wirklich nicht däumchendrehenden Pressereferenten *Ropers* und auch der Bericht des Referenten für Vertragswesen *Ebenbeck*, der uns einiges erwarten ließ, vorgetragen. Natürlich wurden auch die Regularien eines deutschen Vereins abgehandelt: Bericht des Kassenwartes (Finanzen zur Zeit gar nicht so schlecht), Berichte der Kassenprüfer, Entlastung des Kassenwartes, des Vorstandes, Verabschiedung einer Beitragsordnung und des Haushaltsplanes.

Sehr interessant waren die Berichte aus den einzelnen Studiengruppen, denn daraus sah man, welches geduldete und geförderte Eigenleben die einzelnen Studiengruppen haben: verschiedene Schwerpunkte, mehr oder weniger Kombination von Fortbildung und Standespolitik, Auseinandersetzung mit den Körperschaften und dem FVDZ, Mangel an Informationsfluß.

Das *forum* unter der Schriftleitung von *Heidkamp* soll eine neue Form bekommen, noch ansprechender, nachdem es ja bereits die beste vorhandene Fachzeitschrift ist. Über den Inhalt wurde kaum diskutiert, was auf allgemeine Zufriedenheit schließen läßt.

Die Ergebnisse der Wahlen sprechen für sich und zeigen das Vertrauen in den Vor-

stand: Der erste Vorsitzende *Ernst* wurde einstimmig bestätigt bei 2 Enthaltungen; bei der Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden wurde *Nielsen* bei 2 Enthaltungen neu gewählt, während *Sobanski* bei 1 Enthaltung wiedergewählt wurde. Als Kassenwart und Leiter der Servicestelle mit Ausweitung von geschäftsführenden Funktionen wurde *Die-wald* bei 3 Enthaltungen wiedergewählt. Als Kassenprüfer wurden *Neumann* und *St. Wander* erneut gewählt.

Nach langer Diskussion über Vor- und Nachteile wurde der vorgelegte Entwurf eines Kooperationsvertrages mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) einstimmig angenommen.

Auch dieses Jahr war die Zeit fast zu kurz für die Diskussion über die Berichte des Vorsitzenden und der Referenten und über die standespolitische Zielprojektion des DAZ und über geplante Aufgaben. Mit dem Appell an die Mitarbeit in Verbänden, Körperschaften, Parteien und vor allem in den wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften der DGZMK und in noch zu nennenden praxisbezogenen Projekten endete die Jahreshauptversammlung.

Das gemeinsame Abendessen fand in der sehr gemütlichen Landgaststätte Röhr in Eilsbrunn statt. Das kalte und warme Buffet bot einen kräftigen Abschluß nach einem langen Tag. Der Wirt schickte zur Überraschung noch die 13-köpfige Blaskapelle von Nittendorf in unseren Raum, die gern uns Zahnärzten immer noch eine Zugabe in die Ohren blies. Dies animierte unseren Pressereferenten spontan als Nordlicht auf einer bayerischen Trompete den Zapfenstreich Lilli Marleen zu schmettern.

Der Vormittag des Sonntag bot als Ausklang eine Stadtbesichtigung der alten Reichstadt Regensburg unter sehr kundiger Führung von Frau *Adler*; viel Geschichte

und viele G'schichtln wissen wir jetzt mehr.

Die letzte Stärkung nahmen wir in der historischen Wurstkuchl ein, unmittelbar neben der immer bedächtig und zugleich wirbelnd fließenden Donau.

*Anschrift des Verfassers:  
Dr. Johann Brosch  
Ammerseestr. 6  
8027 Neuried*

## Gelesen:

### **Regelmäßige Nachexamina für Ärzte geplant**

Die medizinische Kommission des Gouverneurs des US-Bundesstaates New York hat dringend empfohlen, alle New Yorker Ärzte Wiederholungsexamina zu unterziehen.

In regelmäßigen Abständen sollen die Ärzte ihre medizinischen Fachkenntnisse in Prüfungen belegen und damit beweisen, daß sie auf dem neuesten Stand des Wissens sind. Derartige Prüfungen hat bislang weder in den Vereinigten Staaten noch in Europa gegeben. Ziel der geplanten Maßnahme ist es, wie es heißt, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, Kunstfehler zu vermeiden und das Vertrauen der Bevölkerung zu den Ärzten zu steigern. In New York wird damit gerechnet, daß die Regelung in Kraft gesetzt wird und daß auch andere amerikanische Bundesstaaten dem Vorbild folgen werden.

Gesundheitspolitische Information  
GPI 1/88, S. 4456

### **Recallstellenwert**

*Folgende Schlüsse lassen sich aus der Literatur ziehen:*

*Nachsorge ist von größter Bedeutung, sowohl in der parodontalen Heilungsphase (den ersten sechs postoperativen Monaten) als auch langfristig. Von zentraler Bedeutung für den Langzeiterfolg sind die Aufrechterhaltung eines hohen Plaquekontrollniveaus durch den Patienten, die individuelle Anpassung der Recallfrequenz des einzelnen Patienten und das Erkennen der Looser Sites, die vorläufig noch nicht mit einiger Sicherheit im voraus diagnostiziert werden können. Ein selektives Vorgehen (nur aktives parodontales Geschehen behandeln, Hartgewebe schonen!) erfordert von den Behandlern eine sichere Diagnostik und schonungsvolles Therapieren.*

*Die Frage der personellen und räumlichen Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur in einer bestehenden zahnärztlichen Praxis ist drückend angesichts des ausgeprägten Mangels an Dentalhygienikerinnen, der Diskussion um die Prophylaxegehilfinnen und der Schwierigkeiten, eine bestehende Praxis räumlich auszudehnen.*

*Die Erkenntnisse über die ausschlaggebende Bedeutung der Nachsorge für den Erfolg moderner Zahnmedizin sind wohl die größte Herausforderung für unseren Berufsstand und werden zum Maßstab dafür werden, ob wir als Zahnmediziner genügen werden oder nicht.*

SSO 3/88, S. 256

### **Spruch des Jahres:**

*„Der Normalbürger braucht seine Horrorvideos, die Mächtigen ihr Atomspiel, wir Zahnärzte Herrn Blüm.“*

Dr. A. Schmierer  
Zahnarzt Magazin 1/88

### **Kontroverse zwischen Zahnärzten und Mundhygienisten beigelegt**

Im Jahr 1974 erließ das Gesundheitsministerium einen Mundhygienistenbeschluss. Danach war es Mundhygienisten nur gestattet, auf Anweisung und unter Kontrolle von Zahnärzten tätig zu werden. Im Erlaß gab es keinen Hinweis auf den Ort der Wirkungsstätte.

Was geschah?

Bis 1974 waren Mundhygienisten nur in zahnärztlichen Praxen tätig. Danach verlegten sie ihre Tätigkeit immer häufiger in Räume außerhalb einer Zahnarztpraxis. Diese Mundhygienisten hatten einen Vertrag mit einem Zahnarzt oder mit mehreren, für die allein sich die Beschäftigung einer Mundhygienistin nicht lohnte. Demnach arbeiteten diese Damen auf Überweisung. Nach der Behandlung wurden die Patienten zu dem überweisenden Zahnarzt zwecks Kontrolle zurückgeschickt.

Diese nahezu selbständige Tätigkeit führte im Laufe der Jahre hier und da zu einem Mißbrauch, indem manche Mundhygienistinnen erst gar keinen Vertrag mit Zahnärzten eingingen, sich niederließen und in der Tagespresse ihre Dienste per Annonce anboten. Dieses Unwesen wird insbesondere in Amsterdam beschrieben.

Die selbständige Tätigkeit von Mundhygienistinnen sehen die Zahnärzte als Billig-Konkurrenz an. Zahnärzte sind an Fixhonorare gebunden - nicht aber die Mundhygienistinnen. Zwischen Zahnärzten und Mundhygienistinnen-Berufsverband wurde eine Vereinbarung getroffen, den Mißbrauch der gesetzlichen Vorschriften nicht mehr zu dulden und bei den Aufsichtsbehörden entsprechend zu intervenieren.

Die Vereinbarung beinhaltet folgende Punkte:

- die Mundhygienistin darf in eigenen Räumen ihren Beruf ausüben
- die Behandlung von Patienten erfolgt nur auf Überweisung und folgender Kontrolle durch einen Zahnarzt
- kein direkter Zugang von Patienten zur Mundhygienistin

Niederländisches Zahnärzteblatt  
NT 4/88, S. 113/114, NT 8/88 Leitartikel



- Die Compliance Ihrer Patienten ist morgens am besten, abends am zweitbesten, schlecht am Mittag und ganz schlecht in der Nacht.
- Schätzungen der Patienten über ihre eigene Therapietreue, aber auch die Angaben, die Ärzte über ihre Patienten machen, gehen weit an der Wirklichkeit vorbei: nur 36% der Kranken, die aussagen, sie würden ihre Arzneimittel regelmäßig einnehmen, tun das auch.
- Sowohl zum Risiko- als auch zum Schutzfaktor eines Patienten kann die Familie werden. Ihr Umgang mit Nikotin, Alkohol, Kalorien und körperlicher Betätigung prägt ganz entscheidend den weiteren Krankheitsverlauf.

Status 6/88, S.32

# Wahlen gewinnen, aber Nasen spitz halten!

**Rechenschaftsbericht des Vorsitzenden Dr. Ernst bei der DAZ-Jahreshauptversammlung**

Geprägt war dieses Jahr von den Auseinandersetzungen um das Gesundheitsreformgesetz (GRG) und um das Bemühen, die Einflußbereiche des DAZ zu erweitern und den DAZ nach innen zu konsolidieren.

Im Mittelpunkt der beufpolitischen Diskussion stand das GRG. Im Vorfeld der Diskussion hatten wir uns im vergangenen Herbst mit unserem Heft „Zahnärztliche Vorschläge zur Strukturreform“ beteiligt, ein Beitrag, der große Beachtung gefunden hat. „Nachgeschoben“ haben wir in diesem Jahr dann noch zwei Broschüren, und zwar im Februar die „Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege und Prophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland“ unter der Federführung von Manfred Witte und im Juni die Broschüre „Qualitätssicherung - unsere einzige Chance“ unter der Federführung von Hanns-Werner Hey. Beiden unermüdlichen Denkern, Arbeitern, Koordinatoren und Organisatoren sei hier nochmal ausdrücklich herzlicher Dank gesagt.

Weitere Beiträge zur GRG erschienen im FORUM, von denen verabredungsgemäß vier Ausgaben mit insgesamt 370 Seiten erschienen sind.

Wenn also schon Namen von Freunden genannt werden, bei denen wir uns bedanken wollen, dann steht ganz vorn der von Jürgen Heidtkamp, der unermüdlich und in aller Stille ein noch immer junges *forum* zusammenstellt.

Gegen Ende des vergangenen Jahres lagen

die ersten Referentenentwürfe vor, im Januar erfolgten die Stellungnahmen der Verbände.

Am 3. Februar waren wir zur Anhörung ins Bundesarbeitsministerium (BMA) nach Bonn geladen, wo sich uns der ganze Jammer dieses Gesetzes offenbarte, nachdem wir schon bei einem internen Gespräch der zuständigen Abt. 5 des BMA im Dezember Einblicke in sein Strickmuster gewinnen konnten.

Erinnern wir uns:

Es ist entstanden aus dem Wunsch der Koalitionspartner, mit den Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Lohnnebenkosten zu senken und Mittel für die Pflegefallversicherung freizubekommen. Seinen Anspruch, Strukturen im Gesundheitswesen zu reformieren, kann es nicht erfüllen, und zwar:

1. weil es nicht die Ressortgrenzen des BMA überschreitet (so bleibt z.B. das Gesundheitsministerium unbeteiligt).
2. weil es alles ausklammern muß, was nur in Länderkompetenz zu regeln ist (z.B. die Ausbildungsinhalte von Ärzten und Zahnärzten, von Hilfspersonal, aber auch die Lehrpläne von Schulen). Ebenso fehlt die Reformierung des öffentlichen Schulzahnärztlichen Dienstes und der Heilberufsgesetze.
3. weil es alle Fragestellungen und Probleme ausklammert, die nicht in einer Legislaturperiode zu lösen sind. So bleiben

Fragen nach der Effizienz und Effektivität des Gesamtsystems, die noch das Sachverständigengutachten anschnitt, unberücksichtigt.

4. weil es demographische Entwicklungen nicht berücksichtigt. Heute kommen auf 100 Einwohner zwischen 20 und 60 Jahren 36 Einwohner im Alter von über 60. Im Jahr 2030 werden es 81 sein. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Versorgung der älteren Mitbürger wird der immer kleiner werdenden Bevölkerungsgruppe der Beitragszahler zugewiesen.

Es ist richtig, daß Geld gespart werden muß und kann. Dieses Gesetz aber bringt eine Verschlechterung des Systems, weil es das Zusammenspiel der Selbstverwaltungsorgane durch nicht aushandelbare Vorgaben stört.

Beispiele:

1. vorgegebene 3 Mrd. DM Einsparung bei Zahnersatz
2. mangelhafte strukturelle Vorgaben bei der Gruppenprophylaxe
3. die Ausgestaltung des Medizinischen Dienstes liegt ausschließlich in den Händen der Kassen
4. die Übertragung aller Daten der KZVen auf die Kassen stellt alle verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Volkszählung weit in den Schatten.

Dieses Gesetz führt Zentralismus und Bürokratie ein, führt zur Umverteilung der Krankheitskosten von allen auf die Kranken und was das Schlimmste ist: es führt auch auf diesem Gebiet der sozialen Sicherheit wie schon vorher im Bereich der Umweltpolitik zum Vertrauensverlust der Bevölkerung in die Regelungskompetenz der Politik.

Bestätigt wurde dieser Eindruck am 3. Februar, als Ulrich Sobanski und ich bei Staatssekretär Jagoda in Bonn zu einem

Gespräch eingeladen waren. Trotz sehr solidarischer und engagierter Sekundanz durch Herrn Westermann vermochte der Herr Staatssekretär unseren Fragen nach Ausgestaltung der Gruppenprophylaxe, der Qualitätssicherung, der Datensicherheit des Medizinischen Dienstes und der Zahnersatzbezuschung keine Antworten zu geben, die uns das Gefühl hätten vermitteln können, daß zumindest die Politiker wissen, was sie wollen, wenn sie eine Ministerialbürokratie beauftragen, das Gesundheitswesen eines ganzen Landes zu reformieren.

Der Austausch von Kontakten mit dem BMA reduzierte sich auf ein Minimum, als wir erkannten, daß aller fachlicher Sachverstand nicht ausreicht, zu kurzes Denken der politisch Verantwortlichen in irgendeine Richtung zu verlängern. Das ist auch der Grund, warum wir uns an ökonomischen Sandkastenspielen zur Verteilung des Defizits wie z.B. dem sogenannten „Indemnitäts-tarif“ nicht beteiligt haben.

Die Zahnärzte stellen sich nach außen und damit auch gegenüber den Politikern dar als eine geschlossene Front von Freiem Verband (FVDZ), Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ), in die sich leider auch die Firma Hinz mit ihrer „Zahnarzt-woche“ eingereiht hat. Mit dem Ruf nach Geschlossenheit nach außen als Mittel der Politik, ist der FVDZ im Augenblick am Ziel seiner Wünsche. Alle gemeinsam verkennen jedoch, daß ihre Lösungen nur kurz- und mittelfristig marktgerecht sind und ein betriebswirtschaftliches survival of the fittest ermöglichen. Langfrist aber werden die Mundgesundheit und unser Ansehen Schaden nehmen, weil diese unheilige Allianz von Bürokraten und Zahnreparaturverkäufern Mundgesundheit zum Konsumgut degradieren und sich immer weiter abkoppeln

von sozial und finanziell vernünftigen Vorbildern in Europa, bei denen Mundgesundheit vor allem der Kinder und Jugendlichen in den vergangenen zwei Jahrzehnten zur gesellschaftlichen Norm geworden sind.

Wir Zahnärzte werden noch den geringsten Schaden nehmen, weitaus mehr gebeutelt werden unsere Patienten, die Zahntechniker und unser Hilfspersonal, das sich von nun an mehr unter Amortisations- als unter medizinischen Gesichtspunkten bewähren muß.

Für manche wird es angenehm sein, in der Praxis wieder mehr Zeit zu haben; nutzen wir sie, mit unseren Patienten ins Gespräch zu kommen.

Dennoch gibt es bei den Kollegen Zukunftsängste, die wir ernst nehmen müssen und die auch sicher berechtigt sind. Dazu gehört die Furcht vor weniger Einkommen durch Verminderung der Kassenzuschüsse bei prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen. Sorge bereitet aber auch die Ausuferung von Bürokratie in den Praxen.

Es wird auch zu einer Einschränkung der Therapiefreiheit kommen, wenn sich Normalverdiener keinen für sie indizierten hochwertigen Zahnersatz mehr leisten können. Wer die Wahl des Zahnersatzes vom Geldbeutel des Patienten abhängig machen muß, therapiert nicht freier sondern unfreier. Sorge macht manchem auch Fremdbestimmung und Kontrolle durch den Medizinischen Dienst, der vom Gesetzgeber als logische Folge des verlorenen Vertrauens in die Regelungskompetenz unserer Standespolitiker installiert worden ist. Dies alles geht einher mit dem Verlust von Einflußmöglichkeit unserer Selbstverwaltung, Fremdbestimmung und Verminderung des Einflusses unseres Berufsstandes auf unsere Berufsausübung werden sicher noch zunehmen.

Worin liegen nun die Ursachen für die neuen Regelungen des Gesetzgebers auf

unserem Gebiet? Denn es ist ja gerade der Zahnersatz, der im gesamten Gesundheitsreformgesetz die größten Einbußen zudiktieren bekommt.

Sicher war ein wichtiger Grund die Kostenexplosion durch die erhebliche Ausweitung des Leistungsumfanges, über deren Ursachen hier nicht geredet zu werden braucht! Der Hauptgrund ist aber sicher die Unfähigkeit der Standesführung gewesen, den quantitativen und qualitativen Mißbrauch zu verhindern. Stattdessen beharrte man auf den nach rückwärts gewandten Konzepten des Freien Verbandes, verfiel in eine durch Feindbilddenken bedingte Abwehrstarre, die kein zukunftsträchtiges Agieren zuläßt. Dies läßt sich an zwei Beispielen belegen:

Die Themen Prophylaxe und Qualitätssicherung wurden über Jahre hinweg nicht glaubwürdig umgesetzt -

- die Prophylaxe nicht wegen der befürchteten Umsatzeinbußen und der Angst vor dem Entstehen qualifizierter Berufsbilder neben dem Zahnarzt
- die Qualitätssicherung nicht wegen der befürchteten Kontrollen und der Unfähigkeit, die eigene Arbeit kritisch zu betrachten.

Der Gesetzgeber hat aus beiden die logische Konsequenz gezogen:

Mit dem GRG überträgt er die Gruppenprophylaxe den Kassen und die Qualitätssicherung dem Medizinischen Dienst und entzieht diese beiden ureigenen zahnärztlichen Felder unserer Regelungskompetenz.

In dieser Situation können wir uns nur noch darauf beschränken, die gegen unseren Willen - oder Besser ohne unser Zutun - entstandenen Medizinischen Dienst zu akzeptieren. Die KZVen müssen sich so schnell wie möglich um eine fachkompetente und akzeptable Ausgestaltung bemühen. Das Maß, in dem es gelingt, eigene Vorstellungen zur

Gruppenprophylaxe in die Spitzenverbände der Kassen und eigene Vorstellungen von Qualitätssicherung in den Medizinischen Dienst einzubringen, ist das Maß für die Lernfähigkeit unserer Standesführung aus dem Desaster dieses Gesetzes.

Dazu müssen wir zuerst unsere Handlungsfähigkeit zurückgewinnen. Chancen für die Zukunft können wir nur erkennen und weiterentwickeln, wenn wir den Blick nach vorn richten, statt die Situation Anfang der 70er Jahre herbeizureden. Dabei ist die Interessenlage anderer Gruppen in Rechnung zu stellen und das Machbare erkennen zu lernen. Politikfähigkeit ist nur durch aktive Kompromisse unter Beweis zu stellen, wobei die Betonung auf aktiv liegt.

Diese Aktivität stand dann auch im Mittelpunkt des mehr als dreistündigen Gesprächs, das Ulrich Sobanski und ich am 10. August im Zahnärzthehaus in Köln mit Herrn Schad und Herrn Albers geführt haben. Wir wollten wissen, wie es um die Politikfähigkeit unserer Spitzenkorperschaft bestellt ist, wenn man von den oben genannten Prämissen ausgeht. War dieses Gespräch, das auf unsere Initiative zurückging, zu dem aber Herr Albers für Herrn Schad eingeladen hatte, unter diesem Gesichtspunkt eher ermühtend, so war es atmosphärisch erfreulich offen und von gegenseitiger Achtung und kollegialer Wertschätzung getragen. Wenn auch über den Inhalt auf Wunsch der Kollegen Vertraulichkeit vereinbart worden ist, darf ich doch wohl resümieren, daß damit ein neues Kapitel des DAZ begonnen worden ist. Diese Einschätzung beruht darauf, daß diesem ersten offiziellen Kontakt inzwischen mehrere inoffizielle gefolgt sind, die konstruktiv und erfreulich waren.

Die Kontakte zum Bundesverband der Deutschen Zahnärzte lassen sich etwas spröder an. Es besteht zwar ein Briefwechsel mit

Herrn Pillwein, der sich ja öffentlich in der Vergangenheit sehr viel deutlicher als wir über „reaktionäre“ Standesvertreter in Niedersachsen, ja sogar über „Schlamper“ geäußert hat, dem aber unsere, wie er es nennt, „penetrante Saubermann-Attitüde“ mißfällt. Wir werden ihm weiter dabei helfen, Worte und Taten zur Deckung zu bringen.

Ausgebaut wurde die Zusammenarbeit mit der Central-Krankenversicherung zu beiderseitigem Nutzen. Die Central-Krankenversicherung ist der größte Krankenversicherer der deutschen Ärzte und Zahnärzte. Der DAZ hat mit ihr einen preisgünstigen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen.

