

DAZ FORUM

**Fragen zur
Körperschaftswahl**

**Qualitätssicherung
ärztlicher Leistungen**

Compliance

**Schul- und
Jugendzahnpflege
in Zürich**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Die konservierende Arbeit ist
auf ein Fünftel zurückgegangen**
Interview mit
Prof. Dr. Th. Marthaler, Zürich



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

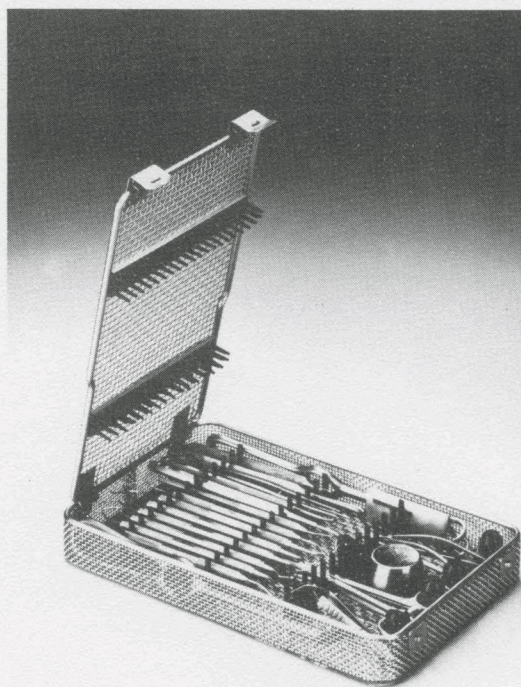
04680 Zschadraß

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

Rudolf Hegen
Postgasse 3
Postfach 1136
D-7090 Eilwangen
Tel.: 0 79 61/ 5 40 66



Parodontal-Chirurgie-Instrumente mit Spezial-Tray



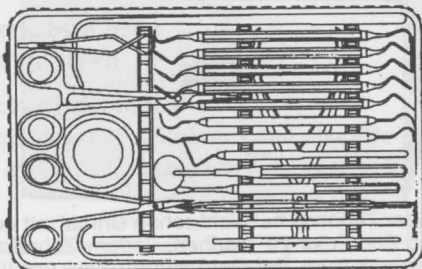
Zusammenstellung nach der Empfehlung der Poliklinik
für Parodontologie am Zentrum der Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde der Universität Münster



Parodontal-Chirurgie-Set Modell Münster

DB 960
AESCULAP-Parodontal-Chirurgie-Set, Modell Münster,
bestehend aus:

- | | |
|--------|---|
| BT 405 | Wangenhaken nach Middeldorp |
| BB 73 | Skalpellgriff |
| OM 309 | Raspatorium nach Koenig |
| BD 217 | Anatomische Pinzette |
| BD 669 | Chirurgische PARO-Pinzette
145 mm lang, 1,1 mm breit |
| DO 642 | Gingiva-Raspatorium |
| DA 14 | Mundspiegel |
| DA 74 | Mundspiegelgriff |
| DB 768 | Parodontometer, PCP 11,
Meßskala farbcodiert,
3 mm - 6 mm - 8 mm - 11 mm |
| DA 470 | Zahnsonde, doppelendig, EXD 5 |
| DA 482 | Furkationssonde, P2N, nach Nabers |
| DB 530 | Zahnreiniger, T 2/3, nach Taylor |
| DB 534 | Kürette, GF 4, nach Goldman-Fox |
| DB 529 | Zahnreiniger, CI 2/3, sichelförmig |
| DB 543 | Kürette, 4R/4L, Columbia |
| DB 550 | Zahnreiniger, SH 6/7, sichelförmig |
| BT 343 | Wundhaken (Mundwinkelhalter) |
| FO 409 | Hohlmeißelzange, nach Luer-Friedmann |
| DB 95 | Arkansas-Schleifstein 75 x 25 x 7 mm |
| BC 117 | Nahtschere |
| BC 154 | Gingivaschere, nach La Grange |
| DO 251 | Gingivaschere, nach Goldman-Fox |
| BM 128 | Nadelhalter mit Schere, nach Olsen-Hegar |
| BF 407 | Tuchklemme, nach Jones |
| JG 513 | Schälchen, Ø 30 mm, Metall |
| JF 345 | Wasch-Tray mit 3 Kunststoff-Lagerungsstegen und 4 Kunststoff-Haltestiften für
Ringgriff-Instrumente am Tray-Boden sowie 2 Noppenstege am Tray-Deckel |
| TE 596 | Packschablone |