Die im Laufe des vergangenen Jahres gewachsenen und durch gemeinsame Vorgespräche vertiefte Zusammenarbeit mit dem NAV (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) wird heute wohl zu einem Kooperationsvertrag führen.

Der DAZ und der NAV sind bereits mit einer gemeinsamen Erklärung zum GRG an die Öffentlichkeit getreten, die Aufsehen erregt und besonders in der berufs- und verbandspolitischen Landschaft erhebliche Wellen geschlagen hat. Eine engere Zusammenarbeit könnte beiden Verbänden zu einer organisatorischen und gesundheitspolitischen Verbreiterung des Spektrums verhelfen.

Die Kontakte zu anderen standespolitisch aktiven Gruppen und Einzelpersonen im ganzen Bundesgebiet haben sich stark intensiviert, ohne daß es uns gelungen ist, die Meinungsführerschaft des DAZ auch in der Mitgliederzahl nach außen hin deutlich zu machen. Das Meinungs- und Pressemonopol des Freien Verbandes und der Protagonisten des ökonomisch geprägten Berufsbildes haben es immer noch geschafft, eine Solidarisierung und Poolung der großen Zahl von Zahnärzten zu verhindern, denen die

ärztlich-ethisch-sozialen Grundlagen unserer Berufsausübung in immer weitere Fernen entschweben.

Dabei vollzieht sich auch innerhalb des DAZ ein Wandel, der sich vielleicht nicht allen Mitgliedern so deutlich darstellt, über den ich aber hier ein paar Worte verlieren will. Bis vor zwei bis drei Jahren war der DAZ eine Gruppe von kritischen Kollegen, die solidarisch geschart um Hannes Hey in München und um Gerd Ebenbeck in Regensburg sehr wohl ihrer Funktion und Rolle als „Wadlbeißer“ bewußt waren. Sie konnten oder mußten sich - abwechselnd in Defensiv- oder Offensiv-Taktik - auf einzelne Themenbereiche beschränken, die sie auch kompetent und geradezu wegweisend, wie sich heute herausstellt, vorwärtsgetrieben.

Inzwischen zeigt sich, daß sich die Geographie der Arbeit verlagert hat. Köln und Bonn sind Zentren zahnärztlicher Berufspolitik, denen der DAZ als Verband im vergangenen Jahr nähergekommen ist.

Wir müssen uns überlegen, ob dies nicht zu personellen oder zumindest organisatorischen Konsequenzen führen muß. Mit dem von mir außerordentlich begrüßten Eintritt von Ulrich Sobanski in den Vorstand ist zwischen Nord und Süd zumindest eine Brücke geschlagen worden, eine Brücke, die sich zu einem tragenden Pfeiler des DAZ auszubauen beginnt. Mit Gründungen von Studiengruppen in Westfalen-Lippe und Nordrhein verschwinden weiße Flächen von der DAZ-Landkarte, mit der Beteiligung an den KZV-Wahlen in beiden Bereichen ist ein erster Schritt zur Konsolidierung des DAZ als berufspolitische Größe in diesen Bereichen vollzogen. Mit der grundsätzlichen Entscheidung für die Teilnahme an den Wahlen zu den Körperschaften in größerem Umfang geraten wir aber auch in ein Dilemma: Teilnahme an Wahlen ohne den Willen,

zu gewinnen, ist nicht seriös. Mehrheitsfähig wird man aber nur durch knallharte Interessenvertretung seiner Wähler - dabei bleiben manche strukturelle und in die Zukunft gerichtete Querdenkereien unter der Decke der Konformität. Genau diese aber fehlen unserem Berufsstand. Wer sich in diesem Stand nach oben gearbeitet hat, hat seine spitze Nase in der Darmwand der Mehrheitsbeschaffung rundgeschliffen. Oder um es in einem Satz von Kai Müller aus dem Editorial des letzten *forum* zu sagen: „Es ist kein gutes Zeichen für die Befindlichkeit der Zahnärzteschaft in diesem unseren Lande, daß es uns noch geben muß.“

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Wahlen zu gewinnen und dennoch die Nasen spitz zu behalten, ist die Gratwanderung des DAZ der nächsten Jahre.

---

#### *Beratungszahnärzte sind nicht zulässig*

*Ein Gutachten „Zur Frage der Zulässigkeit der Einrichtung eines zahnärztlichen Beratungsdienstes“ hat jetzt Staatsrechtler Professor von Maydell vorgelegt. Er setzt sich kritisch mit den Thesen des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Auftrag gegebenen Bley-Gutachtens auseinander und kommt zu dem Ergebnis, daß die Krankenkassen nicht berechtigt sind, jenseits des vertraglich vereinbarten Gutachter- und Prüfverfahrens eigenständige Begutachtungen und Prüfungen durch Beratungszahnärzte vorzunehmen. Der Gutachter sieht darin sowohl einen Verstoß gegen die bestehenden Vereinbarungen als auch gegen das „kassenarztrechtliche Zusammenwirkungsgebot“ zwischen Krankenkassen und Zahnärztlichen Vereinigungen.*

ZM 18/88, S. 1969

## Gelesen:

### **Medizinische Behandlungskosten pro AIDS-Fall: 114.000 DM**

Quelle: „Ärzte-Zeitung“, 12. Januar 1988.

München (Ric). Erstmals liegen jetzt konkrete Zahlen über die Kosten der medizinischen Behandlung von AIDS-Patienten in der Bundesrepublik vor. Auf dem Deutschen AIDS-Kongreß in München stellte eine Arbeitsgruppe der Universität Frankfurt das Ergebnis ihrer Kostenanalyse vor.

Danach beliefen sich die durchschnittlichen Kosten für die stationäre Behandlung eines Patienten vom Zeitpunkt der Diagnose „Vollbild AIDS“ bis zum Tod in der Universitätsklinik Frankfurt auf 33.012 DM. Die mittlere Überlebenszeit betrug 243 Tage. Davon verbrachte der Patient im Durchschnitt 86,5 Tage in der Klinik. Der Analyse lagen die Daten von 12 Patienten zugrunde.

Für die ambulante Behandlung errechnete die Arbeitsgruppe eine Summe von 8.786 DM pro Jahr, allerdings bei einem anderen Patientenkollektiv von zehn Personen.

Anhand der Daten von 111 Patienten mit Lymphadenopathie-Syndrom (LAF) errechneten die Frankfurter durchschnittliche Kosten von 7.917 DM pro Jahr für die stationäre Behandlung. Die Kosten für die ambulante Behandlung beliefen sich auf durchschnittlich 3.153 DM pro Jahr. Diese Angabe bezieht sich jedoch auf ein wesentlich kleineres Patientenkollektiv von 16 LAF-Patienten, für die 166,5 Behandlungsquartale in allen beteiligten Fachrichtungen ausgewertet wurden. Bei einer Hochrechnung dieser Zahl auf die Gesamtdauer einer HIV-Infektion ergibt sich der Frankfurter Studie zufolge eine durchschnittliche Gesamtkostensumme für die rein medizinische Behandlung der Patienten in Höhe von 113.723

DM. Wie die Sprecherin der Arbeitsgruppe Anita Koock-Walewski in München erläuterte, wurde dabei eine fünfjährige Dauer des LAF-Stadiums und eine einjährige Dauer des AIDS-Stadiums angenommen.

Gesundheitspolitische Informationen  
GPI 1/88, S. 4408

### **Wachstum und Okklusion**

Der bezüglich der anteroposterioren Okklusionsveränderungen der bleibenden ersten Molaren festgestellte Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Individuen steht in Einklang mit den früheren Beobachtungen von Paulsen (1972), der ebenfalls eine Mesialverlagerung der Okklusion bei männlichen, jedoch nicht bei weiblichen Personen feststellte.

Die Bogenweitzunahme ist im Oberkiefer größer als im Unterkiefer. Ferner nimmt der Abstand zwischen den ersten Oberkiefermolaren stärker zu als der zwischen den oberen Eckzähnen, der sogar abnimmt.

Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopädie, 1/88, S. 59

### **Individual-Prophylaxe ohne Prophylaxe-Helferinnen und Dental Hygienist?**

Im letzten Herbst betonte der Freie Verband in einem Rundschreiben an die KZV'en und Kammern noch einmal, daß eine Zahnsteinentfernung eine „ausschließlich zahnärztliche Leistung“ zu sein habe. Dies ist ein klares Nein zur Einführung von Dental Hygienists oder Prophylaxe-Helferinnen und mißachtet wissenschaftlich Anerkanntes.

Neben Punktbewertung und Bewertungsmaßstäben sollte auch der Inhalt der Positionen diskutiert werden. Es ist unsere Aufgabe und Pflicht, ein funktionierendes System für Individual-Prophylaxe zu erstellen - jeder in seiner Praxis.

Dr. Josef Schmidseher,  
Phillip Journal 1/88, S. 1

# Die Kehrtwende bei der Individualprophylaxe

M. Witte

Wundern Sie sich nicht auch darüber, daß der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, der viele Jahre lang alles daran setzte, die Individualprophylaxe aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herauszuhalten, eben diese jetzt ebenso vehement begrüßt? Allen jungen Kollegen ebenso wie allen Standespolitikern mit schlechtem Gedächtnis ist der folgende Beitrag gewidmet.

1983 empfahl der DAZ in seinen „Grundsätzen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung“, bei den individualprophylaktischen Maßnahmen eine direkte Abrechnung mit dem Patienten und die nachträgliche vollständige Kostenerstattung, um Kosten- und Leistungstransparenz zu ermöglichen.

1985 warnte der Vorstand der Bezirksgruppe Oldenburg des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte in einem Rundschreiben:

„Besonders bedenklich zu bewerten ist die Forderung des DAZ nach Aufnahme von Prophylaxemaßnahmen in den BEMA, d.h. Prophylaxe als Sachleistung. Sieht der DAZ nicht die bald anonym von Prophylaxehelferinnen massenweise erbrachten, in einem Sachleistungssystem abgerechneten Leistungen, die die Zahnärzte dem Vorwurf des Mißbrauchs und der Insuffizienz aussetzen?“

Ein Jahr später forderte die KZBV in einer Resolution, daß die Individualprophylaxe ab

dem 10. Lebensjahr von den Krankenkassen bezuschußt wird. Auch in einer Stellungnahme zum Vorentwurf des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 8. Januar 1988 wurde diese Forderung beibehalten. Nureine Woche später fiel dann in einer weiteren Stellungnahme die Altersgrenze. Der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) verlangte in einer Stellungnahme vom 11. Februar 1988 die Individualprophylaxe ab dem 6. Lebensjahr mit dem Argument: „Dem Ausbau gruppenprophylaktischer Maßnahmen in der Schule sind Grenzen gesetzt, die die gemeinsame Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen nur schwerlich überwinden können.“

Auf der Vertreterversammlung der KZBV am 30. September 1988 wurden in einer Resolution die unzureichenden Altersgrenzen und die Vergütungskriterien bei der Individualprophylaxe bemängelt.

So stark das Interesse an einer möglichst früh einsetzenden, abrechenbaren Individualprophylaxe formuliert wird, so wenig werden Möglichkeiten aufgezeigt oder nur diskutiert, eventuelle Lücken individueller Bemühungen - allein dadurch, daß nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen die Praxis aufsucht - durch gruppenprophylaktische Maßnahmen auszufüllen. Freier Verband (FZ), BDZ und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZVB) widmeten zwar in ihren Stellungnahmen zum Gesundheitsreformgesetz dem §22 - Verhütung von Zahn-

erkrankungen (Individualprophylaxe) - gegenüber dem §21 - Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) - breiten Raum. So begrüßte der FV in einem langen Abschnitt die Aufnahme der Individualprophylaxe in den Leistungskatalog und forderte, deren Ausgestaltung der Selbstverwaltung zu überlassen. Der §21 - Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) - dagegen war nur einen lapidaren Satz wert: „Der gesetzliche Auftrag an die Krankenkassen zur Unterstützung der Gruppenprophylaxe wird begrüßt.“ Inhaltliche Forderungen an eine breitenwirksamere Prophylaxe, wie sie vom DAZ in einer Stellungnahme vorgelegt wurden (bundeseinheitliches Jugendzahnheilkundengesetz, Verbesserung der zahnmedizinischen Ausbildung im Hinblick auf Prävention und Kinderzahnheilkunde, Einsatz von Hilfspersonal, Zahngesundheits-erziehung in Kindergärten und Schulen, Ausbau des jugendzahnärztlichen Dienstes, Einschränkung des Zuckerkonsums, Einsatz geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen) fehlten vollkommen.

Im Editorial des Freien Zahnarztes 32, 8/2 (1988) werben die Verbandsvorstände Pillwein, Bieg und Schad bei der Kollegenschaft darum, die positiven Aspekte des GRG zu bejahen:

- Kostenerstattung
- Chancen für einen Einstieg in die Individualprophylaxe
- Belohnungsprinzip

Auch der DAZ begrüßt den Einstieg in die Individualprophylaxe - schließlich ist der einzige bisher bestehende Vertrag unter maßgeblicher Mitwirkung des ehemaligen DAZ-Vorsitzenden Dr. Ebenbeck zustandekommen - räumt aber der Gruppenprophylaxe Vorrang ein. Dr. Büttner, Schulzahnklinik Basel, stellte auf der öffentlichen

Anhörung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung am 24. Juni 1988 in Bonn fest:

„Die Individualprophylaxe schließt sich dann ... logischerweise an die Gruppenprophylaxe an, und zwar ist sie die Fortsetzung; sie verfeinert das, was man in der Gruppenprophylaxe erreicht hat.“ Dem hat der DAZ nichts hinzuzufügen.

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Manfred Witte*

*Humboldstr. 62c; 2906 Hundsmühlen*

**Alles tun, damit wir auch morgen genügend und qualifizierte Zahnarzt-helferinnen haben**

**Darum:**



### **Qualitätsbeurteilung einer Zahnarztpraxis an einem Tag**

(Alvin L. Morris, u.a.)

Im „*Journal of the American Dental Association*“ (Juli 1988) beschreiben Alvin L. Morris u.a. ausführlich ein Verfahren, mit dem ein Evaluator mit einer eintägigen Untersuchung einer Zahnarztpraxis eine zuverlässige Qualitätsbeurteilung abgeben kann. Die Methode wurde im Auftrag der Kellogg-Stiftung entwickelt und in 300 Zahnarztpraxen in den USA getestet. Die Durchschnittskosten einer Evaluation betragen 311 \$.

Gesundheitspolitische Informationen  
GPI 3/88, Nr. 4734

# Qualitätssicherung ist Honorarsicherung!

Chr. Nielsen

Der folgende Beitrag ist das ungekürzte Referat zum Thema „Qualitätssicherung“, das auf der DAZ-Hauptversammlung am 9.10.88 in Regensburg gehalten wurde. Insbesondere setzt sich der Autor kritisch mit den BDZ - „Resolutionen“ und dem Konzept der sogenannten „Voraussetzungsorientierten QS“ auseinander. Kollege Nielsen war Mitglied der Kommission „Definitionsphase: Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“.

Auf den jüngsten Haupt- und Vertreterversammlungen wurde über kein Thema so kontrovers diskutiert wie über die Qualitätssicherung. Unter erheblichem Erwartungsdruck formulierte BDZ-Präsident Dr. Pillwein, „daß Qualitätssicherung für die akademischen Heilberufe eine ständige Herausforderung und Verpflichtung zugleich war und ist“. Diese Aussage klingt vergleichsweise seriös, da die bisherigen Bewertungen sich mit Assoziationen wie „Kontrolle“, „Sozialismus“, „Grusel- und Modeerscheinung“, „Ende der Freiberuflichkeit“ und „Einstieg in medizinische Planwirtschaft“ begnügt haben.

Die ehrliche Bereitschaft zur Qualitätssicherung muß indes bezweifelt werden. Dafür spricht in die massive Intervention Pillweins, mit der er die Absage einer DGZMK-Veranstaltung zum Thema durchdrückte. Gleichzeitig läßt er eine Tagung durch das Institut der Deutschen Zahnärzte - IDZ - vorbereiten, bei der die sogenannte „voraus-

setzungsorientierte Qualitätssicherung“ „offensiv vertreten“ werden soll. Ein reiner Etikettenschwindel, da dieses Konzept ausdrücklich von einer gleichgewichtigen Bewertung der Ergebnisebene absieht und damit die eigentliche Problematik verfehlt.

Dem DAZ wird ja gern unterstellt, daß er die isolierte Evaluation zahnärztlicher Leistungen anstrebe. Dieser Eindruck ist falsch, konnte aber deshalb entstehen, weil wir der Ergebnis-Diskussion einen Schwerpunkt einräumen. Wir haben aus wissenschaftlichen Resultaten und praktischen Erfahrungen berufspolitische Konsequenzen gezogen. Das muß einem „akademischen Heilberuf“ erlaubt sein. Die internationale Interpretation sieht die Ergebnisqualität nicht als fernes Ende einer Entwicklung, sondern als Teil eines dynamischen Regelkreises, in dem sich alle Dimensionen ständig und gegenseitig beeinflussen.

Vokabular, Methodik und Ziel der QS haben sich allgemein noch nicht herumgesprochen. Diese Unsicherheit offenbart sich dann z.B. in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“, in denen Leitartikler *Häussermann* uns in pathetischem Kauderwelsch erklärt, „wie die Qualität, ein Ergebnis quantitativ kaum zu übersehender Faktoren, mechanistisch und ohne Rücksicht auf individuelle Gestaltungsvorstellungen des Zahnarztes und seines Patienten auf das Prokrustesbett kollektiver Normen gespannt werden soll“. (ZM 17/88, S. 1845)

*Prokrustes* war, wie Sie wissen, ein Unhold der griechischen Sage, der seine Opfer auf einer Marterbank gequält haben soll. Gemeint ist wohl eine Zwangslage, ein System, in das etwas hineingezwängt wird. Genau davor warnt der DAZ seit Jahren, zwar nicht so theatralisch, sondern mit diversen Aufforderungen, selbst die QS-Initiative zu ergreifen, damit uns solche Marterbänke vonseiten der Krankenkassen- und Ministerialbürokratie erspart bleiben.

Unsere Vorschläge sind ja vielfach nicht auf DAZ-Mist allein gewachsen, sondern z.B. von Hans-Konrad *Selbmann* übernommen. Prof. *Selbmann*, der Tübinger Ordinarius für Medizinstatistik, gilt als der QS-Experte schlechthin und ist kürzlich in den Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen berufen worden.

Wir haben uns orientiert an amerikanischen QS-Arbeiten und ich möchte hier ausdrücklich dem Kollegen *Lutz Albers* danken, der diesen Wust von Papieren durchforstet hat. Zur Auffrischung einen Kernsatz aus der Studie der Californian Dental Association - CDA - aus dem Jahr 1975, zitiert im *forum* 21:

*„Die Sorge um die Qualität der eigenen Dienstleistung stellt den Kern der Verantwortlichkeit dar, die ein Beruf gegenüber der Öffentlichkeit hat“.*

Zurück zu den offiziellen Eiertänzen und Vernebelungsaktionen um die Qualitätssicherung: Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte bevorzugt den „einfachen und allgemein verständlichen Begriff der *lege artis*-Leistung, da der Begriff der Qualität aus der Industrie stammt und in der Medizin nicht anwendbar ist“. (FVDZ-Landesvorsitzender *R. Gutmann*)

Das ist natürlich Quatsch, da es in dieser

Hinsicht zwischen Waren- und Dienstleistungen keinen Unterschied gibt. Mediziner selbst haben keine Bedenken, von der „Qualität medizinischer Leistungen“ zu sprechen. In der Rolle des Patienten wird Herr *Gutmann* selbst sehr genaue Vorstellungen über die Qualität seiner Behandlung entwickeln.

Der Hinweis, daß „*lege artis*“ die Richtigkeit und nicht etwa die Güte einer Leistung beschreibt, hält *Gutmann* - privat - für logisch. Er sieht ein, daß es bei „*lege artis*“ auf die Unterscheidung richtig/falsch oder bestenfalls noch: legal/illegal ankommt. Es erscheint auch einleuchtend, wenn ich ihm QS als einen notwendigen, aber zumutbaren Entwicklungsprozeß „von weniger gut zu besser“ erkläre. Das hindert ihn - als FVDZ-Funktionär - aber nicht, im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung auf dem *lege artis*-Begriff zu bestehen, weil er „professionell klinge“, „juristisch unanfechtbar sei“, „auf die Krankenkassen beruhigend wirke“ und im übrigen damit „Zeit zu gewinnen“ sei. Eine waghalsig-dürftige Argumentation!

Wozu Zeitgewinn? Was ist so bedrückend, daß wir uns eine Klärung des qualitativen Ist-Zustandes, eine Effektivitätsanalyse nicht leisten können?

Ungefähr 15% aller Zahnärzte - und diese Zahl wird inoffiziell auch von der Betonriege des Freien Verbandes nicht mehr demontiert, arbeiten unterhalb der bereits extrem pragmatisch gezogenen Grenze und/oder manipulieren ihre Abrechnungen. Pfuscher und Kriminelle dieses Bodensatzes müssen dabei nicht identisch sein. Hinter dem Wort Manipulation verbirgt sich nicht der kleine Betrug der zusätzlichen sK oder Ähnliches, sondern die handfeste, systematische Ausbeutung des Krankenscheins, des Heil- und

Kostenplans, des PAR-Status.

Der Ruf nach Gutachter, Berufsgericht und Staatsanwalt ist schnell erhoben, jedoch haben die KZVen die Erfahrung machen müssen, daß die Beweislast - häufig nach langer Zeit - nur äußerst schwer zu erbringen ist. Hinzu kommt der Umstand, daß auch diese Zahnärzte ihre „zufriedenen Patienten“ haben, die nach KZBV-Geschäftsführer „das Maß aller Dinge“ sind. Nicht zuletzt ist diese Beobachtung auch ein Beweis dafür, wie sehr Patienten der „ungestörten Zweierbeziehung Arzt/Patient“ ausgeliefert sein können, wenn keine verbindlichen Maßstäbe vorgegeben sind.

Damit zukünftige Standards nicht zu einer frustrierenden und ineffektiven Mehrbelastung führen, müssen sie von den Zahnärzten mitformuliert werden. Es ist unverzichtbar, daß der „durchschnittliche Praktiker“ auch stabilisierende und motivierende Erfahrungen mit der QS machen kann. Es kommt nicht darauf an, Qualitätssicherung „auf Teufel komm raus“ zu fordern und durchsetzen zu wollen. Wir handeln klug, wenn die Interessen aller Beteiligten berücksichtigt werden, auch allzu Menschliches einkalkuliert wird. Andererseits sollten wir die Notwendigkeit und die in der Medizin übliche Methodik der QS immer wieder deutlich machen. Das sind wir dem „akademischen Heilberuf“ und unseren Patienten schuldig.

Dazu brauchen wir keinen Zeitgewinn, im Gegenteil!

Jede weitere offizielle Verzögerungstaktik läßt uns Zahnärzte nur unvorbereiteter in die „Herausforderung und Verpflichtung zugleich“ hineinlaufen. Der DAZ hat hier eine wichtige Vordenker-Funktion wahrgenommen. Das hat sich nicht in theoretischen

Sprüchen erschöpft, sondern im praktischen Handeln und Ausprobieren gezeigt, insbesondere in den beiden 1988 abgeschlossenen Projekten zur Qualitätssicherung.

1. Die Studie zum §223 RVO bei der BKK Voith/Heidenheim. Manche Umstände, gerade auch von Seiten des finanzierenden Bundesarbeitsministeriums waren unerfreulich. Aber wir verdanken Hannes Hey und Kai Müller eine Fülle von Pionierarbeit und Erfahrungen. Zukünftige Projekte, die bereits vorbereitet werden, müssen auf diesen Erfahrungen aufbauen, - hoffentlich mit dem Ergebnis, daß sich die betroffenen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nicht erneut aus der Mitverantwortung davonstehlen. In diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal auf die ausführliche Dokumentation zur §223-Studie im *forum* 21 hinweisen.

Die Auseinandersetzung über das 2. abgeschlossene Projekt, die „Definitionsphase: Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“ unter Leitung von Prof. Naujoks hat mit der kompletten Ablehnung durch die BDZ-Hauptversammlung im September ihren Höhepunkt erreicht. Bei der Vorlage des sogenannten Studienhandbuches hatte sich BDZ-Vertreter Boehme noch gerühmt, die Entwicklung von Kriterien und Kategorien in der QS „mitgestaltet“ zu haben, was auch den Tatsachen entspricht. Neuerdings ist nur noch von einer „universitären Wissenschaftlergruppe“ die Rede, die völlig unpraktikable, unausgegrenzte und welfremde Vorstellungen entwickelt habe.

Neben der unsachlichen Verwechslung bzw. Gleichsetzung von Kriterien mit - in der Kommission gar nicht debattierten - Standards spielen vor allen Unsicherheiten der praktischen QS-Umsetzung die Hauptrolle. Wir stellen das ohne Besserwisserei fest,

vermissen jedoch die ernsthaft Beschäftigten mit der vorliegenden Fachliteratur.

Mit der schlichten Behauptung des „durch die Qualitätssicherung gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient“ lehnte *Pillwein* dieses Arbeitspapier rundweg ab. Auch Kollege *Boehme* ist heftig bemüht, seinen damaligen Konsens einschließlich des Feldversuches in von ihm ausgewählten Praxen herunterzuspielen und dafür die neue Parole der voraussetzungsorientierten QS auszugeben. Kenner der Szene bestätigen sich in der Vermutung, daß dieser Totalschwenk *Boehmes* auch seinen Ambitionen auf die nächste BDZ-Präsidentenschaft dienen soll.

Ich halte diese so brüsk erfolgte Ablehnung der „Würzburger“ Denkschrift auch für das Eingeständnis dafür, daß schon die Rekapitulation zeitgemäßer lege-artis-Kriterien die Mittelmäßigkeit unserer zahnärztlichen Betreuung bloßgelegt hätte. Psychologisch gesehen ein Trauma, das das so angestrengt aufrechterhaltene Selbstwertgefühl aufs Höchste destabilisieren könnte. Hier ist also auch viel Verdrängung im Spiel.

Dabei bot dieses unscheinbare grüne Heftchen mit 106 Seiten die seltene Chance, uns aus unserer bisweilen halbseidenen Standeswirklichkeit ein Stückweit zu befreien, unsere ärztliche Integrität zu stärken, das Ziel einer patientenorientierten, sozialen, d.h. den Menschen dienenden Zahnmedizin deutlich zu machen. Ich wähle absichtlich diese übergeordneten Wertebenen, weil sie die eigentlichen Motive unserer jahrelangen Initiativen waren.

Allein mit der Existenz dieser - nur von Zahnärzten erarbeiteten - Broschüre hätte

man ungewöhnlich glaubwürdige Öffentlichkeitsarbeit betreiben können. Dieses mit dem ja nicht alltäglichem Vorteil, daß der Bundesforschungsminister die ganze Aktion finanziert hat. Selbst wenn nichts sofort praktisch umgesetzt worden wäre, ein positives Votum von BDZ und KZBV hätte uns Sympathien eingebracht.

Wenn man die Entwicklung in der Medizin, die zahnmedizinische QS-Situation in den USA, der Schweiz und in den Niederlanden analysiert, wenn man die diesbezüglichen Vorgaben des Gesundheitsreformgesetzes und die Ambitionen der Krankenkassenverbände berücksichtigt, kann die Ablehnung dieser QS-Initiative nur vorübergehend sein. Sie ist eine kurzsichtige Kraftmeierei, der Not chronischer Perspektivlosigkeit gehorchend.

Qualitätssicherung ohne Evaluation, d.h. unter Außerachtlassung der Ergebnisse zahnärztlichen Handelns ist nicht möglich. Daß Resultate wesentlich von Voraussetzungen abhängig sind, ist eine Binsenwahrheit. Ohne Kenntnis unserer Schwachpunkte, und ich ergänze: ebenso unserer Stärken, ist keine Qualitätssicherung, auch keine vernünftige Struktur- und Prozeßqualität zu organisieren bzw. durchzusetzen. Deshalb wird auch diese erste, nur Teilbereiche beschreibende Definitionsphase bald aus den Schubladen wieder auftauchen und in konstruktive Überlegungen einfließen. Am Ende sind alle eigentlich schon immer für die Qualitätssicherung gewesen.

### **Was muß der DAZ tun, damit dieser Prozeß in die richtige Richtung weitergeht?**

Zunächst das Allerwichtigste: Nicht aufgeben, unsere Arbeit nicht als vergeblich einschätzen. Wir haben wichtige Teilziele erreicht. Wir haben Bewegung in die Szene

gebracht, die ohne den DAZ noch verfahrenere wäre. Der Flurschaden jahrzehntelanger FVDZ-Politik wäre noch verheerender, hoffnungsloser, wenn es uns und anderen oppositionellen Kolleginnen und Kollegen nicht gelungen wäre, hier und da die Beschränktheit bloßer Schulteranschlag-Mentalität aufzuzeigen. DAZ-Politik findet in Köpfen statt, beherzt, fair und vorausschauend. Dazu möchte ich ein paar Argumente und Notwendigkeiten beisteuern:

1. Wir müssen unsere Positionen in den Institutionen verankern. Wir müssen unser politisch, wählbares Profil klarer darstellen. Wir müssen bereit sein, Verantwortung zu übernehmen. Die Selbstverwaltung ist so stark, wie deren Funktionsträger kompetent sind. Entscheidend ist unsere positive Präsenz in den Medien.

2. Wir müssen uns üben in der Klarheit der Begriffe. Wir müssen die taktische oder ignorante Begriffsverwirrung des Freien Verbandes entlarven, ihr Widerstand leisten. Es gilt, die undemokratischen und unsozialen Hintergedanken des „Kampfverbandes“ zu demaskieren.

3. Qualitätssicherung ist keine „Wortschöpfung des DAZ“ wie Kollege Gutmann meint, sondern eine in der Medizin etablierte Methode, diagnostische und therapeutische Leistungen besser, zuverlässiger, wirksamer zu erbringen, als - möglicherweise - bisher. Ob und wie Leistungen verbesserungsbedürftig und verbesserungsfähig sind, muß zunächst geklärt werden. Erste Analysen weisen auf erheblichen Handlungsbedarf. Jeder gewissenhafte Praktiker kann das bestätigen. Qualitätssicherung hat primär nichts mit Kostendämpfung und Bürokratie zu tun. Wir Zahnärzte selbst sind dafür verantwort-

lich, niemand sonst!

Das Vertrauen unserer Patienten ist nicht zuletzt darauf gegründet, daß sie uns so etwas wie funktionierende QS-Konzepte - wie selbstverständlich - unterstellen und irritiert wären, wenn sie wüßten, wie sehr sich die Standesorganisationen dagegen sträuben,

### **Qualitätssicherung ist Vertrauenssicherung!**

4. Wie halbherzig, geradezu bockig der BDZ der allgemeinen QS-Entwicklung hinterher hinkt, wie fragwürdig die ablehnende Begründung auf der Hauptversammlung 1988 war, soll ein Vergleich mit dem entsprechenden Grundsatzpapier des Deutschen Ärztetages 1986 verdeutlichen. Dort heißt es nach wichtigen Beschlüssen zur Strukturqualität, insbesondere zur Aus-, Fort- und Weiterbildung u.a.:

*„Ärztckammern und Kassenärztliche Vereinigungen sollen Maßnahmen und Vorkehrungen zur Sicherung der Qualität der erbrachten Leistungen in Zusammenarbeit mit den betroffenen Ärzten ergreifen. Dies gilt insbesondere für die Durchführung von Ringuntersuchungen, die Begutachtung technischer Untersuchungsergebnisse durch Kommissionen und Vergleiche von Untersuchungsergebnissen mit „Referenz-Leistungen“ und Labors.*

*Der QS dient auch die Selbstkontrolle der eigenen Leistungen im Vergleich mit fachspezifischen Standards und der kollegiale Informationsaustausch. Die Vergleichsparameter sollen mit den Fachgesellschaften festgelegt werden. Dabei soll die Bereitstellung und Auswahl von Vergleichsdaten einvernehmlich festgelegt werden.“* (A+S aktuell 10/86, S. 10)

Haben zahnärztliche Standesvertreter so wenig professionelles Selbstbewußtsein, daß sie sich ähnlich anspruchsvolle QS-Program-

me nicht zutrauen? Brechen hier alte, inzwischen obsolente Schmalspur-Komplexe durch?

### **Qualitätssicherung ist Kompetenzsicherung!**

5. Was heißt „voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung“?

Dieser Begriff enthält soviel Gummi, daß damit alles und nichts erklärt, jedenfalls (fast) alles gerechtfertigt werden kann. Angeblich erforderliche Voraussetzungen sind je nach Bedarf zu formulieren. Mangelhafte Ergebnisse können damit flexibel als Folgen widriger Umstände, Folgen des Systems, Folgen von Non-Compliance dargestellt werden.

Damit wird jedem investierenden, aber ansonsten Mängel produzierenden Zahnarzt die voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung erteilt. Schon jetzt sind lange „Kataloge fehlender Voraussetzungen“ abzusehen, ähnlich wie sie über Nacht zur Begründung des überschrittenen Schwellensatzes aufgelistet waren. Die Formel der voraussetzungsorientierten QS eignet sich natürlich besonders für Verhandlungen mit den Krankenkassen, da ohne die Möglichkeit des Gegenbeweises jederzeit dubiose Ergebnisse mit zu niedrigen Honoraren erklärt werden können.

DAZ-Mitglieder sind Praxisinhaber, die wissen, daß es zwischen Honorar und Qualität einen direkten Zusammenhang gibt. Wir haben vor Jahren bereits darauf hingewiesen, daß Qualität Geld kostet, daß Qualitätssicherung Geld kostet. Wer beides nicht bezahlen will, kann beides weder erwarten, geschweige denn prüfen wollen. Aber: waren denn Modellgußprothesen zahnmedizinisch und technisch einwandfrei, als diese Leistung nach 1974 überhonoriert war? Führte die BEMA-Umstrukturierung mit Aufwertung der Kons-Leistungen zu präzi-

seren Ergebnissen?

Es ist wohl unbestritten, daß uns mit Qualitätsnachweisen, insbesondere auf der Ergebnisebene, die Abwehr diverser Abwertungen der letzten Jahre leichter gefallen wäre. So konnten wir immer nur auf Mengen verweisen, die sich heute vielfach als Faß ohne Boden herausstellen.

### **Qualitätssicherung ist Honorarsicherung!**

Die Formel der voraussetzungsorientierten QS hat im übrigen einen Denkfehler, der sich in der gegenwärtigen Auseinandersetzung sehr bald kontraproduktiv auswirken könnte. Wenn sich „Qualität primär an Voraussetzungen orientiert“, dann müßte die zahnmedizinische Betreuung in diesem unseren Lande mustergültig sein. Wir werden um unsere Arbeitsbedingungen weltweit beneidet. Unsere Kliniken und Praxen sind technisch unübertroffen. Es besteht eine lückenlose Palette von Fortbildungsmöglichkeiten. Der Personalschlüssel: 3 Zahnarzt-helferinnen auf 1 Zahnarzt ist (noch) optimal. Wir können uns auf qualifizierte und motivierte Zahntechniker stützen. Die deutschen Dental- und Pharmaindustrien sind konkurrenzlos. Mit anderen Worten: Unsere Strukturqualität weist bereits einen hohen Standard auf.

Trotz aller bürokratischen und politischen Hemmnisse ist auch der Standard der Prozeßqualität nicht so deprimierend, wie gern behauptet wird. Noch haben wir die Einzel Leistungsvergütung, die Sachleistung bei über 90% unserer Patienten, eine brauchbare GOZ, den internationalen Spitzensatz der pro-Kopf-Ausgaben für zahnärztliche Leistungen. Da ist doch die Frage nur legitim: Was ist das entsprechende outcome? Entspricht die Ergebnisqualität den gegebenen Struktur- und Prozeßbedingungen?

Die von *Spranger* und *Plöger* auftragsgemäß kreierte voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung ist ein Muster ohne Wert. Sie kann nicht funktionieren, weil sie dem Leidgedanken folgt: Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht naß!

Schließlich hat dieses Konzept die entscheidende Schwäche, nicht auch gleichzeitig die Interessen der Leistungsträger, der Leistungsempfänger mitzubedenken. Es hätte der politischen Kultur, der Partnerschaft in der Selbstverwaltung, der eigenen Öffentlichkeitsarbeit gedient, wenn diese Zielsetzung hätte deutlich gemacht werden können. Der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte - BDZ - war dazu nicht in der Lage, sondern tischte uns ein einseitig interessenorientiertes Scheinkonzept auf, das den Bundesarbeitsminister, die Enquete-Kommission, die Bundesverbände der Krankenkassen in ihren Absichten nur bestätigte.

### Was sollen wir tun?

6. Wir müssen festhalten an einer realistischen Beurteilungsbasis für zukünftige QS-Programme. Nicht die „gesamte Zahnheilkunde“ muß erfaßt werden, wie die BDZ-Resolution scheinheilig suggerieren will. Sinnvoll ist vielmehr, durch eine Analyse weniger, aber häufiger Leistungen wie Füllungen, Wurzelbehandlungen, Kronen, Teil- und Totalersatz die chronischen Schwachstellen aufzudecken und dort gezielte QS-Aktionen zu starten.

7. Wir müssen festhalten am Ziel, Standards für alle Qualitätsdimensionen zu entwickeln, die dann im Regelfall als verbindliche Untergrenze gelten. Dabei ist es unerlässlich, daß Praktiker mitbestimmen, ob ein Standard klinisch und ökonomisch akzeptabel ist. Wir dürfen uns nicht mit dem vom FVDZ verwässerten lege-artis-Rahmen zu-

friedengeben, der erst dann konkret wird, wenn Patienten Gutachter und Gerichte einschalten. Wir dürfen uns nicht damit zufriedengeben, daß fachlich anspruchlose Kollegen von ihresgleichen eingelullt werden, sie seien Weltspitze. Wir sollten uns mit jedem verantwortlichen Standespolitiker solidarisieren, der den Mut hat, zuzugeben, daß wir Qualitätsprobleme haben.

8. Wir müssen mehr als bisher versuchen, der wissenschaftlichen Dachgesellschaft - DGZMK - die Qualitätssicherung als ihre ureigene Angelegenheit nahezubringen. Das kann z.B. dadurch geschehen, daß wir die AG „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ thematisch und personell stärken, politisch dafür eintreten, daß sie nicht erneut per ordre du mufti ihre wissenschaftlichen Tagungen stornieren muß. Aber auch die anderen wissenschaftlichen Gesellschaften werden ihre Arbeit schärfer durch die QS-Brille sehen müssen. In anderen humanmedizinischen Disziplinen ist diese Bewußtsein, diese Bereitschaft offensichtlich ausgeprägter. Woran liegt das?

Mir ist unverständlich, daß die Wissenschaftler den Mißbrauch des lege-artis-Begriffs durch den FVDZ seit Jahren widerspruchslos hinnehmen. Ich halte es für eine Unverschämtheit Prof. *Naujoks*, den Ordinarien *Marxkors* und *Lange* das „Studienhandbuch“ als unausgegoren und unsinnig um die Ohren zu hauen. Ich halte es für empörend, daß sie die „drei großen Organisationen BDZ, KZBV und FVDZ“ mit immer denselben Teilnehmern aufführen, als hätte die Kommission etwas Obszönes, Standeswidriges verlangt. Hoffentlich wehren sich die Professoren entsprechend und lassen sich nicht zu Sündenböcken von teilweise desinformierten und verantwortungsscheuen Vertreterversammlungen machen.

Wohl gemerkt: Die beteiligten Wissenschaftler sind keine erklärten DAZ-Sympathisanten, aber die Notwendigkeit der QS können sie durch zahlreiche eigene Untersuchungen bestätigen. Als Beispiel gebe ich Ihnen die Ergebnisse der Evaluation von Füllungen wieder, die Prof. Pieper u.a. in den Mündern von Zahnmedizinstudenten durchgeführt hat. Er legte die international gebräuchlichen, auch im Studienhandbuch angegebenen Kategorien zugrunde und fand, daß

*73,3% der Amalgam-Füllungen nicht akzeptabel bzw. mangelhaft waren, vor allem wegen Mängeln beim Randschluß. Bei den Kunststoff-Füllungen entfielen 73,1% auf die beiden schlechtesten Bewertungskategorien, bei den Goldguß-Füllungen 40,9%.* (DZZ 43/88, S.874,879; 1988)

„Qualität ist unser Metier!“, tönt es vollmundig von der Titelseite der Zahnärztlichen Mitteilungen 20/88. Bei solch gravierenden Divergenzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit wäre es für einen „akademischen Heilberuf“ nur angemessen, wenigstens bei dem Griff in die Werbekiste etwas gediegener zu verfahren.

9. Ich möchte Sie auffordern, die die QS betreffenden Resolutionen der BDZ-Hauptversammlung und der KZBV-Vertreterversammlung kritisch zu lesen und - soweit möglich - in Ihren Studiengruppen zu diskutieren. Klären Sie dabei die schillernden Begriffe der „Patientenunzufriedenheit“, der „Angemessenheit“. Hinterfragen Sie, warum die Diskussion der Ergebnisqualität so vehement unterdrückt werden soll.

Was heißt „Individualität der Praxisgegebenheit“ und „praxisbezogene Hilfestellung“? Was bedeutet „Berücksichtigung des sozialen Umfeldes“? Das sind doch so ro-

mantische wie entlarvende Hilfskonstruktionen, um die oben erwähnten, häufig vermeidbaren Qualitätsschwankungen und Defizite zu kaschieren. Die Punktwerte für unsere Leistungen wurden immer unter der Prämisse einwandfreier Qualität und deren Sicherstellung ausgehandelt.

Wenn in Wirklichkeit nun doch alles so wenig verbindlich, so unkalkulierbar, so individuell, so umfeldabhängig abläuft und ausfällt, kann dann die Option auf angemessene Honorare noch aufrechterhalten und durchgesetzt werden können? Ist die Einzel Leistungsvergütung noch zu retten?

Es ist wohl realistisch, mit einer zäh bröckelnden Front der QS-Gegner zu rechnen. Große Widerstände bestehen nach wie vor, Ängste werden geschürt, Desinformationen verbreitet. Das ist auf der kürzlich zu Ende gegangenen Hauptversammlung des FVDZ wieder mehr als deutlich geworden.

Trotzdem plädiere ich dafür, die vergleichsweise differenzierte Position der KZBV-Führung nicht zu überhören. Wenn Kollege Schad erklärt, „wir müssen ins offene Feld der Diskussion um die Qualitätssicherung ziehen und deutlich machen, daß wir Qualität wollen“, dann ist das ein enormer Fortschritt, eine Plattform, um die der DAZ lange gerungen hat.

Wer hätte noch vor zwei Jahren gedacht, daß unsere zentralen Schwerpunkte, die Prophylaxe und die Qualitätssicherung die Tagesordnungen von BDZ, KZBV und FVDZ bestimmen würden?

Heute sind wir soweit.

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

# Der Kooperationsvertrag mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)

Einer der wichtigsten Beschlüsse der DAZ-Jahreshauptversammlung war die Verabschiedung eines Kooperationsvertrages zwischen dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NVA) und dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde. Damit erhalten die seit längerer Zeit bestehenden Gesprächs- und Beratungskontakte Vertragscharakter.

Vereinbart wurde u.a.:

- NAV und DAZ werden wesentliche berufspolitische Sachgebiete zusammen bearbeiten und ihre Standpunkte gemeinsam vertreten.
- Die Zusammenarbeit erfolgt parteipolitisch neutral und erstreckt sich insbesondere auf die Erhaltung der
  - Freiberuflichkeit
  - Therapiefreiheit
  - freien Arztwahl der Bevölkerung
  - freien Kassenzulassung sowie
  - die bundesweite Harmonisierung der Wahlverfahren zu den zahn-/ärztlichen Körperschaften und
  - die Vertretung der allgemeinen Interessen des zahn-/ärztlichen Berufsstandes.
 Weitere Sachgebiete können im Einzelfall festgelegt werden.