**komplett
1962,- DM**

Die Instrumente des kompletten Sets werden einheitlich mit mattierter Oberfläche ausgeliefert.
Bei Bestellung einzelner Instrumente ist jedoch der Hinweis **matt** erforderlich.

Editorial – Herr Schönhuber und der Zahnersatz	5
Freiheit – wozu oder wovon?	6
Fragen zur Körperschaftswahl	9
Warum Wahlen?	12
Urteil des Sozialgerichts Hannover DAZ ohne Anspruch auf Übersendung von Adressen durch die KZV Niedersachsen	14
Zahnärztekammer Niedersachsen beim Oberverwaltungsgericht unterlegen	18
Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen Die Feststellungen und Forderungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	22
Compliance Zur Jahrestagung 1988 der deutschen Gesellschaft für Parodontologie in Hannover	35
Schul- und Jugendzahnpflege in Zürich- was wurde damit erreicht?	40
Die konservierende Arbeit ist auf ein Fünftel zurückgegangen Interview mit Prof. Dr. Th. Marthaler, Zürich	46
Neues zum Thema: Kollegiale Diskussion zwischen DAZ und FVDZ	53
Pressemitteilung	55
Buchbesprechung	57
Ungeordnet aufgelesen	58
Guter Rat ist teuer Rechtsschutzversicherung für die Praxis	69
Impressum	75





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
Uberl
American Orthodontic

Editorial

Herr Schönhuber und der Zahnersatz

H.-W. Hey

Ist das zu glauben? Da mutmaßten Wahlanalytiker zum Ausgang der Berliner Senatswahlen, ein Teil der Bürger habe die rechtsextremen Republikaner gewählt, um den Regierungsparteien u. a. wegen des Gesundheitsreformgesetzes einen Denkzettel zu verpassen. Vielleicht übertrieben, daraus zu schließen, viele Bürger wollten mit diesem Staat nichts mehr zu schaffen haben, weil er ihnen nun noch mehr Eigenbeteiligung an Brille oder Zahnersatz abverlangt. Aber paßt das nicht doch zu anderen Beobachtungen, die während der letzten Jahre gemacht wurden?

Daß ein großer Teil der Bevölkerung Übergewichtig ist, ist bekannt, wobei als besonders bedenklich die Zahl betroffener Kinder anzusehen ist.

„Uns geht es kulinarisch so gold, daß allein die Ausgaben für die Folgen der Überernährung die Bilanz des Gesundheitswesens in rote Zahlen treiben (W. Wagener, in DIE NEUE ÄRZTLICHE, Nr. 188/88).“ Nur ein verschwindend kleiner Teil der Bundesbürger scheint sich überhaupt für gesunde Lebensweise zu interessieren. So ergab ein Modellversuch „Gesundheitsberatung durch Ärzte“ in Hamburg und in der Pfalz, daß das Beratungsangebot zu gesundheitsbewußtem Verhalten nur von 18,1% der Versicherten in Anspruch genommen wurde. Ähnliches wird übrigens auch aus dem Bereich der Verbraucher-Informationen berichtet: Interessant sind offensichtlich nur Ratschläge für die aku-

te Situation, nicht aber solche, die Schwierigkeiten und Nachteile verhindern könnten.

Noch deprimierender erscheint das Verhalten der Bevölkerung bei der Krebsvorsorge: Hier wurde für das Jahr 1986 eine durchschnittliche Beteiligungsquote von 30% bei den Frauen, und ganzen 11% bei den Männern festgestellt (DIE NEUE ÄRZTLICHE, Nr. 21/89).

Daß sich noch immer ein hoher Prozentsatz der Bürger überhaupt nie oder nur selten die Zähne putzt, dürfte in diesem Zusammenhang vergleichsweise bedeutungslos sein.

Aber paßt nicht auch die Einstellung vieler Beamter in dieses Bild, die es als unzumutbar empfinden, wenn Versicherung und Beihilfe ihre Krankheitskosten nicht zu 100% abdecken?

Wie lange muß man noch warten, bis sich die Erkenntnis mehrheitlich durchsetzt, daß unser größtes zukünftiges Problem nicht die Bezahlung von Umwelt- und Gesundheitsschäden ist, sondern deren Verhinderung?

Mitnehmen, was der Staat bietet, aber sich nicht einmal für sich selbst verantwortlich fühlen - mit dieser Mentalität wird unsere Gesellschaft den großen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte - Ressourcen-Mangel, Überbevölkerung und Erhaltung der Lebensräume auf der Erde, im Wasser und in der Atmosphäre - machtlos gegenüberstehen, erst recht mit Parteien und (Ver-)Führern wie Herrn Schönhuber, deren Blick durch Selbstgerechtigkeit, Egoismus und Ignoranz getrübt ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Hanns-W. Hey

Lindenschmitzstr. 44; 8000 München 70

Freiheit - wozu oder wovon?

R. Ernst

Das *Verwaltungschaos* zur Einführung der Kostenerstattung ist undurchschaubar. In allen Behörden werden Formulare entworfen und verworfen; Krankenkassen-Außenstellen holen sich frühmorgens einen Schuhkarton voll Geld von der Bank und bringen ihn abends wieder hin; der nun endlich nicht mehr anonyme Patient plündert für seine Prothesenbruchreparatur die Haushaltskasse; der Zahnarzt muß sich für das Honorar für Heil- und Kostenpläne und seine Auslagen für Material-Pauschalen vorsorglich Rechtstitel offenhalten, bis die Gerichte entscheiden, ob ein Gesetz eine ungeliebte Berufsgruppe enteignen darf.

Bei alledem ist in der Öffentlichkeit und bei den Politikern fast unbemerkt geblieben, daß eine *Minderheit* von zahnärztlichen Standesvertretern unter rigider Führung des Vorstandes des FVDZ dabei ist, die Versorgung der Bevölkerung mit Zahnersatz aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszudrängen. Es handelt sich dabei immerhin etwa um die Hälfte der Gesamtausgaben für Zahnbehandlung. Dieser Gruppe von Funktionären ist offenbar entgangen, daß die gerechte Versorgung der Bevölkerung und der Wohlstand der Berufsgruppe erst 1975, also dem Jahr der Hereinnahme des Zahnersatzes in die Sozialversicherung, begonnen hat.

Von der Einführung der Kostenerstattung und (später) den Festzuschüssen verspricht sich diese Gruppe, daß die Mengen nicht mehr statistisch erfassbar und damit unkontrollierbar werden - einziges Mittel gegen Deckelung und Budgetierung der Vergütun-

gen. Sie hofft dabei, daß die „Nachfrage“, also die Mengenentwicklung unverändert bleibt, daß also alle Patienten bereit sind, verminderte Kassenleistungen aus der eigenen Tasche zu bezahlen - ohne Arbeitgeberanteil und außer ihren Krankenkassenbeiträgen, die natürlich weiter zu entrichten sind.

Spekulationen von *Marketing*-Strategien, nach denen die „Wohlstandseinkommen“ (!) bis zum Jahr 2000 von heute 35% auf 50% ansteigen werden, ermutigen sie. Kein Zweifel - diesen 50% wird sich jeder Zahnersatz „verkaufen“ lassen. Wir sind auf dem Wege dahin.