Im Folgenden nehmen Dr. Erwin Hirschmann, der Vorsitzende der NAV und Dr. Roland Ernst, 1. Vorsitzender des DAZ, zu den Vereinbarungen Stellung:

## Kooperation DAZ/NAV

Seit Theodor Eschenburg Anfang der 60er Jahre die Macht der Verbände und ihren Einfluß als Gefahr für die Integrität der parlamentarischen Demokratie beschrieb, haben Verbände einen ambivalenten Ruf. Aber: deren verfassungsmäßige Legitimität steht außer Frage. Wer sie bezweifeln wollte, müßte auch die Existenzberechtigung der Gewerkschaften oder der Arbeitgeberverbände bestreiten. Solche Reflektionen sind nützlich für all diejenigen, die sich seit Jahren engagiert für notwendige Reformen im Gesundheitswesen einsetzen, wie es auch der NAV tut. Er versteht sich dabei als politischer Verband mit Vordenkerfunktion. Vielfach erkannte der NAV eher als Politiker soziale, gesundheitliche und finanzielle Probleme des Gesundheitswesens. Er stellte Forderungen auf, deren Bedeutung und Folgerichtigkeit oft erst nach Jahren erkannt und berücksichtigt wurden - sei es vom Gesetzgeber oder von den ärztlichen Körperschaften. Für den NAV ist Gesundheitspolitik integrierter Bestandteil der Gesellschaftspolitik. Ärztliche Berufspolitik kann sich heute weniger denn je auf bloßen Lobbyismus beschränken, sie muß sich um den Ausgleich verschiedener Interessen und möglichst schon weit unterhalb gesetzgeberischer Entscheidungsebenen bemühen.

Die jüngste Gesetzesinitiative - das Gesundheits-Reformgesetz - hat deutlich ge-

macht, daß die gesetzliche Krankenversicherung - und in ihr besonders Patienten und niedergelassene Ärzteschaft - zunehmend zum Spielball divergierender gesellschaftlicher Interessen geworden sind. Von der Ärzteschaft angemahnte Hilfestellung bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für eine Anpassung und Weiterentwicklung der Strukturen ambulanter Versorgung schlägt sich nirgends nieder, obwohl der gesellschaftliche Umbruch unseres Zeitalters, der dem des beginnenden 19. Jahrhunderts in nichts nachsteht, dies erfordert. Trotz vieler guter Ansätze konnte die Ärzteschaft bisher keinen Konsens über ein tragfähiges, richtungweisendes Gesamtkonzept erzielen; vielmehr ist sie dabei, sich in einem kräftezehrenden Verteilungskampf zu erschöpfen. Die Attitüde des Warnens und des Jammerns, des Lärmens und Lamentierens muß durch unbequemes Denken ersetzt werden. Wir müssen bereit sein, im kritischen Rationalismus auch das Undenkbare zu denken, zu prüfen, zu verwerfen oder in unsere Zukunftsüberlegungen einzubeziehen. Das Bewußtsein unserer jungen Kolleginnen und Kollegen orientiert sich nicht mehr an uns liebgewonnenen alten Normen. Aufgabe der Ärzteschaft muß es deshalb sein, überzeugende eigene Vorstellungen zu entwickeln. Denn Probleme von morgen können wir nicht mit Strukturen von gestern lösen, die heute zur Not noch funktionieren. Es muß stärker Aufgabe ärztlicher Organisationen werden, die Selbstverwaltung ständig unter Druck zu setzen, nicht nur über verändernden Fortschritt nachzudenken, sondern ihn auch durchzusetzen.

Eine vernünftige Strukturreform bedingt interministerielles Zusammenwirken und nicht kontraproduktives Ressortdenken. Sie muß ausgerichtet sein auf Erhaltung des Sachleistungssystems und Kostensteigerun-

gen nicht über quantitative, sondern über qualitative Parameter begrenzen, sie muß die Reform der ärztlichen Ausbildung umfassen, Analysen der Effektivität und Effizienz einschließen und die Mitwirkung von Komplementärberufen sicherstellen.

Ein Verband wie der NAV, dessen tägliche Aufgabe es ist, vorwärts zu schauen, frühzeitig die Zeichen der Zeit zu erkennen und neue Entwicklungen auf den Weg zu bringen, ist offen für Gleichdenkende. Die Kooperation mit dem DAZ sichert nicht nur die für den Erfolg notwendige enge Zusammenarbeit; sie gewinnt sowohl im parlamentarischen als auch im vorparlamentarischen Raum an Gewicht, das Voraussetzung ist, um gemeinsam entwickelte Konzepte wirkungsvoll durchzusetzen. In diesem Sinne werden DAZ und NAV für die Aufrechterhaltung der Freiberuflichkeit im wohlverstandenen Sinne des Wortes streiten.

*Dr. Erwin Hirschmann  
Bundesvorsitzender des NAV -  
Verband der niedergelassenen Ärzte  
Deutschlands e.V.*

## Zur Kooperation mit dem NAV

„Das muß ein gutes Gesetz sein, wenn alle Verbände dagegen sind“. War das die Boshaftigkeit eines mit dem Rücken zur Wand stehenden Ministers oder ein kluger taktischer Zug, um die Stimmung der Öffentlichkeit für sein lückenhaftes Gesetzeswerk zu gewinnen? Auf jeden Fall war es ein Schlag in die Gesichter der Organisationen, die den fachlichen und den politischen Sachverstand reklamieren, die sogar in Gestalt der Körperschaften auf Länder- und Bundesebenen seit Jahrzehnten für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen verantwortlich sind - sie in Form des Sicherstellungsauftrages vom Gesetzgeber sogar selbst übertragen bekommen haben. Damals in den Fünfziger Jahren sollten sicher keine Anbieter-Kartelle geschaffen werden. Es wurde vielmehr die Verantwortung für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens denen übertragen, die man dafür am geeignetsten hielt.

Mit dem vorliegenden Gesetz, das den Medizinischen Dienst in die Hand der Kassen legt und den Ersatz des Subsidiaritätsprinzips durch zentralistische Regelungen vorsieht, nimmt der Gesetzgeber den Sicherstellungsauftrag zumindest zum Teil zurück. Wie konnte es dazu kommen?

In dem kleinen aber kostenträchtigen Bereich der Zahnheilkunde, die fast ausschließlich in der freien Praxis ausgeübt wird, läßt sich der Verfall des Willens der Verbände zur am Gemeinwohl orientierten Fortentwicklung der Rahmenbedingungen besonders eindrucksvoll aufzeigen.

Wie in keinem anderen Fachbereich der Medizin lassen sich Morbiditätsraten und damit die Kosten zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit durch vielfältige Vorsorge verringern.

Unsere skandinavischen Nachbarländer, die

Schweiz und Holland belegen diese Aussage in eindrucksvoller Weise, orale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist dort die soziale Norm.

Früh erkannte Karies läßt sich durch rechtzeitige konservierende Behandlung auch noch kostengünstig sanieren. Diese Sanierung ist durch regelmäßige Vorsorge, zuckerarme Ernährung und regelmäßige Mundhygieneunterweisung auch durch qualifiziertes Hilfspersonal sicher zu erhalten. Schlägt dieses alles fehl, ist der Zahnersatz die Ultima ratio. Er ist das letzte und teuerste Glied einer Kette von Versäumnissen. Diese Unvernunft ist aber bei uns ein von Kassen und den großen Zahnarztverbänden mit allen Mitteln verteidigter Besitzstand. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat sich damit nie abgefunden: Schon in den 1980 vorgelegten ersten Papieren wurden konkrete Vorschläge gemacht:

1. zur kostenneutralen Umstrukturierung der Gebührenordnung zu Lasten der Spät- und zu Gunsten der Frühbehandlung
2. Zur Intensivierung der Breitenprophylaxe
  - Forderung nach einem Jugend-Zahnheilkunde-Gesetz mit Gruppenprophylaxe auf kommunaler Basis
  - Qualifizierung von Hilfspersonal
  - Einschränkung des Zuckerkonsums
  - Individualprophylaxe als Kassenleistung
  - Einsatz von Fluoriden
3. für qualitätssichernde Maßnahmen, insbesondere die Umstellung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von quantitativen auf qualitative Kriterien,
4. zur Änderung der Ausbildungsinhalte der Zahnärzte zu Lasten der technischen zahnsetzenden Fächer und zu Gunsten der prophylaktischen gesundheitsfördernden,

5. zur wirksamen Bekämpfung der weniger auffällig gewordenen KZV-bekanntesten Viel- und Falschabrechner.

Die parteipolitisch unabhängige DAZ war über Jahre bemüht, diese Themen einer breiten zahnärztlichen Öffentlichkeit nahezu bringen. Wo nicht totgeschwiegen, wurde er wüst diffamiert und absichtlich mißverstanden und als naiver „Munitionslieferant“ der Gegenseite verleumdete.

Heute endlich wird immer mehr Zahnärzten klar, daß sich die Spitzenverbände der Zahnärzteschaft durch dieses Feindbilddenken sozialpolitisch in einer Außenseiterrolle befinden und daß sie ihren Anspruch auf Einbringung ihres Sachverstandes verspielt haben.

Freie Verbände und Körperschaften als Träger des Sachverstandes sind unverzichtbare Gestalter des sozialpolitischen Fortschritts. In der Zahnmedizin haben sie sich in perspektivlosen gruppenegoistischen Verteilungskämpfen aufgegeben. Ihre Kapitulation vor dem Mißbrauch des Systems hat nun die Gesetzgeber auf den Plan gerufen. Das Ergebnis ist für alle Beteiligten niederschmetternd.

Der NAV und der DAZ verstehen sich als ehrliche Partner von Kostenträgern und Sozialpolitikern, die es ernst meinen mit

einer gerechten Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter ärztlicher Leistung.

Die Kollegen im DAZ arbeiten in freier Praxis und sehen der Erhalt der Therapiefreiheit im Mittelpunkt ihrer berufspolitischen Tätigkeit. Dabei hat wie beim NAV der Erhalt des Sachleistungssystems mit der Möglichkeit des Zuganges aller Versicherten zu allen indizierten Leistungen eine entscheidende Bedeutung.

Auch wir sind nicht frei von Eigeninteressen, aber nicht von der Art, die uns ein Sozialminister einer konservativ-liberalen Regierung unter dem Applaus der Bevölkerung - unserer Patienten - um die Ohren schlagen kann.

Politik bedeutet auch aktive Kompromißbereitschaft, bedeutet selbstbewußtes, konstruktives Nach-Vorne-Denken. Die Scheiterte zwischen ökonomischen und gesellschaftlichen Zwängen ist für die freie Ausübung des Arzt- und Zahnarztberufes schmaler geworden. Sie offen zu halten, ist das Ziel unseres Einsatzes.

Die Zusammenarbeit zwischen dem NAV und dem DAZ wird die Stimme beider Verbände stärken. Der DAZ freut sich, mit dem NAV einen starken und ehrlichen Partner an seiner Seite zu haben.

*Dr. Roland Ernst*

*1. Vorsitzender des DAZ*

# Gelesen:

## Therapie von dentinüberempfindlichen Zähnen

*Bisher angewandte Methoden und Therapeutika:*

**Silbernitrat:** führt zu einer schwarzen Verfärbung; ferner können Silbersalze durch die Dentintubuli in die Pulpa gelangen und dort kleine Entzündungen provozieren 2).

**Fluoride:** Verschiedene Fluorverabreichungsformen kommen zum Einsatz: Fluorlacke (Duraphat®), Bifluorid®, Fluormundspüllösungen, Gels und Pasten.

Durch Fluoridionen wird der Durchmesser der Dentintubuli kleiner. Die Applikation von NaF mit der Iontophorese wurde als gute Methode gewertet 2). Eine neuere Untersuchung sah die Applikation einer 2%-igen NaF-Lösung mit und ohne Iontophorese als gleichwertig an 2, 4) und empfahl, auf die teure Apparatur zu verzichten.

**Strontium:** Strontiumchloridpasten (Sensodyne®) führen bei in vitro-Studien nur zu einer geringen Abdichtung der Dentinkanäle 2). Diese erfolgt vor allem durch den abrasiven Füller. Wegen ihrer Abrasivität sollte diese Paste nur mit dem Finger lokal auf die zu behandelnden Flächen aufgetragen werden und nicht mit der Bürste. Bezüglich des Strontiumions wird eine Katalysatorrolle bei der Verkalkung der Dentintubuli diskutiert 2).

**Formaldehyd:** in Pasta und Spüllösung (Emoform®) zeigte in vitro wenig bis keinen Effekt 2). Formaldehyd wirkt als

Poteinausfälliger, und seine Wirkung bei der Dentinüberempfindlichkeit ist unklar. Spülungen mit diesen Mitteln können zu Verfärbungen an der Zahnhartsubstanz führen (reversibel). Der Vergleich von fünf Zahnpasten, Sensodyne®, Emoform®, Kontrollsilicapaste mit einer Strontiumazetat- und einer Strontiumazetat-Fluoridzahnpaste während sechs Wochen ergab folgendes: Sensodyne® und Emoform® waren den anderen Pasten, die alle Silicaabstrahionsputzkörper enthielten, unterlegen. Vermutet wurde ein Verschluß der Dentinkanälchen durch die feinen Silica. 6).

**Glucocorticoide:** lokal aufgetragen (z.B. Prednison), soll auch einen gewissen Erfolg gebracht haben. Inwieweit eine Mineralisation angeregt wird oder das Mittel am Ort bleibt, ist unklar. Eine amerikanische Gruppe behandelte überempfindliche Zahnhälse mit Cyanoakrylat und erreichte mit dieser Methode für ca. sechs Wochen Schmerzfreiheit. Dann mußte das Verfahren wiederholt werden 5).

**Calciumhydroxid:** Es wird empfohlen, eine wässrige Paste Calciumhydroxid (selbst herstellbar) auf die Dentinoberfläche aufzutragen und 1-5 Minuten einwirken zu lassen. Danach soll die Paste mit Gummikelch (oder Zahnseide, falls interdental) eingerieben werden. Die Methode soll sofortige Hilfe versprechen 7).

Der Verschluß der Dentintubuli mit Versieglervorstrich oder Dentinhaftmitteln ist eine andere Technik, die gut wirksam sein soll, solange die Versiegelung am Zahn haftet. Es wird empfohlen, vor der Versiegelung durch Säure angeweichtes Dentin zu entfernen, um ein besseres Haften zu erreichen.

Die Füllung bzw. Überdeckung des überempfindlichen Dentins mit einer Restauration oder auch die endodontische Behandlung in verzweifelten Fällen dürften wohl als ultima ratio gelten.

Die Wirkung der einzelnen Verfahren ist nicht in jedem Fall gleich gut, und die Anwendungen sollten mehrmals wiederholt werden. Wichtig ist jedoch, zusätzlich zur Therapie die ätiologischen Faktoren abzuklären. Denn eine rein lokale Therapie ohne Prävention ist eine minderwertige Therapie.

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt für den Praktiker, Nr. 6/88

#### **Nicht voraussehbare posttherapeutische Veränderungen bei Männern stärker**

Die nach Beendigung der Retention stattfindenden okklusalen Veränderungen sind gewöhnlich auf die im Anschluß an die kieferorthopädische Behandlung eintretenden Rezidive zurückzuführen. Ein Teil dieser Veränderungen läuft ähnlich ab wie die bei unbehandelten Individuen stattfindenden Veränderungen (Sinclair und Little, 1985).

Bei der Diskussion über die Langzeiteffekte der Behandlung kam Riedel (1988) bei der Untersuchung von etwa 550 Patienten zehn Jahre nach Entfernung aller Retentionsgeräte zu folgenden Ergebnissen: „Nach Beendigung der Retention konnte stets eine Reduzierung der unteren Zahnbogenlänge und eine Verlängerung der unteren Molaren und Schneidezähne in konvergierende Richtung beobachtet werden. Umfang und Dauer der Zahnbogenverkürzung waren ungewiß und nicht vorhersehbar. Weder kennzeichnende Merkmale zu Beginn der kieferorthopädischen Behandlung, wie Klassifizierung der Okklusionsanomalie (Klasse I oder Klasse II), noch die Vermessung von Varia-

blen, wie Frontzahnausrichtung, Überbiß, saggittale Stufe, Zahnbogenweite und Zahnbogenlänge vor und nach der aktiven kieferorthopädischen Behandlung, hatten irgendeinen Wert für die Vorhersage langfristiger, postretentiver Ergebnisse. Während die Weite und Länge des Unterkieferzahnbogens nach der Retention meistens zurückging, nahm der Engstand im Frontzahnbereich (C-C) zu. Engstand bildete sich trotz Aufrechterhaltung der ursprünglichen Eckzahndistanz und auch in Fällen, in denen die Zahnbögen erweitert oder verengt wurden.“

Es wäre unrealistisch, für alle nach der Retention eingetretenen Veränderungen Rezidivvorgänge verantwortlich zu machen. Nur ein Teil dieser Veränderungen kann Vorgängen zugeschrieben werden, deren Auslösung vorher durch die Retentionsgeräte verhindert worden war. Ferner finden auch nach Erreichen des Erwachsenenalters noch Veränderungen in Skelettstrukturen und Weichteilkomponenten statt (Behrents, 1985).

In den über die Stabilität kieferorthopädischer Behandlungsergebnisse veröffentlichten Berichten wird nicht zwischen männlichen und weiblichen Individuen unterschieden. Man kann jedoch annehmen, daß die nach der Retention stattfindenden Zahnbewegungen bei männlichen Individuen ausgeprägter sind als bei weiblichen, weil das Gesichtswachstum während der Adoleszenz bei Jungen intensiver und andersgeartet ist als bei Mädchen. Aus diesem Grund sollten auch die angewandten Retentionsverfahren geschlechtsbezogen variieren (Van der Linden und Boersma, 1988).

Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopädie 1/88, S. 113

## Das individuelle Wissen und Können als Kriterium der **Qualitätssicherung**

### - Ein Bekenntnis

K. Kimmel

Es gibt gegenwärtig kaum eine anderes Thema in der deutschen Zahnärzteschaft, das so kontrovers behandelt und so heftig diskutiert wird wie das der Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen. Über allem steht die wohl kaum umstrittene Forderung, die eigenen Patienten so gut wie möglich und notwendig zu versorgen. In welchem Maße dies auf der Grundlage der Ausbildungsgegebenheiten und der Definition von Ergebnisqualitäten erreicht werden kann, hängt von unzähligen individuellen und allgemeinen Faktoren ab. Von einem standardisierten Leistungsgefüge zu träumen, gehört in den Bereich der Utopie. Da haben die Kritiker der gegenwärtigen Bestrebungen schon recht, wenn sie von der Annahme ausgehen, daß es keine identischen Arbeitsergebnisse geben kann. Aber zwischen dieser Erkenntnis und der Notwendigkeit, ein Qualitätssicherungssystem auf der Basis vorgegebener Struktur, Prozeß- und Ergebnismodelle zu entwickeln, besteht ein erheblicher Unterschied.

Übertragen wir die Arbeit des für ein individuelles Leistungssystem verantwortlichen Praxisteams auf die von den meisten von uns geschätzte Kochkunst, wird auch bei einem genauen Befolgen der Rezepte eines Paul Bocuse oder einer Marianne Kaltenbach („Die italienische Küche“) unweigerlich ein

Gericht mit unterschiedlichem Geschmack herauskommen, wobei auch das Mißlingen nicht auszuschließen ist. Aber die Ausführungsanleitungen sind in beiden Fällen auf exakte Weise gegeben. Was kann da eigentlich noch schief gehen? Die Realitäten machen deutlich, daß dies sehr wohl geschehen kann.

Zurück zur zahnärztlichen Praxis: Der Grad des physischen und psychischen Leistungsvermögens der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie deren Mitarbeiter(innen), ist von Mensch zu Mensch und von Praxis zu Praxis in einem Maße verschieden, wie dies bei oberflächlicher Betrachtung und Bewertung des gesamten Leistungsumfanges kaum vermutet werden kann. Wir sind uns zwar der Unterschiedlichkeit unserer Veranlagungen mehr oder weniger bewußt, aber es fehlt oft an der notwendigen Selbstprüfung und -kritik, wie auch die Protagonisten eines gleichmäßig hohen Qualitätsniveaus allzu oft übersehen, daß es zumindest nicht in allen Bereichen erreichbar ist. Mit der wachsenden Zahl und Art der Aufgaben sowie auch der Verfahrensweisen, Arbeitsmittel und Werkstoffe wird es immer schwieriger, die Übersicht zu behalten und die Situation zu beherrschen. Die Heterogenität der Anpassungsfä-

higkeit spielt für das individuelle und damit ebenso für das generelle Leistungsniveau eine große Rolle. Seit ich mich bei meinen ergonomischen Studien mit den Erkenntnissen des Arbeitspsychologen und -pädagogen Prof. Dr. W. Poppelreuter aus den 20er Jahren (!) befaßt habe, sind mir die Mechanismen der menschlichen Trägheit in steigendem Maße bewußt geworden. Um die 85% der Menschen - und das gilt für alle Schichten und Berufe - sind nicht in der Lage, aus eigener Initiative den Inhalt und Wert optimierter Arbeitsbedingungen und -leistungen zu begreifen. Diese Tatsache, die sich mit den Erfahrungen von Wissenschaft und Berufsvertretung deckt, daß nur 10-15% der Zahnärzte an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, ist eine der prinzipiellen Ursachen für unzählige Fehler und Lücken bei der Arbeitsgestaltung. Dabei sind es nicht nur fachliche und technische Unzulänglichkeiten, sondern auch ergonomische, hygienische, organisatorische und rechtliche Mängel, die das jeweilige Leistungsgeschehen negativ beeinflussen.

Der unterschiedliche Grad des Wissens und Könnens sowie auch das darauf beruhende Problem- und Verantwortungsbewußtseins ist ein Faktum, dem nur mit einer tiefgreifenden Reform des Ausbildungswesens innerhalb einer ganzen Fachwelt einigermmaßen beizukommen wäre. Abgesehen von sachgerechten Eingangsbedingungen für die an der zahnmedizinisch-zahntechnischen Versorgung beteiligten Berufe wäre es notwendig, die Trainingsmethoden für das Wissen und Können zu überdenken und zu verbessern. Art und Umfang der Kenntnisse sind den Erkenntnissen aus Wissenschaft und Praxis anzugleichen, was bedeutet, daß die traditionellen Fächer durchforstet und neue Disziplinen und deren Lerninhalte

hinzukommen müssen. Ergonomie, Psychologie, Betriebswirtschaft und Sozialethik sind nur vier der Bereiche, mit denen das bisherige Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu ergänzen wäre.