Wer sorgt sich aber um die Fortsetzung der flächendeckenden Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung mit qualifizierten Gesundheitsleistungen - wie z. B. Zahnersatz? Wer verhindert die Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsschichten und standortbenachteiligter Landstriche? Wer wirkt dort dem Verlust an Know-how und apparativer Ausstattung entgegen? Wo ist die Lobby für die 50% ohne „Wohlstandseinkommen“?

Der DAZ ruft alle dem Gemeinwohl verpflichteten Ärzte und Zahnärzte, Krankenkassen, Politiker und Verbraucherschutzverbände auf, diesem Treiben einiger kurzsichtiger Standesfunktionäre Einhalt zu gebieten. Der Einstieg in die Privatisierung der Zahnersatzkosten ist der Ausstieg aus dem Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist der Rückfall in die unwürdige Mehr-Klassen-Medizin.

Das nun angesteuerte Festzuschußsystem sichert nämlich nur noch einen Basiszuschuß der Krankenkasse und öffnet die Manege für

NEU!

Aktuelle Fachbücher

qb
quintessenz
bibliothek

Robert P. Renner

Anatomie und Ästhetik des mastikatorischen Systems

Dieses Lehrbuch beschreibt unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Zahnanatomie die Systematik des gesamten stomatognathen Systems. Es bietet praktizierenden Zahnärzten, Zahntechnikern und zahnmedizinischen Fachhelferinnen die Möglichkeit zu einer Wissensaufrischung und -vertiefung. Dem Studierenden der Zahnheilkunde vermittelt dieses Werk ein solides Wissen über die phänotypisch normale Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsanatomie.

April 1989, 291 Seiten, 508 Abbildungen (davon 115 farbig), Leineneinband, 22 x 25 cm, ISBN 3 87652 395 8, Bestell-Nr. 2415, DM 240,- inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten

Sergl/Müller-Fahlbusch

Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin

In Einzelbeiträgen werden die verschiedenen Aspekte der Zahnarztangst behandelt. Psychologen, Soziologen, Zahnärzte aus Klinik und Praxis nehmen zu diesem Thema in Übersichtsreferaten und Berichten über experimentelle und klinische Untersuchungen Stellung. Grundlage der Beiträge sind die überarbeiteten Referate der 1. Jahrestagung des Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 1988 in Mainz.

Januar 1989, 160 Seiten, 143 Abbildungen, Balacronbroschur, 17 x 24 cm, ISBN 3 87652 231 5, Bestell-Nr. 2315, DM 98,- inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten

Bestell- Coupon

Bitte einsenden an:
Quintessenz Verlag
Ifenpfad 2-4, D-1000 Berlin 42

Bitte senden Sie mir
folgende(n) Buchtitel:

- Ex. Anatomie und Ästhetik des mastikatorischen Systems von R. Renner
Best.-Nr. 2415 à DM 240,- inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten
- Ex. Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin von Sergl/Müller-Fahlbusch
Best.-Nr. 2315 à DM 98,- inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten

Absender:

Name

Str./Nr.

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

99/108 VO 3/89



Abrechnungsartisten. Kann der Gesetzgeber das zulassen? Denn „heraus aus dem Sachleistungssystem“ bedeutet auch „heraus aus dem Sicherstellungsauftrag“. Eine Schwächung der KZVen führt unweigerlich zu Verträgen von Kassen mit einzelnen Zahnärzten - vielleicht mit denen, die bestimmte Qualitätsstandards garantieren.

Die Aufgabe der KZVen ist es einmal gewesen, die Honorare zu verteilen, das Abrechnungswesen und die Einhaltung der kasenzahnärztlichen Pflichten zu überwachen und sich - quasi genossenschaftlich - für die Rechte der Kollegen einzusetzen. Die autoritär-zentralistische Führung des FVDZ hat aus der Genossenschaft aber ein Syndikat gemacht mit undurchschaubarem Ämterfilz und Machtmißbrauch. Die KZVen wurden Behörde, Kontrollapparat mit Staatscharakter. Die Interessenvertretung der Kollegen in den Praxen ist verloren gegangen. Nicht mehr sie steht im Vordergrund, sondern die Machterhaltung und -verwaltung des Apparates. Aus einer gesundheits- und honorarpolitischen Interessenvertretung der Zahnärzte im wohlverstandenen Interesse aller, wurde eine

von allen Partnern („Gegnern“, „Feinden“) leicht durchschaubare Pressure Group für Eigeninteressen.

Die *Alternative*, vom DAZ seit Jahren gefordert, braucht aber eine starke Selbstverwaltung mit selbstkritischem Gestaltungswillen und Durchsetzungsvermögen nach innen unter qualitativen Gesichtspunkten und nach demokratischen Spielregeln. Die Vorstände müssen aus der Rolle der Befehlsempfänger des FVDZ heraus, um wieder politikfähig zu werden. Die Entscheidung der KZBV-Hauptversammlung am 18.1. war dazu ein erster Schritt.

Sie müssen beweisen, daß sie mehr wollen als Gesundheitsleistungen zu möglichst hohen Preisen an Patienten mit „Wohlstandseinkommen“ zu vermarkten. Einmal heraus aus dem politischen Abseits, können sie an den Gesetzgeber und an die Sozialpartner wieder Forderungen stellen, die Chancen haben gehört zu werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst

Waldblick 2; 2905 Edewecht

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

Darum



Fragen zur Körperschaftswahl

Chr. Nielsen

Das geltende Mehrheitswahlrecht hindert auch relativ starke Minderheiten an der „parlamentarischen Mitarbeit“. Der DAZ fordert deshalb die Einführung des Verhältniswahlrechts bei Körperschaftswahlen.

Konkurrierende Parteien und die Berücksichtigung von Minderheiten sind Prinzipien demokratischer Wahlordnungen. DIE GRÜNEN zum Beispiel oder die von Zahnärzten so hofierte F.D.P. wären bedeutungslos, wenn ihnen die 5%-Klausel nicht auch die Chance und Verpflichtung zur politischen Mitverantwortung übertragen würde.

Die Wahlmodalitäten zu den zahnärztlichen Körperschaften sind dagegen in den meisten Bezirken repressiv. Der - lange Zeit konkurrenzlose - FVDZ bestimmt die Berufspolitik, eine Art Politbüro des „zentralistisch geführten Kampfverbandes“ (BIEG) in der Godesberger Mallwitzstraße beansprucht das Monopol standespolitischer Entscheidungen. Apparat und personaler Filz sind perfekt, sodaß die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der BDZ häufig genug zu ausführenden Organen des Freien Verbandes deformiert werden. Ein Paradebeispiel war die jüngste Auseinandersetzung über die Durchführung der Kostenerstattung beim Zahnersatz. Wer nicht spurt, sieht sich Drohungen, Unterstellungen, dem Ausschluß ausgesetzt. Unsere Berufspolitik findet im Rahmen eines „demokratischen Zentralismus“ statt, dessen Einheitspartei FVDZ sich

als repräsentativ für alle Zahnärzte versteht. Die jüngste, vielfache Forderung einer „Urabstimmung“ wurde schlicht überhört. Jede Art von Opposition wird als lästig und standesschädigend empfunden. Man befindet sich „im Krieg“ (BIEG). Da ist es nur konsequent, wenn Landesvorsitzender DYGATZ feststellt, „früher hätte man Kollaborateure an die Wand gestellt!“.

Charme eines Kampfverbandes.-

Bei den KZV-Wahlen im vergangenen Herbst gab es zum erstenmal eine nennenswerte Zahl konkurrierender Listen. In München kandidierte der DAZ und erhielt 19,6% der abgegebenen Stimmen. Die bestehende Wahlordnung verhinderte jedoch, daß dieses Votum zu entsprechenden Mandaten führte. Die absolute Mehrheit des FVDZ sicherte diesem - legalerweise - alle Sitze in der Vertreterversammlung.