Eine große Chance, dieses Ziel zu erreichen, wurde am Anfang der 80er Jahre aus unbegreiflichen Gründen vertan. Aus den Empfehlungen der Studienkommission Zahnmedizin aus dem Jahre 1982 geht (...) eindeutig hervor. Grundtenor dieser Aussagen ist die Auffassung, daß die „Studienreformüberlegungen... nicht dazu führen können, die derzeitige Situation des Faches (von den Ausbildungsvoraussetzungen her) zu verändern“. Die entscheidenden Beratungen erfolgten ohne Beteiligung von Zahnärzten aus der Praxis und von Wissenschaftlern anderer, jedoch relevanter Fachrichtungen.

Keihen wir zu den Erkenntnissen von W. Poppelreuter zurück, daß der Mensch in seinem späteren Beruf sehr oft nur das Wissen nutzbar macht, das er während seiner Ausbildung (Schule, Lehre, Universität) aufgenommen hat - und das ist oft schon sehr individuell - so war das Festhalten an der Studien- und Prüfungsordnung aus dem Jahr 1955 ein gravierender Fehler, der sich auch bei der weiteren Entwicklung der fachspezifischen Qualitätssicherung in unserem Lande rächen wird.

#### **Selbst das fachliche Basiswissen ist zu wenig praxisnah**

Der Grad des Wissens und Könnens ist abhängig von der jeweiligen „Schule“ und deren Fachabteilungen mit einem unterschiedlichen Trend zur praxisbezogenen Ganzheitsbetrachtung. Nehmen wir die zahnärztliche Präparationstechnik von heute, so

gibt es nur in verhältnismäßig wenigen ZMK-Kliniken und -Zentren theoretische und arbeitspraktische Lehr- und Lerninhalte, die dem gegenwärtigen Entwicklungs- und Erkenntnisstand entsprechen. Gerade hier aber, wo es um eine der Hauptaufgaben des Zahnarztes (und seiner Behandlungsplatz-Assistenz) und um tatsächlich festlegbare klinische und technologische Standards geht, bleibt die heterogene Vielfalt der Methoden und Arbeitsmittel erhalten. Nur punktuell werden die Gegebenheiten verbessert, ohne daß aber die ohne weiteres zugänglichen Grundlagen einer optimalen Arbeitstechnik berücksichtigt werden. In meinem Beitrag über die zahnärztliche Ethik im vorangegangenen *DAZ-forum* habe ich an die zahnärztlichen Hochschullehrer appelliert, hier ihrerseits die Anpassung an die Entwicklung als ethische Verpflichtung anzusehen.

Da aber auch die zahnärztliche Lehre zum menschlichen Tun und zu einer Berufsausübung gehört, läßt hier W. Poppelreuter grüßen (85% der Menschen ... usw.)

Wenn wir zu einem gemeinsamen Konzept der Qualitätssicherung kommen wollen, ist es unerläßlich, daß die Unversität außer dem erweiterten fachlichen Blickfeld auch zu einer Verminderung der Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Anspruch und den Realitäten der Praxis bereit und fähig sein wird. Dies bedeutet, daß das Wissen schon frühzeitig auf praktikable Methoden ausgerichtet sein sollte, die vom zeitlichen und sonstigen Aufwand her den Bedingungen der Praxis entsprechen.

Es ist doch eine erhebliche psychische Belastung, wenn man sich immer wieder der Unterschiedlichkeit der Forderungen und der Verhältnisse bewußt werden muß, während eine wirklichkeitsnahe Ausbildung ein viel

besseres Ergebnis bringen würde. So wie es überall in der Welt politische Utopien gibt, die mit friedlichen und anderen Mitteln nicht realisiert werden können, ist ein wissenschaftliches Utopia Gift für das Berufsbeußtsein einer desorientierten Zahnärzteschaft, die nicht gelernt hat, mit den Problemen ihres Berufslebens umzugehen. Und da sind wir wieder bei der Erweiterung des Wissens in Richtung Ergonomie, Betriebswirtschaftslehre und Psychologie angelangt.

### Ausbildung der Zahnarzthelferin allzu oft vernachlässigt

Wenn von den Arbeitsbedingungen und -leistungen in der Zahnarztpraxis und damit auch vom dabei notwendigen Wissen und Können die Rede ist, konzentriert sich dies meist auf den Zahnarzt selbst. Es ist aber ein unmittelbarer Bestandteil der Qualitätssicherung, ebenso um optimale Kenntnisse der Zahnarzthelferin bemüht zu sein, ohne die eine qualitativ hochwertige Arbeitsgestaltung nicht möglich ist. Es ist erstaunlich, mit welcher Oberflächlichkeit unsere Mitarbeiterinnen theoretisch und praktisch geschult werden.

Berufsschul-Fachlehrerinnen und -lehrer beklagen nicht selten die Lücken des dualen Systems, sind aber selbst manchmal zu „altmodisch“ oder zu wenig problembewußt, um für eine sachgerechte Wissensvermehrung zu sorgen. ZH-Lehrbücher kleben oft an Lehrplänen, die aber mit diesen oder jenen praxisnahen Informationen angereichert werden sollten. Nur in wenigen Praxen gibt es eine geregelte Ausbildung über die Arbeitsroutine hinaus. Dabei sind systematische Unterrichtsstunden (einmal pro Woche oder so) kein unnötiger Zeitverlust, sondern ein echter Gewinn an Wissen und ebenso an Motivation.

### Geduld, ein weiteres Kriterium der Qualität

Ein hohes Maß an Wissen und Können reicht nicht aus, die angestrebten (bzw. notwendigen) Arbeitsergebnisse zu erzielen. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Berufsarbeit des Zahnarztes ist die Geduld, mit der man oft an diese oder jene Aufgaben herangehen muß. Gewiß, es ist z.B. nicht jeder Zahnarzt zum Kieferorthopäden geboren, der doch in der Regel mit viel Geduld auf die Behandlungserfolge warten muß. Wieviel Geduld erfordert das Aufbereiten der Wurzelkanäle von Molaren? Mit welcher Geduld muß die Versorgung mit totalen Prothesen von der ersten Beratung über die Abform- und Anprobierphasen bis zum Ausheilen der letzten Druckstelle vorgenommen werden? Und da gibt es unendlich viele Dinge zu beherrschen, die ein Mosaik von Wissensdetails verlangen, wenn die Vorstellungen der Patienten verwirklicht werden sollen, was aber trotz aller Kenntnisse und Geduld nicht immer geht. Kluge Hochschullehrer lassen ihre Studenten darüber nicht im unklaren. Völlig falsch wäre es hier, die Probleme herunterzuspielen. Aber wie gesagt, unendlich viel Geduld ist vonnöten, wenn man die fachlichen und psychologischen Voraussetzungen für eine optimale zahnärztlich-prothetische Versorgung mit totalen Prothesen erfüllen will.

#### Am Ende eines Berufslebens klüger?

Nach 33 Jahren zahnärztlicher Praxis und beinahe 50-jähriger Arbeit in allen Bereichen der zahnmedizinisch-zahntechnischen Fachwelt sowie ein Jahr vor der Übergabe des eigenen Praxisanteils an einen heute noch nicht bekannten Nachfolger stellt sich die Frage, ob man nach Jahrzehnten der intensiven Berufsausübung souverän alle „normalen“ Aufgaben beherrscht. Dabei geht es

auch darum, selbstkritisch zu prüfen, ob man jenen Anforderungen gerecht wird, die mit den Grundsätzen der Qualitätssicherung zusammenhängen. Die Antworten sind für mich ziemlich klar: Ich kann sicherlich die Dinge besser zu Papier bringen als meinen Patienten ein annähernd idealer Zahnarzt zu sein. Immer wieder weiß man um ganz bestimmte (veranlagungsbedingte) Unzulänglichkeiten und entdeckt nicht selten neue hinzu. Die Geduld ist beim Zuhören und überhaupt beim Gespräch größer als bei der vorhin ins Blickfeld gerückten Wurzelkanal-Behandlung am Molaren. Im gnathologischen Bereich fehlen bestimmte Bausteine, die vor allem beim Vergleich mit dem Kollegen in der Gemeinschaftspraxis offenkundig werden. Wie soll man das sehen, wenn man am selben Tag erlebt, daß eine 30 Jahre alte Amalgamfüllung oder Brücke immer noch unversehrt ist, aber eine vor einem Jahr eingegliederte Krone oder eine mehrflächige Kompositfüllung aus dem Frühjahr - aus welchen Gründen auch immer - nicht mehr annähernd zufriedenstellend ist?

Das individuelle Wissen, an dem es bei mir allein schon wegen meiner ausgedehnten (überdimensionierten) fachpublizistischen und auch wegen meiner Untersuchungsarbeit in mehreren Bereichen ganz bestimmt nur punktuell gemangelt hat (und mangelt), und Können (das in so hohem Maße von meiner Veranlagung abhängig war und ist) haben auch meine zahnärztliche Tätigkeit entscheidend beeinflusst. Selbst bei einem ausgeprägten Problem- und Verantwortungsbewußtsein gab es sicherlich eine Fülle vermeidbarer Fehler. Die mir bewußte Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Anspruch und den (von mir bekanntlich gemessenen) Realitäten der Arbeitspraxis hat mich stets aufs neue bedrückt.

### **Das Vertrauen zurückgewinnen: eine große Herausforderung unseres Berufsstandes**

Die in diesem Beitrag ins Blickfeld gerückte Binsenweisheit von der Individualität des Wissens und Könnens wird bei der Diskussion über das Wesen und die Erfordernisse eines fachspezifischen Qualitätssicherungs-Systems allzu oft übersehen. Dies gilt sowohl für diejenigen Kräfte, die von der Zahnärzteschaft den Idealzustand einer nahezu fehlerlosen Versorgung der Patienten erwarten, als auch für jene, die die Bedeutung der Veranlagung und vor allem einer zeit- und sachgerechten Ausbildung unterschätzen.

Schon in Jahre zurückliegenden Beiträgen habe ich die Möglichkeit einer Synthese von Individualität und Arbeitssystematik als gegeben angesehen. Damals wie heute meine ich, daß diese fachliche und mentale Interaktion gelehrt werden müsse, um so bessere Arbeitsbedingungen und -leistungen bewirken zu können. Wenn wir aus eigener Initiative und Kraft ein Qualitätssicherungs-Konzept entwickeln, das auf dem Zusammenwirken von Individualität und Arbeitssystematik aufbaut, könnte der zahnärztliche Berufsstand als Ganzes jenes Vertrauen der Öffentlichkeit zurückgewinnen, das aus vielerlei Gründen zumindest geschmälert worden ist. BDZ, KZBV und DGZMK haben - jetzt von neuen Ansätzen her - die Notwendigkeit einer Neuorientierung erkannt.

War es der Begriff „Qualitätssicherung“ im Sinne einer Qualitätskontrolle von außen, der die Gedanken verwirrt und die Gemüter erhitzt hat? Vor Jahre - nach dem FDI-Weltkongreß 1975 in Chikago - plädierte ich für eine Reform unserer Weltorganisation mit dem Schlagwort „Zu neuen Ufern“ (ZK / 75). An diesem Punkt sind wir Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland zusammen mit unserer Fachwelt in jedweder Beziehung angekommen. Nicht „Europa 1992“, sondern „zahnärztliche Versorgung 1989“ verlangt von uns ein Maß an Umsicht, Wissen und Können, das noch niemals zuvor von unserem Berufsstand auf diese Weise gefordert wurde. Jeder sollte da jedem helfen (und sich helfen lassen), die Individualität mit den Erfordernissen in Einklang zu bringen. Gerade in diesem Sinne sind alle konstruktiven Bemühungen um ein optimales QS-System zu betrachten.

In meinem letzten aktiven Berufsjahr als praktizierender Zahnarzt werde ich mich in besonderem Maße der Herausforderung stellen. Laßt uns Norbert Blüm und seinem Anhang zeigen, daß er mit der Mehrheit der Zahnärzte die falsche Berufsgruppe aufs Korn genommen hat. Das ist aber gleichzeitig eine Absage an jedwede Defaitisten.

*Anschrift des Verfassers:  
Dr. Karlheinz Kimmel  
Löhrstr. 139  
5400 Koblenz*



# Zahnärzte üben Demokratie

## oder: die Gentlemen sind unter uns

T. Ropers

An der Spitze der niedersächsischen Zahnärzteschaft steht seit langem Dr. Erich Bunke, ein strammer Christdemokrat, der sich für seine Partei nicht nur als Kommunalpolitiker im Kreis Celle engagiert, sondern auch in seinen Standesorganisationen. Berufskollegen, die sich über einseitige politische Aktivitäten der Zahnärztekammer erboten, versuchten vergeblich mit Rechtsaufsichtsbeschwerden dagegen anzugehen: Im Landtag vermochten die Christdemokraten - die sich sonst so oft über politische Aktivitäten von Studentenschaften erregen - nichts daran zu beanstanden, daß die Zahnärztekammer - ebenfalls eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Zwangsmitgliedschaft - in ihrer aus den Mitgliedsbeiträgen finanzierten Zeitschrift gelegentlich in christdemokratischem Sinne zu innen- und außenpolitischen Angelegenheiten Stellung nahm.

Den oppositionellen Zahnärzten blieb der Rechtsweg. Wegen gravierender Verstöße gegen das Gebot politischer Enthaltsamkeit erhob der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) Verwaltungsklage. Wie es ihm bei Gericht erging, sei im Folgenden geschildert. Zur Verknappung und Verdeutlichung soll aber nicht von Kammer und DAZ die Rede sein, sondern von Müller und Schulze, und das Delikt soll Diebstahl genannt werden:

1981 - Müller bestiehlt Schulze. 1982 - Müller bestiehlt Schulze. 1983 - Müller bestiehlt Schulze. Schulze schreibt an Müller: Bitte, bestiehl mich nicht weiter. Müller

nimmt die Aufforderung nicht zur Kenntnis. 1984 - Müller bestiehlt Schulze. Schulze erhebt Klage: Müller hat mich bestohlen. Von diesem Zeitpunkt an bestiehlt Müller Schulze nicht mehr, sondern entwendet ihm nur noch gelegentlich Kleinigkeiten - ob das als Diebstahl oder geringeres Delikt zu beurteilen sei, ist umstritten. Schulze fordert Müller auf, zu erklären, er werde ihn künftig nichtmehr bestehlen. Müller erklärt, er werde wie in der Vergangenheit auch weiterhin Schulze nicht bestehlen. 1987, drei Jahre nach Klageerhebung erkennt das Gericht in erster Instanz für Recht: Müller habe Schulze bestohlen, weil Müller jedoch in den letzten drei Jahren nicht mehr nennenswert gestohlen habe, sei die Klage abzuweisen. Die Dauer der gerichtlichen Bearbeitung des Falles wirkte sich also als mildender Umstand zugunsten des Beklagten aus, der deswegen einer Verurteilung entging.

Schulze empfand das als rechtlich unhaltbar und ging in die Revision. Dort, im Obergericht Lüneburg, erreichte der 8. Senat folgende Verständigung: In der Tat, Müller hat Schulze erheblich bestohlen. Er hat das seit einiger Zeit nicht mehr getan und erklärt ausdrücklich, daß er es in Zukunft nie mehr tun werde. Beide Parteien erklären damit den Rechtsstreit für erledigt.

Über die Rechts- und Anwaltskosten der Parteien ergeht ein gesonderter, rechtlich nicht mehr anfechtbarer Bescheid. Das Gericht befindet, daß der bestohlene Schulze

dem Stehler Müller nicht nur die Prozeßkosten, sondern auch dessen persönliche Anwaltskosten zu zahlen hat. So geschehen 1988. Die Figuren: Kläger Schulze = DAZ, Beklagter Müller = Zahnärztekammer Niedersachsen. Diebstahl = unrechtmäßige Wahrnehmung eines allgemeinpolitischen Mandates. Derweil nutzt die Zahnärztekammer in ihrer Zeitschrift weiterhin manche

Gelegenheit, die politischen Vorstellungen, wie sie in Zahnarztpraxen im Landkreis Celle gepflegt werden, landesweit in der Zahnärzteschaft zu verbreiten. (Aktenzeichen: 8 OVG A 35/87)

*Anschrift des Verfassers:*

*L. Till Ropers*

*Alter Marktplatz 4,*

*2162 Steinkirchen*

---

---

## **Erfolge für Zahnärzte (!?!?)**

- politische Bedeutungslosigkeit
- Aktionsunfähigkeit
- Verlust von Einfluß
- Degradierung zu Leistungserbringern
- gestörtes Verhältnis zu den Krankenkassen
- gravierender Ansehensverlust
- Kontrollen und Reglementierungen
- Verlust von Therapiefreiheit
- überbürokratisierte Verwaltungen
- Gutacher(un)wesen
- Klassenzahnmedizin
- unsoziale Belastung von Patienten
- Gebührenordnung Zahnärzte
- Strukturreform
- Abwertungen
- Umstrukturierung
- Verlust von Selbstverwaltung
- rapide Ertragsrückgänge
- krampfhaftige Qualitätsdiskussion
- undemokratische Ausgrenzung der Opposition
- Vettern- und Pöstchenwirtschaft in den Gremien
- mangelhafte Rücksicht auf Normalpraxen
- verordnete Selbsteinschränkung
- und so weiter und so fort

**PS: Jeder hat die Führung, die er verdient!**

---

---

# Wen vertritt der Freie Verband Deutscher Zahnärzte?

Roland Ernst

Der FVDZ steht kurz vor dem Ziel seiner Wünsche: Kostenerstattung beim Zahnersatz und in der Kieferorthopädie werden mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) eingeführt, der FVDZ fordert sie ebenfalls für die PAR und die Individualprophylaxe, langfristig ist der Ausstieg aus dem Sachleistungssystem für das gesamte Behandlungsspektrum im Visier. Kann sich ein Kollege erinnern, dazu einmal um seine Meinung gefragt worden zu sein?

Hat es darüber auf Verwaltungsstellenversammlungen jemals Abstimmungen gegeben?

Jeder Kollege hat in den letzten Jahren über die anwachsende Flut von Verwaltungsvorschriften, Einschränkungen der Therapiefreiheit durch Richtlinien, Auseinandersetzungen mit der KZV und den Prüfungsausschüssen zu klagen gehabt und offen oder insgeheim den ganzen Papierkrieg zum Teufel gewünscht.

Allein im Bereich der KZVN arbeiten 220 Kollegen als Gutachter oder in den Prüfungsausschüssen. Es besteht offenbar ein Begutachtungs- und Prüfungsbedarf, der in den Händen dieser Kollegen seinerseits der Kontrolle und Überwachung der zahnärztlichen Selbstverwaltung untersteht.

Dieser Bedarf wird nicht weniger, wenn wir nicht mehr über die KZV, sondern direkt

mit dem Patienten abrechnen, denn die Richtlinien und Vorschriften werden weiter bestehen.

Wer wird diesen Bedarf also decken? Die Krankenkassen selbst und zwar ohne unseren mitbestimmenden Einfluß! Ist das gewollt? Wen gilt es denn zu schützen? 25% der Kollegen rechnen bisher 56% des Honorarvolumens ab. Darunter sicher überdurchschnittlich fleißige, verantwortungsbewußte und korrekt abrechnende. Das bestreitet und mißgönnt ihnen niemand. Die Medaille hat aber zwei Seiten: 75% der Kollegen teilen sich die restlichen 44% des Kuchens! Sind die weniger verantwortungsbewußt und korrekt?

Es ist eher das Gegenteil anzunehmen. Diese Kollegen werden die einschneidenden Maßnahmen des GRG und die Forderungen des FVDZ nach Ausstieg aus dem Sachleistungssystem und nach Kostenerstattung besonders zu spüren bekommen, ihre Praxen haben den geringsten betriebswirtschaftlichen Spielraum. Diese Gruppe hat bisher kein umsatzorientiertes „Marketing“ betrieben und will es vermutlich auch in Zukunft nicht, sondern indikationsbezogen und vertragskonform die Patienten weiter versorgen. Diese Kollegen sind aufgerufen, der Politik der „Freie Fahrt für Freie Zahnärzte“ des FVDZ Paroli zu bieten.

Raus aus der Sachleistung heißt Verzicht auf gesichertes Honorar aus der gesetzlichen Krankenversicherung, heißt Behandlung als Verkauf von zahnärztlichen Leistungen als Konsumgut, heißt Verzicht auf befund-, indikations-, und patientenbezogene Behandlung zugunsten von Behandlung unter Einbeziehung des finanziellen Status des Patienten. Dies ist ein Rückfall in die Ära des Dr. Eisenbart. Zahnbehandlung ist kein Auto, das nach Geldbörsen und Status „gekauft“ und „nachgefragt“ wird.

Unter diesem Aspekt muß noch einmal gefragt werden: Wer hat eigentlich gerechte Prüfungsausschüsse in den Händen der eigenen Selbstverwaltung zu fürchten? Wer hat

Qualitätssicherung für gerechte Honorare in den Händen des Berufsstandes zu fürchten? Wer hat ein gut funktionierendes Gutachterwesen zu fürchten?

Dies ist der Grund, warum der FVDZ, vertikal geführter „Kampfverband“ als Interessenvertretung der 25%-Gruppe, daran interessiert ist, den Einfluß dieser Selbstverwaltung zu zerschlagen?

Uns restlichen 75% bleibt nur noch kurze Zeit, dagegen aufzubegehren.

Fernbleiben von den Wahlen ist keine Alternative!

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Roland Ernst*

*Waldblick 2; 2905 Edewecht*

---

## **Wußten Sie, daß .....**

- es in Deutschland 50260 Zahnärzte gibt?
- davon (80,8% oder) 36155 tätige Zahnärzte sind?
- am 31.12.87 insgesamt 31373 in eigener Praxis tätig waren?
- davon 80% (25272) männlich und 20% (6101) weiblich sind?
- es 53 über 70 Jahre alte Assistenten gibt?
- 39 beamtete Zahnärzte über 70 Jahre sind?
- der älteste behandelnde Zahnarzt immerhin schon 92 Jahre alt ist?
- in der Bundesrepublik auf 1577 Einwohner ein behandelnder Zahnarzt kommt?
- jährlich mehr als doppelt so viele Zahnärzte sich neu niederlassen, wie sich zur Ruhe setzen?
- es 1425 niedergelassene Kieferorthopäden gibt, die Hälfte davon Kolleginnen?
- die Lebenserwartung eines Zahnarztes bei etwa 75,25 Jahren liegt?
- es 2038 behandelnd tätige ausländische Zahnärzte gibt, davon allein 823 (= 40%) in Nordrhein-Westfalen?
- in der Bundesrepublik 249 Holländer in eigener Praxis niedergelassen sind?
- der Geschäftsbericht der BDZ 29 Seiten (Un-)Tätigkeitsberichte (incl. Leerseiten!) und über 60 Seiten statistische Tabellen über Zahnärzte enthält (von A wie Altersaufbau der Zahnärzte in Tübingen bis Z wie Zahl der nichttätigen Zahnärzte in Schleswig-Holstein)?
- jetzt wissen Sie endlich, was mit den 5 447 068,70 DM Mitgliedsbeiträgen jährlich gemacht wird !!!

(Quelle: alle Daten lt. Geschäftsbericht BDZ 1987)

---

# Parodontologie

## Die gesteuerte gewebliche Regeneration

F. J. Ahrens

Die Behandlung intraossärer, parodontaler Defekte, speziell intraradikulärer Defekte mit verschiedenen Behandlungsmethoden, zeigte oft nur unbefriedigende Verbesserungen der klinischen Situation.

Verfahren mit autologer Spongiosa waren nicht unproblematisch, oft chirurgisch belastend.

Die Behandlung mit gefriergetrocknetem homologem Knochen nach vorheriger Zitronensäureimprägnierung der gereinigten und geglätteten Wurzeloberflächen zeigten ebenfalls nur begrenzte Verbesserungen der Defekte. Defektauffüllungen mit Hydroxylapatit führten in vielen Fällen zu überraschenden Rückgängen der klinischen Mobilität der Zähne, häufig aber wurden die Granula nach und nach abgestoßen, bzw. durch Fistelgänge abgegeben. Der Verfasser hatte im letzten Jahr Gelegenheit, drei Modifikationen der „gesteuerten geweblichen Regeneration“, „guided tissue regeneration“ (GTR) auf Fortbildungsveranstaltungen kennenzulernen und die operativen Eingriffe am Patienten zu erleben. Mit einer Erfolgsrate von mehr als 90% scheint hier das Verfahren der Zukunft zu liegen, wobei der Aspekt der „Heilung“ besonders fasziniert, da wir in der Zahnheilkunde doch größtenteils nur reparieren!

Das Problem bei parodontalen Defekten besteht u.a. darin, daß vier „konkurrierende“ Gewebearten unterschiedlich schnell wachsen. Den langsam regenerierenden ossären und desmodontalen Strukturen stehen die

schnellwachsenden epithelialen- und bindegewebigen Strukturen gegenüber. Diese Gewebe wachsen bei ossären Defekten in die Tiefe und verhindern eine ossäre- und desmodontale Regeneration. Das Prinzip der GTR verhindert dieses schnelle Tiefenwachstum durch Barrierenbildung und schafft damit dem Alveolarknochen genügend Zeit, sich den desmodontalen Geweben wieder anzulagern. Das operative Vorgehen und die eingesetzten Materialien wurden in der Zwischenzeit modifiziert und sollen im folgenden beschrieben werden: Voraussetzung aller Verfahren ist ein intensives Reinigen und Glätten der Wurzeloberflächen, etwa 2–6 Monate vor dem parodontalchirurgischen Eingriff. Prof. S. Nyman (2) berichtete auf der 11. Jahrestagung der Studiengruppe für restaurative Zahnheilkunde in Kiel im November vorigen Jahres über die Barrierenbildung in der GTR mittels einer Teflonfolie, die so angepaßt wurde, daß sie den Defekt gut überdeckt. Dann wurde der Lappen reponiert, der äußeren Membranoberfläche angelegt und mit interdentalen Nähten fixiert. Eine andere Möglichkeit besteht darin, eine Gore-Tex-Folie zur Defektabschirmung zu benutzen. Von der entsprechenden Firma werden inzwischen eintägige work-shops angeboten, die allerdings über 600.–DM kosten!

Nachteil der Verfahren ist nach ca. 2–3 Monaten eine erneute Lappen-OP zur (oft sehr schwierigen!) Entfernung der Membranen.

Da der apikal gelegene Teil des Defektes gut von der Membran überdeckt sein muß, das apikale Ende der Membran aber noch im Bereich der befestigten Gingiva liegen muß, ist vor dem Eingriff evtl. noch ein freies Schleimhauttransplantat zur Verbreiterung der Zone der befestigten Gingiva erforderlich.

Die Erfolgsrate wurde aber von Nyman mit über 90% angeben.

In einer Düsseldorfer Praxis wurde uns von Dr. H. de Waal vom Klinikum Aachen ein weiteres Verfahren vorgestellt: Er benutzt resorbierbare Materialien, sowohl zur Defektauffüllung (HTR Polymer, Oramatrix 40), als auch zur epithelialen Abschirmung des Defektes (VICRYL WOVEN MESH, Polyglactin 910). Beide Materialien wurden noch zusätzlich mit Tissucol Duo-S Fibrinkleber miteinander verklebt, bevor der Lappen reponiert wurde.

Die Resorption der Vicryl-Membran ist abgestimmt auf die Resorption des HTR-Polymer und die Regeneration des alveolären Knochens.

Auf der letzten Fortbildungsveranstaltung demonstrierte uns Prof. H. Renggli von der Universität Nijmegen ein weiteres Verfahren mit wiederum anderen Materialien.

Der Defekt wurde mit Osteovit (Braun) aufgefüllt und mit Lyodura abgedeckt. Die Fixierung erfolgte mit Histoacryl.

Osteovit ist in trockenem Zustand ein festes Material; man benötigt eine feste Scheere, um es dem Defekt entsprechend zu trimmen. Kommt es aber mit Blut oder Feuchtigkeit in Berührung, quillt es auf und paßt sich dem Defektraum gut an. Dieses Material eignet sich auch für Probleme der ästhetischen Parodontologie.

Prof. Renggli demonstrierte u.a. den Aufbau einer Papille an einem oberen lateralen Schneidezahn. Hierbei wurde von einem

apikalen Schnitt, ähnlich wie bei einer Wurzelspitzenresektion, gewissermaßen „rückwärts“ gearbeitet.

Es bleibt abzuwarten, welche Verfahren sich in nächster Zukunft durchsetzen werden! Es fehlen teilweise noch überzeugende histologische Ergebnisse; manchmal sogar klinische Beobachtungen über einen längeren Zeitraum.

Der Verfasser kann sich trotzdem einer gewissen Faszination nicht erwehren, die allen nicht reparativen, regenerierenden, heilenden Behandlungen eigen ist.

- (1) GARRETT, et al., Loma Linda University, in: „Journal of Clinical Periodontology“, Vol. 15, Nr. 6, Juli/88, S. 383 ff.
- (2) PONTORIERO, LINDHE, NYMAN, et al., University of Pennsylvania, in: „Journal of Clinical Periodontology“, Vol. 15, Nr. 4, April/88, S. 247 ff.

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. F.J. Ahrens*

*Goethestr. 31a; 4047 Dormagen 1*

---

### Zähne der Neandertaler

*Schon die Neandertaler haben nach dem Essen in den Zähnen herumgestochert, um die lästigen Essensrückstände zu beseitigen. Amerikanische Wissenschaftler untersuchten die 50 000 bis 100 000 Jahre alten Zähne von zehn Menschen, die zur Gruppe der Neandertaler gehörten. Sie entdeckten Kratzer an der Zahnoberfläche. Die Untersuchungen ergaben, daß die Beschädigungen von spitzen, dünnen Werkzeugen stammen, ähnlich unseren Zahnstochern. Damit gilt als erwiesen, daß der Zahnstocher zu den ältesten, noch heute existierenden Werkzeugen gehört, so die Wissenschaftler.*

Status 11/88, S. 5

# Prophylaxe ohne Hilfspersonal

## - wissenschaftlich belegt?

Die Zahnarzt-Woche berichtete im Heft 40/88 über eine Umfrage bei Bundesbürgern, die vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) durchgeführt wurde. Demnach ergab die Studie, daß die zahnmedizinische Prophylaxe dem Kompetenzbereich des Zahnarztes zugeordnet wird. „Nach Befragung eines repräsentativen Querschnitts der Bevölkerung sagten fast 73%, daß die Prophylaxe mit all ihren Behandlungsleistungen ihrer Meinung nach eine Domäne des Zahnarztes sei. . . Die Studie sollte auch dazu dienen, der oft verbreiteten Meinung, daß zahnmedizinische Prophylaxe - auch wenn sie keine Zahnsteinentfernung und Diagnose von Zahnerkrankungen beinhaltet - keine Ausübung der Zahnheilkunde sei und deshalb von Hilfsberufen, „Dental-Hygiene-Instituten“ oder „Putzmuttis“ ausgeübt werden könnte, zu widersprechen“. Auch Hinz sieht in der IDZ-Untersuchung den Beweis, daß Patienten den Zahnarzt als einzige Autorität für Zahngesundheitsvorsorge anerkennen und fordern (Kommentar Die Zahnarzt-Woche 41/88).

Vergleicht man diese Schlußfolgerungen mit dem vollständigen Text der Studie „Einstellungen der Bevölkerung zur zahnmedizinischen Prophylaxe“ von Herwegen, Seibel und Bauch, so entsteht der Eindruck, daß der Zahnarzt-Woche nur Zusammenfassung und Schlußfolgerungen der Publikation bekannt waren. Zudem müssen starke

Zweifel an der Seriosität der Untersuchung angemeldet werden.

In der Studie wurde die Frage gestellt: „Wer sollte Ihrer Meinung nach die zahngeundheitliche Vorsorgeberatung durchführen: der Zahnarzt oder ein privates Mundhygiene-Institut?“ 72,4% der Befragten waren der Ansicht, daß der Zahnarzt die durchführende Instanz sein sollte, 9,1% bevorzugten das Mundhygiene-Institut, 18,5% waren unentschieden oder würden beide Instanzen als Anlaufstelle nutzen. Keine Erwähnung findet in der Fragestellung die Beratung durch die Zahnarthelferin oder Zahnmedizinischen Fachhelferin, so daß die Frage insgesamt als bedeutungslos zu werten ist.

77,4% der Befragten wünschten eine Zahnreinigung, Belagsentfernung durch den Zahnarzt. Auch hier bleibt die Möglichkeit der Durchführung durch Hilfspersonal unberücksichtigt.

Die Schlußfolgerung aus der Untersuchung „Zahnmedizinische Prophylaxe wird im weitesten Sinne dem Kompetenzbereich des Zahnarztes zugerechnet, andere Instanzen spielen eher eine marginale Rolle“ muß als wissenschaftlich unhaltbar und unseriös beurteilt werden. Die Studie kann keinesfalls als Argumentationshilfe dafür dienen, die Prophylaxe sei auf Wunsch des Patienten ausschließlich beim Zahnarzt und nicht beim Hilfspersonal anzusiedeln.

*m.w.*

Mit den beiden folgenden Beiträgen stellen wir unsere Reihe über die Prophylaxebemühungen in unseren Nachbarländern fort. Nach der Schilderung der Verhältnisse in Holland (*forum 22*) berichten nun zwei Kollegen aus Karl-Marx-Stadt/DDR über den aktuellen Stand der Präventionsmaßnahmen.

## Die stomatologische Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Karl-Marx-Stadt

J. Päßler

Die Fürsorge im sozialistischen Gesundheitswesen ist in besonderem Maße der heranwachsenden Generation gewidmet. Aus diesem Grunde wurde in der DDR ein gesundheitliches Betreuungssystem aufgebaut, das im Bereich der Kinderstomatologie durch Gesetze, bzw. ihnen gleichgestellte Anordnungen, geregelt ist.

Die praxiswirksamen Pfeiler der Prävention bilden dabei die Maßnahmen der

- *internen Fluorid-Applikation* (Trinkwasser-, Tablettenfluoridierung)
- *Gesundheitserziehung* Mundhygieneprogramme in Kollektiven Ernährungslenkung
- *lokalen Fluorid-Applikation*

Karl-Marx-Stadt ist unter dem Aspekt der Prävention, insbesondere durch die 1959 eingeführte Trinkwasserfluoridierung (TWF), bekannt geworden. Sie hat sich mit großer Effizienz als gesundheitsfördernde präventive Maßnahme von hoher karieshemmender Wirksamkeit erwiesen. Dabei steht bekanntermaßen die lebenslange Verfügbarkeit physiologischer Fluoridkonzentrationen im Vordergrund.

Die Kariesreduktionswerte für die Zähne

der ersten und zweiten Dentition liegen dabei in unserer Stadt zwischen 40 und 50%. Das bedeutet, daß ein 12jähriger zwei bis drei und ein 18jähriger vier bis fünf kariöse Zähne weniger hat.

Das kinderstomatologische Betreuungsprogramm bezieht sich in Karl-Marx-Stadt auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen dem vollendeten zweiten Lebensjahr und dem 18. Lebensjahr (Abschluß der Berufsausbildung bzw. der Erweiterten Oberschule). Es ist schwerpunktmäßig auf die Altersklassen orientiert, die im WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ als Zielgruppen aufgeführt sind (5./6., 12. und 18. Lebensjahr).

Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen im Aufgabenbereich Gesundheitserziehung (Zahn- und Mundhygiene und Ernährungslenkung), sowie in Maßnahmen der lokalen Fluoridapplikation. Gemäß der Effizienz sind die Aktivitäten auf Kinderkollektive unterschiedlicher Altersklassen ausgerichtet. Die Priorität in den Verantwortlichkeiten ist dabei stets auf Mitarbeiter des Gesundheitswesens, d.h. Kinderstomatologen und Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene, gerichtet. Erzieher von Einrichtungen der Volksbildung (Kindergärten, Schulen) übernehmen dabei Aufgaben nach Motivation,

Anleitung und Befähigung durch die kinder-stomatologischen Mitarbeiter.

**Altersklasse 2.–3. Lebensjahr (Krippe):**

- Schwerpunkt: *Gesundheitserziehung:*  
Ernährung  
Habits  
Zähneputzen 1x/Tag
- *Reihenuntersuchung* 1x/Jahr
- *Einflußnahme*  
auf Elternkollektive, Erzieher, Kindergruppen

**Altersklasse 3.–6. Lebensjahr**

**(Kindergarten):**

- *systematisches Erlernen der Zahnputztechnik*
- *Einflußnahme Ernährung*  
(Spiel, Beschäftigung in Gruppen)
- *lokale Fluoridapplikation ab Mittelgruppe (ca. 4. Lebensjahr)*  
1x/Woche Putzen mit Elmex
- *Anleitung von Erzieherkollektiven; Elternabende*
- *Reihenuntersuchungen* 1 (-2)x/Jahr

**Altersklasse 6. bis 8. Lebensjahr**

**(Klassen 1 und 2)**

- *tägliches Zähneputzen*  
im Schulhort unter Anwendung von Elmex 1x/Woche
- *Gesundheitserziehung*  
in Form von Zahnputz-Anleitungen und -kontrollen, Gestaltung von Pioniernachmittagen bzw. Unterricht im Fach Heimatkunde
- *Reihenuntersuchung*  
1x/Jahr mit Überwachung der Gebißentwicklung

**Alterklasse 9. bis 12. Lebensjahr**

**(Klassen 3 bis 6)**

- *2x/Jahr angeleitete und kontrollierte Zahnputztechnik, gekoppelt mit einem Ge-*

*spräch zur Ernährungslenkung*

- *2x/Jahr Reihenuntersuchung mit Kontrolle der Gebißentwicklung*

**Altersklasse 13. bis 14 Lebensjahr**

**(Klassen 7 und 8)**

- *Reihenuntersuchung* 1x/Jahr

**Altersklassen 15. bis 16. Lebensjahr**

**(Klassen 9 und 10)**

- *Reihenuntersuchung* 2x/Jahr

**Altersklassen 17. bis 18. Lebensjahr**

**(Klassen 11 und 12,**

**Erweiterte Oberschule,**

**Lehrlinge 1. und 2. Lehrjahr)**

- *Reihenuntersuchung* 1x/Jahr

Nach unseren Erfahrungen sind Gespräche zur Gesundheitserziehung in Kollektiven bei heranwachsenden Jugendlichen nicht sehr effektiv. Deshalb konzentrieren sich die Aktivitäten zur Anleitung zur Zahn- und Mundhygiene auf das individuelle Gespräch und die praktische Übung im Sprechzimmer bei der stomatologischen Konsultation. Dabei wird die praktische Übung stets mit einer lokalen Fluoridierungsmaßnahme gekoppelt.

Der individuellen Übung messen wir jedoch auch beim kleineren Kind einen sehr hohen Stellenwert zu, zumal in jedem Fall der begleitende Elternteil in das Gespräch integriert wird. Gleichzeitig wird dabei Propaganda gemacht für die Benutzung fluoridhaltiger Zahnpasten.

Unsere Schuljahresanalyse für das Schuljahr 1987/88 ergab folgende Ergebnisse hinsichtlich der WHO-Zielstellungen im Kindes- und Jugendalter:

1. *Altersgruppe 5./6. Lebensjahr:*  
44% Kariesfreiheit (WHO: 50%)
2. *Altersgruppe 12. Lebensjahr:*  
2,3 DMF/T (WHO: 3,0 DMF/T)

3. Altersgruppe 18. Lebensjahr:  
erhaltenes Gebiß (WHO: 75%)  
12. Klasse 91,0% der Population  
2. Lehrjahr 77,6%

Die Diskrepanz der Entwicklung der Extraktraktionsrate bei Jugendlichen in den Erweiterten Oberschulen und in der Berufsausbildung, ausgehend von der gemeinsamen Basis des DMF/T in der Klasse 10 und des Anteils erhaltener Gebisse in diesem Alter (92,1%) veranlaßte uns, unser Betreuungssystem in das Jugendalter auszudehnen. Denn das Inanspruchnahmeverhalten Jugendlicher zum stomatologischen Behandlungsangebot ist naturgemäß in der Jugend stark differierend in Abhängigkeit von individuellen Faktoren dieser Altersklasse. Dagegen scheint das in der Kinderstomatologie aufgebaute Dispensairesystem der Betreuung eher akzeptiert zu werden.

Deshalb werden seit dem Schuljahr 1986/87 die wehrpflichtigen jungen Männer bei der Musterungsuntersuchung zusätzlich einer stomatologischen Kontrolle zugeführt. Be-

handlungsbedürftige werden anschließend von stomatologischen Einrichtungen mit Terminvorgabe zur Behandlung aufgefordert.

Bei den Schwangeren und jungen Müttern erfolgt die Erfassung Behandlungsbedürftiger im Rahmen der Schwangerenbetreuung bzw. die Motivation und Instruktion zu stomatologischem Gesundheitsverhalten in Vorträgen auf Wöchnerinnenstationen.

Die Entlassung der Jugendlichen aus dem kinderstomatologischen Dispensaire erfolgt nach Abschluß der Berufsausbildung bzw. dem Besuch der Erweiterten Oberschule in Form einer gezielte Überweisung an eine allgemein stomatologische Einrichtung. Über markierte Patientendokumentation werden die Jugendlichen dann in einem Recall-System als Gruppe der „jüngsten Erwachsenen“ in eine kontinuierliche Betreuung integriert.

*Anschrift der Verfasserin:*

*Dr. J. Päßler*

*Julian-Marchlewski-Str. 111*

*Karl-Marx-Stadt DDR-9026*

**„Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen.“  
§1 Abs. 1 der Berufsordnung**

**Darum:**



# Zahnärztliches Betreuungsprogramm für die Erwachsenen in Karl-Marx-Stadt

G. Walther

Die Bezirksstadt Karl-Marx-Stadt ist als industrielles Ballungszentrum, in dem vor allem Großbetriebe des Werkzeug- und Textilmaschinenbaus zu Hause sind, bekannt.

Für die Stomatologie verbindet sich aber mit dieser Stadt besonders der Begriff der Trinkwasserfluoridierung (TWF), die hier bereits 1959 als größtes Vorhaben Europas begonnen wurde.

Besonders günstige Voraussetzungen im Wasserversorgungssystem veranlaßten eine Arbeitsgruppe aus Zahnärzten und Wasserwissenschaftlern unter wissenschaftlicher Beratung von Hochschullehrern unseres Faches der Humboldt-Universität Berlin diese gesundheits- und kommunalpolitisch vielseitige Entscheidung vorzubereiten.

Die Großstadt bezieht ihr gesamtes Trinkwasser aus großen Talsperren im Erzgebirge, die über Stollen die Talsperre Einsiedel in der Stadtnähe speisen, von der über eine einzige Trinkwasserleitung die Stadt versorgt wurde. Das machte die Dosierung von 1,0/ppm/Liter Natriumsilikofluorid für das Rohwasser einfacher. Bereits in Vorbereitung der Fluoridierung des Trinkwassers wurden umfangreiche zahnärztliche Untersuchungen in Karl-Marx-Stadt und Plauen durchgeführt, um spätere Veränderungen der Kariesverbreitung einschätzen zu können. Die Vergleichsstadt Plauen liegt 70 km entfernt, ist ebenfalls durch große Industriebetriebe geprägt und demografisch und soziologisch ähnlich strukturiert, aber durch fluo-

ridarmes Trinkwasser versorgt.

Nach einem einheitlichen System wurden in den Folgejahren im vierjährigen Rhythmus Untersuchungen durchgeführt, die ein umfangreiches Datenmaterial erbrachten.

Nach 12 Jahren zeigte sich bei den 3- bis 10-jährigen Kindern ein 40%iger Kariesrückgang für die Milchgebisse in Karl-Marx-Stadt.