Ist dieses Verfahren aber auch legitim, ist es demokratisch? Ist es politisch klug, ist es kollegial, ein Fünftel der Kollegen unter Quarantäne zu stellen, sie von politischer Mitverantwortung auszugrenzen?

Vertreterversammlungen sollten die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln. Können Wahlordnungen das nicht gewährleisten, müssen sie geändert werden. Die Initiative dazu sollte von der Zahnärzteschaft selbst ausgehen. Es wäre ein Nachweis politischer Reife und die Bestätigung einer funktionierenden Selbstverwaltung, wenn diese „Demokratisierung“ auch ohne Intervention von Verwaltungsgerichten und Innenmini-

sterien ablaufen könnte. Der DAZ jedenfalls würde die einvernehmliche, „interne“ Lösung bevorzugen.

Kreative, kompetente und couragierte Kolleginnen und Kollegen sind - wie überall - auch in der Zahnärzteschaft nicht gerade Reglerscheinungen. Wer wüßte das besser als die Verantwortlichen in den Zahnärztehäusern? Ämterhäufungen und der oben gebrandmarkte „Filz“ sind ja häufig unfreiwillig entstanden. Der Zwang einer (zu) dünnen Personaldecke ist vermutlich viel gravierender als bloßer Ehrgeiz und Pfründewirtschaft Einzelner. Ist es denn vertretbar, die nachgewiesene Bereitschaft zur politischen Mitarbeit qua Wahlordnung versanden zu lassen? Ist es nicht vielmehr dringend geboten, kritisches Mitdenken auch von außerhalb des FVDZ-Tellerrandes zuzulassen, um unsere Berufspolitik wieder mit mehr Lebendigkeit, Intellektualität und Glaubwürdigkeit nach innen und außen auszustatten? Diese Eigenschaften sind unter dem FVDZ-Monopol systematisch verkümmert.

Das sehen offensichtlich viele Kolleginnen und Kollegen ebenso. Wie anders ist sonst die nachlassende Bereitschaft zum berufspolitischen Engagement zu erklären? Ist nicht die dürftige, nur um 50% schwankende Wahlbeteiligung Ausdruck tiefsitzender Unzufriedenheit und Verdrossenheit? Demonstrative Wahlenthaltung - angesichts so existentieller standespolitischer Weichenstellungen - ist auch eine Reaktion auf die undurchsichtigen Schlammschlachten des FVDZ. Die verbreitete Lethargie vieler Zahnärzte liegt wohl auch darin, immer wieder erleben zu müssen, wie abweichende Meinungen weggebügelt werden, wie sich der Freie Verband der Standesmedien bemächtigt hat, wie die von allen Kollegen

finanzierten Körperschaftsorgane als FVDZ-Postillen mißbraucht werden. So trifft GUTMANNs Diagnose, die Zahnärzte seien „desinformiert und desinteressiert, man muß sie zwingen!“ nur die Symptome, ohne jedoch die Ätiologie zu bedenken, die durch all die jahrelangen Einseitigkeiten und sonstigen Demokratie-Defizite des FVDZ geprägt ist.

Wir appellieren deshalb besonders an die verantwortlichen Kollegen in den Körperschaften, den konstruktiven Effekt und die demokratische Rechtfertigung jeder „Opposition“ zu erkennen und sich für eine rasche Reform der Wahlordnungen einzusetzen. Wir plädieren für ein System der Verhältniswahl, das eine Mandatsverteilung entsprechend den abgegebenen Stimmen vorsieht. Dieser Modus entspricht einem pluralistischen Demokratieverständnis, das auch Minderheiten berücksichtigt. Realistische Prozenzhürden sollten die Arbeitsfähigkeit unserer Vertreter- und Delegiertenversammlungen sichern; 20% aber unberücksichtigt zu lassen, ist nicht hinnehmbar.