Die Kariesrückdrängung bei den Milchmolaren hatte eine Normalisierung des Durchbruches der bleibenden Zähne zur Folge, wodurch auch die Anomalien aufgrund eines vorzeitigen Zahnverlustes um 25% zurückgingen. Nach 16 Jahren spiegelt sich der Kariesrückgang in einem Minus von 3 DMF-Zähnen wieder, 18% der untersuchten Jugendlichen hatten ein primär gesundes bleibendes Gebiß, ohne Füllung, Karies oder Extraktionsfolgen.

Diese Gebißgesundheit der Jugendlichen weiterhin für deren Erwachsenenalter zu erhalten, ist für die Zahnärzte unserer Stadt eine große Herausforderung.

In den 80er Jahren begann dieses Aufrücken der Jahrgänge ins Erwachsenenalter, die ständig unter Bedingungen der TWF aufgewachsen waren.

Zur Einschätzung des oralen Gesundheitszustandes der Erwachsenenpopulation wurde 1982 eine umfangreiche Morbiditätsanalyse nach der International Collaborative

Study of Dental Manpower Systems, ICS-I genannt, durchgeführt.

Die epidemiologische Vergleichsuntersuchung wurde 1972 von der WHO entwickelt und seitdem in zahlreichen Städten auf allen Kontinenten angewendet, so daß interessante Rückschlüsse auf die Effektivität in Form der Anhebung des Gebißgesundheitszustandes der Gesamtpopulation durch das betreffende Betreuungssystem möglich sind.

In der BRD wurde diese Studie 1976 in Hannover durchgeführt, deren Ergebnisse liegen in Veröffentlichungen aus der WHO-Datenbank vor.

Nach der ICS-I wurden in Karl-Marx-Stadt 2084 Erwachsene untersucht, die wahllos für vier Altersgruppen zwischen 25 und 64 Jahren aus einer Einwohnerkartei bestimmt worden waren und der schriftlichen Aufforderung zur Untersuchung nachgekommen waren.

Die Untersuchungen erfaßten den Oralhygiene- und Periodontalstatus, den Karies- und Prothetikstatus.

Das umfangreiche Material ließ einen Vergleich zwischen den Ortsgeborenen und Zugezogenen in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre zu, bei der sich erste Auswirkungen der TWF zeigen konnten. Die Ortsgeborenen hatten einen geringeren DMF-Index und noch 19 primär gesunde Zähne gegenüber 16 bei den Zugezogenen. Damit wird der epidemiologische Effektivitätsnachweis erbracht, daß unter unseren Lebensbedingungen, Ernährungsgewohnheiten und klimatischen Verhältnissen lebenslang verfügbare Fluoride in kariesproduktiver Konzentration den oralen Gesundheitszustand der Erwachsenen günstig beeinflussen.

Die Hypothese einer nur zeitlich begrenzten Wirksamkeit auf das Kindes- und Jugendalter wird somit widerlegt.

Dabei waren diese Probleme 1959 zu Beginn der TWF bereits in einem Alter, in dem die Mineralisationsprozesse fortgeschritten waren, so daß in den 90er Jahren eine erhebliche Verstärkung dieses Trends zu erwarten ist.

In den beiden vergangenen Jahrzehnten sind bedeutende Fortschritte bei der Ausbildung von Zahnärzten quantitativ und qualitativ erzielt worden. Die apparative Ausstattung und Konzipierung der Behandlungsstätten entspricht den modernen internationalen Standards. Die Betreuungsorganisation basiert vorwiegend auf einem staatlichen Gesundheitswesen. Dessen Polikliniken und Stadtambulatorien verfügen über zahnärztliche Abteilungen, in denen bis zu 10 Zahnärzte zusammenarbeiten. Es gibt aber auch Ambulanzen mit Einzelarbeitsplätzen. Auch die größeren Betriebe unterhalten Betreuungseinrichtungen, die auch über zahnärztliche Abteilungen verfügen. Die Niederlassung von Zahnärzten in eigenen Praxen ist zahlenmäßig gering.

Die einheitliche gesamtstädtische Betreuungsorganisation ist eine günstige Basis für die Umsetzungen von Erkenntnissen aus der epidemiologischen Studie. Das geschieht in Form eines Betreuungsprogramms, das längerfristig konzipiert ist und sich an der Proklamation der WHO „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ orientiert.

Dieses Programm hat drei Grundpfeiler:

1. Die Priorität der Zielgruppen 18- bis 24-jährige und 25- bis 34-jährige
2. Veränderungen bei den Inanspruchnahmegewohnheiten und der Organisation der Betreuung
3. Vorgaben von epidemiologisch meßbaren Parametern für eine planbare Anhebung der Mundgesundheit mit der Gesamtbevölkerung.

Unter der Priorität der beiden Zielgruppen im Betreuungsprozeß versteht man beispielsweise die schriftliche Überweisung der 18-jährigen vom Fachzahnarzt für Kinderstomatologie in die Hand des Allgemeinstomatologen im sanierten Zustand um der häufigen Betreuungsunsicherheit in diesem Lebensabschnitt und dem Einbruch in den guten Gebißzustand entgegenzuwirken.

Die Behandlungsunterlagen der beiden Altersgruppen von 18 bis 34 Jahren werden farbig markiert, um die Priorität zu unterstreichen. Bei ihnen wird eine hausärztliche Bindung an denselben Zahnarzt in der Betreuung angestrebt. Ein Kontrollrhythmus von 3 bis 6 Monaten ist das Ziel, dem man erforderlichenfalls durch schriftliche Einladung zur Wiedervorstellung (Recall-System) entgegenkommt.

Das traditionsbehaftete Inanspruchnahmeverhalten ist bekanntlich dadurch geprägt, daß der Patient auf die Beschwerden wartet und damit in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit erheblichen Destruktionserscheinungen zur Behandlung kommt. Dies ist demzufolge umfangreich und zeitaufwendig, beschränkt sich auf restaurative Maßnahmen, ohne den Charakter einer präventiv orientierten Betreuung zu erreichen. Ein Umdenken bei Zahnärzten und Patienten ist erforderlich, um durch Früherkennung und -behandlung der perspektivischen

Zielstellung zu entsprechen, durch Erhaltung einer umfangreicheren Anzahl eigener Zähne bis ins höhere Alter die Eingliederung von Prothesen zu vermeiden bzw. mittels festsitzendem Zahnersatz die rehabilitativen Maßnahmen vornehmen zu können.

Die Anzahl der Zähne, der DMF-Index und dessen Aufspaltung in D-, M- und F-Komponenten sind Beispiele für epidemiologische Parameter. Durch deren numerische Anhebung (z.B. F-Quote) und Absenkung (z.B. M-Anzahl entspricht Extraktionsraten) kann man Zielstellungen für eine bessere Mundgesundheit konkretisieren und deren Erfüllung kontrollieren.

Das Betreuungsprogramm für Karl-Marx-Stadt sieht noch eine Vielzahl weiterer Aspekte zur Verbesserung der Mundgesundheit in allen Erwachsenenaltersgruppen vor. Es wird durch Maßnahmepläne der Leitungen des staatlichen Gesundheitswesens schrittweise in die Praxis überführt, hierbei ist es in den Prozeß eines konzeptionellen Wandels in der Stomatologie eingebettet, der anstelle der noch vordergründigen kurativen und rehabilitativen Behandlungskategorien eine präventiv orientierte Gesamtbetreuung in der Zukunft zum Ziel hat.

*Anschrift der Autorin:*

*OMR Dr. Sc. med. Walther  
Dreiserstr. 15,  
Karl-Marx-Stadt DDR 9063*

---

*Die Tatsache, daß medizinisches Wissen eine Halbwertszeit von höchstens vier Jahren hat, geht an keinem Arzt spurlos ohne Verlust von Qualität vorbei, sofern er sich nicht seinen Bedürfnissen entsprechend fortbildet. (René Salzberg)*

Gesundheitspolitische Informationen  
GPI 3/88, Nr. 4661

---

*1980 gab es in den USA 15 000 Personen im Alter von 100 und mehr Jahren. Heute sind es 25 000, und 2000 werden es 100 000 sein.*

(Robert E. Windom, stellvertretender Gesundheitsminister der USA)

Gesundheitspolitische Informationen  
GPI 3/88, Nr. 4661

# Behindertenbehandlung in Intubationsnarkose - cui bono?

*T. Ropers*

Die Behindertenbehandlung, Sorgenkind der Zahnmedizin, wird wohl von einem Großteil der Kollegenschaft als besonders stressig, den Praxisablauf störend und unsicher im Erfolg gefürchtet. In der Tat brauchen ja unsere behinderten Patienten deutlich mehr Vor- und Nachbereitung, Assistenz und Betreuung als unsere sogenannten „normalen“ Patienten. Da bietet sich die Behindertenbehandlung unter Intubationsnarkose als segensreiche Alternative an: Freies Operationsfeld, keine störenden Reflexe, in planbaren, umfangreichen Sitzungen können auch aufwendige Behandlungen erfolgreich zu Ende geführt werden.

Meinen Patienten Oliver, 25 Jahre alt und skelletal, muskulär und neurologisch schwerstbehindert, hatte ich bis vor einigen Jahren mit Ambition und viel Zuwendung durchaus noch unter normaler Lokalanästhesie behandeln können. Es war schon Angst mit im Spiel, wenn Oliver beim Nahen der Injektionsspritze in heftige Zuckungen geriet und ich Sorgen haben mußte, statt eines Flecks Mucosa im Munde, Lippe oder Wange treffen zu können. Dennoch gelang es stets, Oliver mit den erforderlichen konservierenden Behandlungen zu versorgen und die dankbaren Augen Olivers waren Entschädi-

gung für viel Mühe.

Mehrere Jahre verlor ich Oliver aus den Augen. Ich hörte, daß er in Folge einer weiteren Verschlechterung seines Krankheitsbildes auch stationär behandelt worden war. Ein besonderer Rollstuhl war ihm angepaßt worden, und : von zahnärztlicher Seite war er unter Intubationsnarkose durchsaniiert worden. Dies Sanierung bestand aus mehreren festsitzenden Brücken. Als ich ihn jetzt wiedersah, war der Hygienezustand allerdings beklagenswert. Oliver ist auch überhaupt nicht in der Lage, die motorische Koordination zu einer auch nur halbwegs ausreichenden Mundhygiene zu leisten. Sorgenvoll muß ich also mitansetzen, daß die aufwendige Restaurationsarbeit in Olivers Mund in Folge der fehlenden Hygienemöglichkeiten über Gingivitiden, Parodontalleiden und ihre Folgen, sowie andererseits auch über kariöse Defekte an den Kronenrändern keine Chance hat, längere Zeit zu halten.

Diese Beispiel sollte Anlaß sein, erneut sehr intensiv über Indikation und Kontraindikationen bei große umfassenden Sanierungsprojekten in Behindertenmündern nachzudenken. Sicher gilt einerseits, daß behinderte Menschen durch Einbußen im natürlichen Gebiß zusätzliche Einschränkun-

gen erfahren, wie z.B. bei der Sprachbildung. Andererseits sind größere Defekte an den Zähnen stets Folge ungenügender Hygiene.

Wie so oft liegt also der Schlüssel bei der Prophylaxe. Wer - auch als behinderter Mensch - in die Lage versetzt wird, seine Zähne belagfrei zu halten, wird von größeren Defekten in der Mundhöhle verschont bleiben. Andererseits sind - wenn gute Hygiene vorliegt - bei etwaigen Defekten auch aufwendigere Reparaturen und Rekonstruktionen sinnvoll und auf Dauer ökonomisch. Sinnlos und unökonomisch sind dagegen noch so aufwendige Restaurationsarbeiten bei behinderten Patienten dann, wenn eine ausreichende Hygiene in den Mündern dieser Patienten nicht sichergestellt werden kann.

Solcherart Behandlungen führen nur dazu, daß die Behandler quasi von Baustelle zu Baustelle irren müssen, die Patienten überdies wieder und wieder den ihnen unangenehmen Torturen der Behandlung ausgesetzt sind. Wenn diese Behandlungen dazu noch in Intubationsanästhesie erfolgen, so darf auch das wiederholte Narkoserisiko - zumal bei behinderten Patienten - nicht außer Acht gelassen werden.

Ich empfehle daher, für solche Fälle von Behindertenbehandlungen, bei denen mit Sicherheit keine auch nur annähernd ausreichende Hygiene auf Dauer erzielbar ist, einen einfacheren und formal weit weniger ambitionierten Behandlungsweg: Nachdem intensivste Bemühungen um diese Patientengruppe auf dem Gebiet der Prophylaxe erfolglos geblieben sind, nachdem sicher feststeht, daß infolge geistiger, motorischer oder sozialer Defekte eine akzeptable Mundhy-

giene nicht erzielt werden kann, beschränke ich mich darauf, bei dieser Personengruppe lediglich schmerzende Zähne zu extrahieren und frühzeitig mit einfach konstruierten herausnehmbaren Zahnersatzsystemen zu versorgen. Mir ist dabei bewußt, daß dieser Lösungsweg den weiteren Abstieg und Zahnverlust bei diesen Patienten beschleunigt. Ebenso klar ist mir jedoch, daß die Endversorgung mit einer Totalprothese bei diesem Personenkreis ohnehin unvermeidlich sein wird und daß jede unnötige Tortur auf dem Weg dahin dem Patienten erspart wird. Zudem besteht gerade bei diesem Patientenkreis eine weit höhere Motivation zur Behandlung, wenn tatsächlich behandlungsbedürftige Ursachen, nämlich Schmerzen, erfahren worden sind. Auch wird das in jüngeren Jahren noch besser vorhandene Lernvermögen ausgenützt, um den erforderlichen aktiven Inkorporationsvorgang seitens des Patienten zu begünstigen. Die Patienten erleben bei dieser Vorgehensweise den Behandler als Erlöser von Schmerzen und lassen sich fast immer durchaus auch ohne Intubationsnarkose behandeln.

Oberstes zahnmedizinisches Ziel bei allen gesunden und vor allem auch behinderten Patienten sollte sein, Schäden im Zahn-, Mund- und Kieferbereich zu verhindern. Erfolge in der Prophylaxe erweitern dann selbstverständlich auch den Indikationsrahmen für restaurative Maßnahmen. Wo Hygienefähigkeit hergestellt werden konnte, lohnen sich jedwede restaurative Maßnahmen, auch Überkronungen, ggf. auch festsitzender Brückenersatz, und wenn es sein muß, auch in Intubationsnarkose.

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Till Ropers*

*Alter Marktplatz; 42162 Steinkirchen*

# Rechtsunsicherheit beendet

R. Kirschner

Mit dem Inkrafttreten der geänderten GOÄ am 1.7.88 ist die bestehende Unsicherheit über die Berechenbarkeit von Verbrauchsmaterialien nach der GOZ weitgehend beendet.

Der in §4 GOZ nicht näher erläuterte und definierte Begriff des Sprechstundenbedarfs aktivierte einige Abrechnungskünstler zu munterer Verbreitung abenteuerlicher Abrechnungstips jenseits des guten Geschmacks.

Nun, nach der Novellierung der GOÄ, ist der Begriff des Sprechstundenbedarfs im wesentlichen präzisiert, doch werden wohl in Randbereichen einige weiterhin mögliche strittige Fragen leider erst in zu erwartenden Gerichtsverfahren geklärt werden müssen.

Kein Zahnarzt sollte jedoch versäumen, die verwendeten Materialien in seinen Liquidationen auch zu berechnen. Erste überschlägige Kalkulationen ergeben bei Nichtberücksichtigung einen Verlust von etwa 2000-2500 DM pro Jahr schon für die Normalpraxis mit geringem Privatpatientenanteil.

Im §10 GOÄ ist der Sprechstundenbedarf abschließend aufgeführt. Alle nicht erwähnten Materialien dürfen (und sollten) demnach gesondert berechnet werden. Jeder Zahnarzt kann nun individuell die entstandenen Kosten weitergeben. Zu bemerken ist jedoch, daß die geforderten Erstattungskosten in realistischer Größenordnung angesetzt werden müssen, d.h. es muß sich um eine echte Kostenerstattung handeln. Es ist mehr als zweifelhaft, ob kalkulatorische Kosten in die Berechnung einfließen können.

Unumstritten war bisher schon der Ansatz der entstandenen Laborkosten für jede Art von Zahnersatz und alle Arten von Einlagefüllungen. Einige zusätzlich berechenbare Materialkosten sind unter den entsprechenden Gebührenordnungspositionen darüberhinaus ausdrücklich erwähnt (Metallfolie Pos. 214, Blutgerinnungsmaterial Pos. 411 etc.).

Im folgenden geben wir Ihnen eine Aufstellung mit Beispielrechnungen der sicherlich häufigst genutzten Praxismaterialien in der Normalpraxis:

## 1. Anästhetika

Carpulen:	Preis je nach bevorzugter Marke 0,42-0,80 DM	
	Beispiel: Ultracain Preis durchschnittlich	0,76 DM
Flaschen:	Preis je ml je nach Marke 0,21-0,30 DM	
	Beispiel: Ultracain (2 ml) durchschnittlich	0,52 DM
Brechampullen:	Preis je Ampulle je nach Marke 0,58-1,15 DM	
	Beispiel: Ultracain durchschnittlich	0,90 DM

**2. Abdruckmaterialien**

Alginat:	Preis per kg zwischen 20.- und 53.- DM bei ca. 25 Abdrücken/kg	0,90-2,45 DM
Silikon:	Preis per kg zwischen 25.- und 125.- DM bei ca. 15 Abdrücken/kg	2,00-8,50 DM
Polyäther:	Preis per kg zwischen 195.- und 260.- DM bei ca. 12 Abdrücken/kg	16,00-22,00 DM
Hydro:	Preis per Tube zwischen 5,60 und 9,50 DM bei ca. 1 Abdruck/Tube	6,75-11,00 DM
Funktionsabdruck:	Preis per kg zwischen 20.- und 120.- DM bei ca. 30 Abdrücken/kg	0,70-4,50 DM

(bei allen Abdrücken wurde eine eventuelle Korrektur mit dünnfließendem Material eingerechnet!)

**3. Konfektionierte Kronen**

Metall	3,65-4,40 DM
Kunststoff	1,35-1,60 DM

**4. Stiftverankerungen für Füllungen je nach Werkstoff** 2,25-7,20 DM**5. Nahtmaterial atraumatisch (je Nadel-Fadenkomb.)** 4,60-6,35 DM**6. Kunststoffe für Provisorien je Krone/Brückenglied** 0,10-0,25 DM

Die genannten Preise sind jedoch nur Anhaltspunkte zur Größenordnung. Sie können in keinem Fall Ihre individuelle Berechnung ersetzen. Vergessen Sie in keinem Fall jedoch die von Ihnen bezahlte Mehrwertsteuer mit zu rechnen. Nachvollziehbar und für eventuelle Rückfragen beweisbar sollte Ihre Kalkulation immer sein. Alle weiteren berechnungsfähigen Materialien können Sie anhand der obigen Beispiele nach Ihrer

Dental-Depot-Einkaufsrechnung leicht selbst berechnen. Aus obigen Beispielen ersehen Sie aber auch, welche gravierenden Preisunterschiede bei oft gleichwertigen Materialien herrschen. Möglicherweise kann obige Liste auch der Anhaltspunkt zu gezielten Wechseln von Materialien sein.

Wir fassen noch einmal die berechnungsfähigen Materialien zusammen:

Metallfolie	Verankerungselemente	konfektionierte Kronen
Anästhetika	Abdruckmaterialien	konfektionierte Hülsen
apik. Stiftsysteme	Aufbauschrauben	endo. Verankerungselem.
Implantate	Implantatteile	atraum. Nahtmaterial
alloplast. Material	Material zur Blutgerinnung	kieferorth. Hilfsmittel
Material bei hämorrh. Diathese	Kunststoffe bei Provis. u. Unterfütterungen	

... nicht erwähnt sind die per Laborrechnung nachweisbaren Materialkosten.

Wie weit Sie aber letztlich die Kosten nicht ausdrücklich ausgeschlossener Materialien, wie sie in manchen Verbandspublikationen angeregt werden (Einmal-Mundschutz, Röntgenbilder/Fotomaterial etc.) berechnen, müssen wir Ihrer persönlichen Entscheidung überlassen. Wir appellieren aber an Ihre Fairness und Fürsorgepflicht gegenüber den Patienten.

Leider richten inzwischen sehr viele Kollegen ihre Therapie für ihre Privatpatienten nach den Vorschriften und Therapiestandards der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beihilfeverordnungen und Beihilfestellen der Beamten tun ein übriges, um aus durchsichtiger Kostenersparnis die Thera-

pien auf ein kassenärztliches Niveau zu senken. Wir warnen jedoch dringend, solche Einschränkungen widerspruchlos zu akzeptieren. Diese Einschränkungen betreffen nach unserer Erfahrung besonders Verblendungen von Kronen und Brücken im Seitenzahnbereich. Sie handeln damit sicherlich nicht im Interesse der privatärztlichen Versorgung Ihrer Patienten. Gleichzeitig engen Sie sich selbst jedoch die Therapiefreiheit ein, mit fatalen Folgen für die weitere Zukunft.

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Rudolf Kirschner*

*Jägerskamp 3-5*

*4422 Ahaas*

## Für ein gesundes professionelles Selbstbewußtsein

### Darum:



#### Gesundheitspolitik

*Sie hat die Rahmenbedingungen so zu gestalten, daß eine weitere Verbesserung des Leistungsangebotes ermöglicht und nicht die Kostendämpfung zu einem Ziel an sich gemacht wird. Statt dessen müssen gezielt ökonomische Anreize gesetzt werden, damit das nach der Erfahrung Erforderliche und der Nachfrage des Patienten Gemäße geleistet wird.*

M. Arnold, Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt,  
Stuttgart: Hirzel '86, S.148

#### Großbritannien: Finanzierung des Gesundheitswesens durch Lotterien?

*In einer Marplan-Meinungsumfrage wurde die Bevölkerung gefragt, ob die benötigten zusätzlichen Einnahmen für den Nationalen Gesundheitsdienst über höhere Steuern oder über Lotterien beschafft werden sollten. 64% nannten Steuern, 30% Lotterien speziell für das Gesundheitswesen.*

*(„The Lancet“, 28. Mai 1988).*

Gesundheitspolitische Informationen  
GPI 3/88, Nr. 4680

# Zahn-Perspektiven 1995

R. Kirschner

Die Beurteilung, ob es sich hier um eine Prophezeiung oder nur eine Überlegung handelt, überläßt der Verfasser zunächst einmal jedem Leser selbst.

Die Tendenz zu folgenden Überlegungen zeichnet sich jedoch durch die bereits begonnenen sogenannten Strukturreform-Maßnahmen und die politischen (sprich: monetären) Vorgaben deutlich ab. *Federführend* in der Durchsetzung dieser Zielvorgaben ist der *Freie Verband Deutscher Zahnärzte*. Vermutlich werden nachfolgende Regelungen 1995 eingeführt sein:

1. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen haben zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse Recht auf begrenzte zahnmedizinische Versorgung mit einfachsten Mitteln. Versicherte, die nachweisbar regelmäßige zahnmedizinische Untersuchungen und Prophylaxebehandlungen nachweisen können, erhalten darüber hinaus, ebenso wie Kinder bis zum 16. Lebensjahr, eine umfangreichere Versorgung zu Lasten der Krankenkasse.

2. Zu den begrenzten Leistungen zu Lasten der Krankenkasse zählen:

- a. Füllen kariöser Defekte an Milchzähnen und permanenten Zähnen mit Kunststoff- oder Amalgamfüllungen,
- b. notwendige Extraktionen und Nachbehandlungen,
- c. notwendige endodontische Maßnahmen, soweit sie zum Erhalt einer vollständigen Zahnreihe erforderlich sind,
- d. diagnostisch aufwendigere Maßnahmen

- (Röntgen etc.), nur wenn sie mit den unter a. und b. genannten Maßnahmen in unmittelbarem Zusammenhang stehen,
- e. als Prophylaxe-Maßnahme das Zahnsteinentfernen und die Zahnreinigung, jedoch nicht mehr als 1 x im Jahr,
- f. die prothetische Versorgung erstreckt sich auf den Ersatz verlorener Zähne durch einfache Kunststoffprothesen, allerdings erst ab vier fehlender Zähne pro Kiefer,
- g. kieferorthopädische Hilfe besteht zu Lasten der Krankenkassen nur bei angeborenen Kieferfehlbildungen oder Fehlbildungen, die durch bewiesene Arbeits- einflüsse entstanden sind,
- h. Anspruch auf Parodontalbehandlung besteht nur im Zusammenhang mit schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen, wenn nachweisbar der Erhalt eines vollständigen und sanierten Gebisses stark gefährdet ist.

3. Alle darüber hinausgehenden zahnmedizinischen Maßnahmen auf allen Teilgebieten bedürfen der vorgehenden Genehmigung der Krankenkassen, die im Voraus die Kostenbeteiligung des Patienten nach Überprüfung des Gebißzustandes durch den kassen-eigenen Medizinischen Dienst festsetzt. Diese Überprüfung ist auch bei der rein privatärztlichen Behandlungsplanung notwendig, wenn künftig weiterhin die Grundleistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen werden sollen.

4. Als Höchstgrenze für die Übernahme von Kosten durch die Krankenkassen gilt im

Bereich des Zahnersatzes und der Versorgung mit Kronen ein Betrag von 50.- DM je Krone oder zu ersetzendem Zahn, unabhängig von der Art des gewählten Ersatzes. Damit ist die Versorgung durch ein vollständiges Gebiß fast vollständig ohne Eigenbeteiligung des Patienten möglich. Eine sozial unverträgliche Belastung ist somit ausgeschlossen. Gleichzeitig wird die Eigenverantwortung der Patienten zur Beachtung zahngesundheitlicher Regeln gestärkt. Ein in der Regel selbstverschuldeter Zahnverfall erfordert von den Versicherten somit höhere Eigenbeteiligung.

5. Für Kinder und nachweisbar regelmäßig zahnmedizinisch versorgte Patienten ergibt sich darüberhinaus eine weitergehende Versorgung zu Lasten der Krankenkassen. Es werden zusätzlich übernommen:

- a. Retentionsstifte bei Füllungsmaßnahmen,
- b. Fluoridierungen,
- c. Kosten der zahnhygienischen Versorgungsmaßnahmen in kasseneigenen Hygieneinstituten (1 x jährlich), einschließlich einer eingehenden Ernährungsberatung durch geschulte Fachberater,
- d. Kosten der Anästhesie bei konservierenden Zahnbehandlungen.

6. Alle anderen zahnmedizinischen Leistungen, insbesondere Leistungen aus den Bereichen des Zahnersatzes, der Implantologie, der Kieferorthopädie und der Parodontologie sind vom Versicherten als nicht lebensnotwendig und überwiegend kosmetische Maßnahmen direkt mit dem Zahnarzt zu vereinbaren und abzurechnen.

7. Damit wird in einem freiheitlichen und selbstverantwortlichen Medizinsystem die Primärverantwortung für die Zähne jedem

einzelnen Versicherten selbst auferlegt. Eine Ausnutzung des sozialen Systems zu Lasten der Allgemeinheit kann so nicht mehr stattfinden. Im Zeichen der Selbstvorsorge und freien Marktwirtschaft kann sich jedoch jeder Patient die für seine persönlichen Bedürfnisse notwendigen zahnmedizinischen Leistungen selbst besorgen. Insofern wird auf die Möglichkeit einer privaten Versicherung verwiesen.

8. Als weiterer wichtiger Punkt ist zu nennen, daß nun völlige Therapiefreiheit für alle Zahnärzte herrscht. Alle Zahnärzte sind somit frei von allen Zwängen des anonymen Sachleistungsprinzips und können endlich den Patienten kostenverständliche und transparente Liquidationen erstellen.

Ende der Vision

**Nachsatz des Verfassers:**

...woher ich das habe, werden Sie - geneigter Leser - fragen...!?

Ich habe nur die Ideen des FVdZ konsequent weiterentwickelt, die politische Linie fortgeschrieben und die zu erwartende gesellschaftliche und arbeitsmarktpolitische Struktur berücksichtigt. Außerdem habe ich einen Blick ins benachbarte - heute soviel gepriesene - Holland getan.

**Wetten, daß es so oder ganz ähnlich kommen wird... ?**

Gegenwetten werden gern entgegengenommen..., vor allem von den Zahnärzten, die dann absolut überzählig sind! Statt jetzt 35000 Zahnärzte brauchen wir dann höchstens noch 15 000... Naja, die Bevölkerungszahl sinkt ja sowieso, ... und vielleicht gibt's auch noch Stilllegungsprämie für Zahnärzte aus der EG-Kasse!

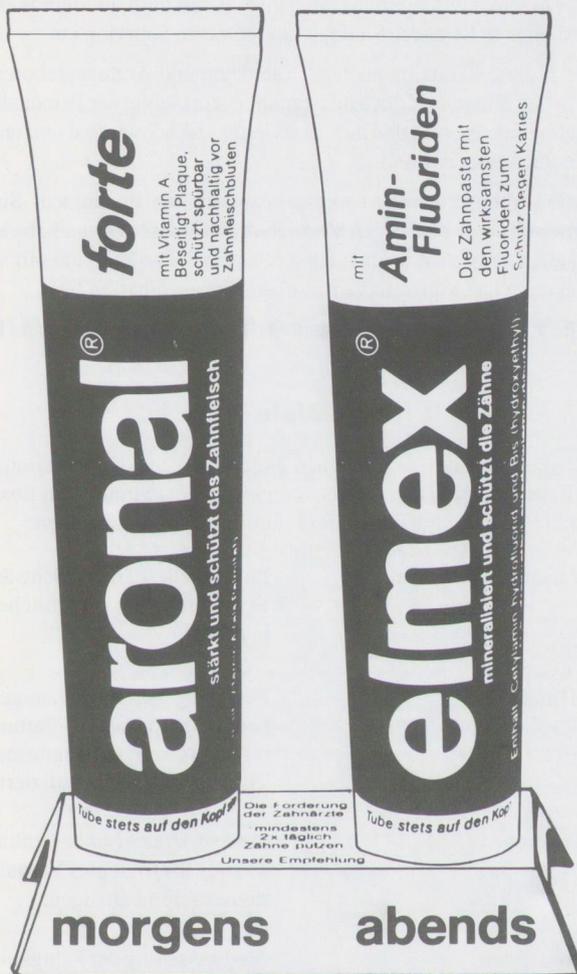
*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Rudolf Kirschner  
Jägerkamp 3-5; 4422 Ahaus*

# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung

---

# Führungskräfte-Intervall-Training

Dieses unten skizzierte Training wird seit inzwischen mehr als 10 Jahren erfolgreich für Führungskräfte der Wirtschaft durchgeführt. So gehört es fest zum internen Weiterbildungsprogramm für Mitarbeiter in leitender Stellung bei Siemens, Schering etc.

Erstmals wird jetzt dieses Training auch für Zahnärzte und Ärzte angeboten. Auch sie sind Führungskräfte in der Wirtschaft, doch meistens auf dem Gebiet der Personal- und Praxisführung professionell nicht geschult und auf langwierige, oft schwierige und enttäuschende autodidaktische Versuche angewiesen.

Wie kann ich die Arbeitsmotivation meiner Angestellten in meinem Sinne verändern? Warum funktionieren meine bisherigen Versuche dazu nicht? Warum habe ich eine so große Fluktuation in meiner Praxis? Wie kann ich das ändern? Wie kann ich mir verantwortungsbewußte, mitdenkende und kooperative Mitarbeiterinnen schaffen?

Antworten auf diese und viele andere Fragen werden in dem Training ganz individuell erarbeitet.

## Ziele

Analyse und Erweiterung des persönlichen Führungs- und Kooperationsstils sowie die Umsetzung der Erkenntnisse in die Praxis. Steigerung der Fähigkeiten, flexibel und erfolgreich mit unterschiedlichen Situationen der Führungspraxis umzugehen:

### **Führung und Zusammenarbeit:**

Individuelle Stärken-/Schwächenanalyse und Erweiterung des persönlichen Verhaltensrepertoires.

### **Methodisches Handeln:**

Festigung bereits bekannter und Erlernen neuer methodischer Führungs- und Kooperationsweisen - Diagnose, Auswahl und Timing der jeweils indizierten Methode.

### **Strategisches Denken:**

Ausbau strategischer Denkansätze und Umsetzung in effizientes Verhalten in Organisationszusammenhängen.

### **Umgang mit Konflikten:**

Verbesserung der Fähigkeit in unterschiedlichen Situationen angemessen auf Konflikte zu reagieren und in optimalere Konfliktsituationen umzusetzen.

### Inhalte:

Widersprüche und Dilemmata zwischen den Rollenanforderungen der Umwelt und den spezifischen Ausprägungen der eigenen Person - Grundlagen zwischenmenschlicher Wahrnehmung und Kommunikation - Gesetzmäßigkeiten von Gruppenabläufen und Gruppenprozeßanalyse - Konflikt, Konfliktarten und Konfliktlösungsstrategien - Schritte zur Lösung komplexer Probleme - Zur Rolle des Moderators in Besprechungen, Teamsitzungen, Projektgruppen u.ä.m. -.

### Methoden:

Der Kurs besteht aus **zwei Teilen**, die aufeinander aufbauen und miteinander verzahnt sind. Die Teilnahme am Basistraining (10-14 Teilnehmer) ist zwingende Voraussetzung für die Teilnahme an den Supervisionstreffen (6-8 Personen).

Im **Basistraining** steht nicht die alltägliche Praxis im Vordergrund der Arbeit, sondern die Erfahrung und Reflexion des unmittelbaren Geschehens in der Gruppe. Diese Erfahrungen werden ermöglicht und erweitert durch:

- Situations- und Prozeßanalysen
- Kurzlektionen und Arbeitsunterlagen
- Reflexionen des Gruppenprozesses incl. des jeweiligen eigenen Anteils daran
- Zusammenfassung und Lernhinweise der Trainer

In den **Supervisionstreffen** (3x) werden auf der Grundlage der im Basistraining erworbenen Gruppenkohäsion und des Kenntniszugewinns der Teilnehmer **konkrete Praxisfälle** aus dem Arbeitsbereich der Teilnehmer bearbeitet. Die erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten jedes Falles werden zwischen den Supervisionstreffen in der Praxis erprobt, das Ergebnis in den Folgetreffen überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt. Je nach Thema des Praxisfalles kommen zusätzliche Arbeitsweisen dazu (z.B. rationale Problemanalyse und Entscheidungsfindung, emotionale Verdichtungsschritte durch Rollenspiele, Gestaltübungen, psychodramatische Vignetten, soziometrische Verfahren u.ä.m.).

**Teilnehmer:** Teilnahmevoraussetzung für dieses **Intervall-Training** ist eine berufliche Stellung mit leitender Verantwortung für Mitarbeiter.

**Termine:** **Basistraining:** 03.05. - 07.05. 1989  
**Supervision 1, 2, 3:** Termine und Ort werden bekanntgegeben. (jeweils 2 Tage)

**Ort:** **Für das Basistraining:** Bad Hotel in Bad Überkingen  
**Die Supervisionstreffen** finden in München statt.  
Dabei sorgt jeder für seine Unterkunft. Vorschläge können erfragt werden.

**Preis: Basistraining:** 2.250.- zuzüglich ca. 120.- pro Tag für Einzelzimmer mit Vollpension.  
**Supervisionstreffen:** 900.- pro Treffen (gesamt: 2700.-); (Selbstzahlerreduktion auf Anfrage.)

**Leitung und Anmeldung:** Klaus Krämer, ALPHAS-Zentrum für Organisationsentwicklung und Führungstraining:  
Walhallastr. 13, 8000 München 19, Tel. 089/17 26 26  
Dr. Knut Krützmann, Wagnmüllerstr. 21, 8000 München 22, Tel. 089/22 67 05.  
Schriftliche Anmeldung bis spätestens 31.01. 1989

Hillenbrand · Meindl  
**STUDIENFÜHRER**  
**ZAHNMEDIZIN '89**

Dieser Studienführer Zahnmedizin gibt umfassende Informationen zu Studium und Beruf des Zahnarztes:

- Neuregelung der Studienplatzvergabe
- Zulassungschancen
- Wichtige Adressen
- Studienaufbau
- Lehrinhalte der Studienfächer
- Literaturempfehlungen
- Berufsweg nach dem Staatsexamen
- Fort- und Weiterbildungswege
- Zukunftsaussichten und Prognosen

ISBN 3-92667-01-1

164 Seiten - Preis: **DM 9,80**

Bestellungen an Studienverlag Neumeier GmbH, Rathausstraße 4, 8450 Amberg

**Bestellschein**

Senden Sie mir bitte einen Studienführer Zahnmedizin zum Preis von DM 9,80 zzgl. Versandkosten

Abs.: \_\_\_\_\_

**ULRICH SEEBERGER**  
Dipl. Ing. Architekt  
Dechbettener Straße 46  
8400 REGENSBURG  
Telefon (09 41) 2 57 11

*Denkmalgeschütztes Haus in der Regensburger Altstadt, von Privat (kein Makler) zu verkaufen. Mögliche Finanzierung: Zinsverbilligte Darlehen zu 0,5% und öffentl. Zuschüsse.*  
**ERHEBLICHE STEUERERSPARNIS**

**Sanierungsinteressierte bitte**  
Tel. 0941 / 2 57 11



**Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!**

**Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:**

**28. 2. 1989**

# Interessante Alternative

## Neues auf dem Versicherungsmarkt

H. Richthammer

Ärztliche Versorgungswerke sind eine Grundversorgung, die Familie abzusichern oder die Altersvorsorge sicherzustellen. Die Probleme der gesetzlichen Rentenversicherung treffen auch die berufsständischen Einrichtungen.

Eigeninitiative ist nötig, um langfristig den Lebensstandard zu sichern. Eine neuartige Versicherungsform - die **Variable Investment Police** - bietet bisher nicht gekannte **Flexibilität und Gestaltungsformen**.

Im Gegensatz zum bisher üblichen Kapital-Lebensversicherung, bei der Versicherungsdauer, Todesfallsumme etc. bei Beginn festgeschrieben werden, bringt diese absolut neue Form eine Reihe erheblicher Vorteile. Sie ist eine Weiterentwicklung der fondsgebundenen Lebensversicherungen und hat folgende Besonderheiten:

- Die **Vertragslaufzeit** ist nicht festgeschrieben. Höchstdauer ist bis Alter 75, Mindestlaufzeit ist aus steuerlichen Gründen 12 Jahre. Dazwischen kann der Vertrag jederzeit ganz oder teilweise beendet werden ohne den bisherigen oft erheblichen Verlust bei vorzeitiger Kündigung.

- Der **Versicherungsschutz**, d.h. die Leistung im Todesfall kann flexibel alljährlich neu festgesetzt werden entsprechend der persönlichen Risikosituation und der Vermögenssituation. Sind beispielsweise die

Kinder selbständig, kann der Versicherungsschutz deutlich reduziert werden.

- Die **Vermögensanlage** bestimmt der Versicherte selbst, d.h. er kann festlegen, in welchen von 3 bestehenden Investmentfonds sein Geld angelegt wird. Dabei kann auch flexibel auf die verschiedenen Fonds aufgeteilt oder zwischen den Fonds umgeschichtet werden.

Es stehen zur Verfügung:

*Elfozins* - ein deutscher Rentenfonds. Schwerpunkte bilden Anleihen, Pfandbriefe, Kommunalobligationen und Bankschuldverschreibungen.

*Elfoaktiv* - investiert in deutsche Aktien. Standardwerte und aussichtsreiche Spezialwerte stehen im Vordergrund.

*Elfoflex* - ein internationaler Mischfonds. Das Kapital wird je nach Marktsituation in Aktien oder festverzinslichen Wertpapieren internationaler Kapitalmärkte angelegt.

Die Fonds werden von erfahrenen Fondsmanagern der Equity & Law Fondsmanagement Gesellschaft für Kapitalanlagen mbH betreut. Sicherheitsorientierte Anlagekonzepte bestimmen Wachstum und Ertrag der Fonds.

- Die **Transparenz** ist wesentlich besser, als bisher bei Lebensversicherungen ge-

wohnt. Der Versicherte erhält alljährlich eine Jahresübersicht. Sie gibt Auskunft über die Beitragsverwendung, die Kosten des Versicherungsschutzes und die Höhe der angesammelten Vermögenswerte. Ein 40-jähriger Versicherter kann bei einem Monatsbeitrag von z.B. DM 500,- einen Versicherungsschutz im Todesfall zwischen DM 60.000 und DM 480.000 wählen.

Eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ist möglich. Die Versicherung ist von Versicherten jederzeit ohne Frist kündbar.

Diese Versicherungsform ist in Großbritannien seit Jahrzehnten bewährt und u.a.

Grund für die bessere Vermögensrendite im Vergleich zu deutschen Kapitalversicherungen.

Die Equity & Law Direktion für Deutschland ist eine Niederlassung der englischen Equity & Law Life Assurance Society PLC, die bereits 1844 in London gegründet wurde und seit 1974 in der Bundesrepublik arbeitet.

Weitere Informationen und auf Ihre persönlichen Wünsche abgestimmte Zahlen erhalten Sie gegen Einsendung des folgenden Abschnittes an die Redaktion des *forum*.

Herbert Richthammer  
Versicherungsmakler VMV

An den  
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
Dr. Jürgen Heidtkamp  
Wahlenstr. 18  
8400 Regensburg

Ich bitte um die Unterlagen über die V.I.P. der Equity & Law

Name ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen .....

Monatsbeitrag DM ..... Todesfalleistung .....

Berufsunfähigkeitsrente monatl. DM: .....

---

# Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde



## Der DAZ 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 Wirtschaftsprüfungen 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

---

## Qualität

- die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen, als Basis zahnärztlicher Gesundheitspolitik
- die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.

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 KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen von Kammern und KVZen.

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Die DAZ fordert:

- 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 Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

# DAZ forum

die Zeitschrift von Zahnärzten für Zahnärzte  
Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ  
ist der zweitgrößte Berufsverband in Deutschland.  
Das DAZ *forum* ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

## Impressum

● **Redaktion:**

Dr. Jürgen Heidtkamp,  
Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg

- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich. Auflage 1. 800 Stück
- Das DAZ *forum* wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ - *forum*, soweit die Auflagenhöhe dies zuläßt.
- Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.
- 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.

● **Zuständig für Annoncen:**

Dr. Wolfgang Lell,  
Hermann-Geib-Str. 59a  
8400 Regensburg

- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie bitte eine Druckvorlage im DIN A5 oder DIN A4 Format an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Für eine **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen. Sie erhalten dann fünf Filme zu Ihrer weiteren Verwendung. Preis: DM 200.-
- **Inseratpreise:**  
Ganze Seite DIN A 5:       DM 500.-  
Halbe Seite:                   DM 300.-
- Beilagen im DAZ *forum* sind nur nach Rücksprache mit der Redaktion möglich.



Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten,  
senden Sie die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine  
der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

- DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen
- DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. J. Krämer, Hauptstr. 215, 7819 Denzlingen
- DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 67, 2000 Hamburg 1
- DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. M. Witte, Hunoldstr. 62 c, 2906 Hundsmühlen
- DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. H. Diewald, Donaustauerstr. 25, 8400 Regensburg
- DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

**Hauptgeschäftsstelle des DAZ**

Dr. Claudia Wohlgemut, Lindenschmittstr. 44, 8000 München 70, Tel.: (089) 7 25 02 46

**Pressestelle des DAZ**

Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

- Ich bin Mitglied im DAZ und möchte wissen, wieviel ich mit dem CENTRAL-GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG sparen kann.  
Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Datum Ehefrau \_\_\_\_\_

Zahl der Kinder \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

Stud./ cand. med. dent. beitragsfrei

angest. ZÄ/ZA 75,- DM\*

selbst. ZÄ/ZA 120,- DM\*

\*bei Studiengruppenmitgliedern zuzügl. Studiengruppenbeitrag

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde  
– DAZ –

Donaustauer Str. 25  
8400 Regensburg

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde  
– DAZ –

Donaustauer Str. 25  
8400 Regensburg