Die aktive Teilnahme von Minderheiten an Entscheidungsprozessen kann sich nur positiv auswirken und zu gegenseitig differenzierter Sicht führen. Gemeinsame Verantwortung schafft besserer Lösungen. Der DAZ und nach unserer Kenntnis auch keine andere Gruppierung werden auf absehbarer Zeit mehrheitsfähig sein, dazu sind allein Ziele und Programme zu anspruchsvoll und „unbequem“. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte ist also auch weiterhin seiner saten Mehrheit sicher! Umso unverzichtbarer erscheint es jedoch, auch kritische Impulse, unkonventionelle Vorschläge und Angebote in die berufspolitische Diskussion einfließen zu lassen.

Es kann für unseren Berufsstand nicht gut sein, die in „Oppositionsgruppen“ angesammelte theoretische und praktische Kompetenz zu verschleudern und die betroffenen Kollegen auf außerparlamentarische Wege der Einflußnahme abzudrängen.

Der DAZ wäre für eine außerparlamentarische Opposition groß genug, nur der Berufsstand ist für eine APO zu klein!

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

**Kollegial, Kritisch
Konstruktiv, Kompetent**

Darum



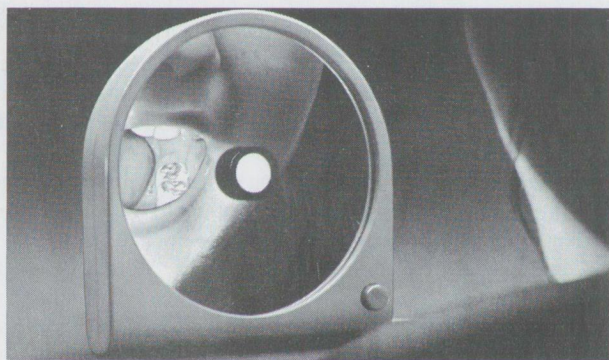
Unerläßlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht- Spiegel



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

Für Praxis und Patient!

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



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



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

Warum Wahlen?

R. Lemmer

Wir haben seit 1945 das Glück und den Vorzug, in einem Land zu leben, in dem wir die große Chance haben, wählen zu dürfen. Das war in der Vergangenheit in dieser Form und in diesem Ausmaß noch nie gegeben. Dieses Wahlrecht beinhaltet aber auch eine Wahlpflicht, d.h. jeder von uns trägt Mitverantwortung für das Funktionieren unseres Gemeinwesens - ob das der Staat ist, eine Gemeinde oder eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes.

Diese Mitverantwortung schließt, besonders bei sogenannten Funktionsträgern, Loyalität, Seriosität und Sachverstand ein sowie in unserem Fall auch ein hohes Maß an Kollegialität. Wenn diese Voraussetzungen fehlen, ist Gefahr im Verzug für das Wohlergehen jeder Institution, die Verantwortung zu tragen hat, auch für die Körperschaft des öffentlichen Rechtes.

Was ist zu tun? Fehlentwicklungen, Missstände wie Verfälschung, demagogische Verhaltensweisen, Fehlentscheidungen sind klar anzusprechen, anzuprangern - wenn Sie wollen, zu bekämpfen! Auch wenn ich das Wort „Kampf“ im Zusammenhang mit kollegialen Auseinandersetzungen nicht mag, heißt das nicht, sich einem Kampf nicht zu stellen.

In diesem Zusammenhang ist die Zukunft unseres Berufsstandes von höchster Wichtigkeit - dafür zu kämpfen ist sehr wohl ein lohnendes Ziel, das nie aus den Augen verloren werden darf! Das setzt jedoch die von mir vorher beschriebenen Eigenschaften voraus, wenn diese Anstrengungen von Erfolg gekrönt sein sollen. D.h. wir brauchen nicht nur

die Loyalität der Kollegenschaft sondern auch Standespolitiker von hohem Rang auf allen Ebenen, die überzeugend, wahrhaftig, seriös und glaubwürdig für den Berufsstand stehen - sowohl nach innen - der Kollegenschaft gegenüber - als auch nach außen, der uns nicht immer wohlgesonnenen Öffentlichkeit gegenüber. Beide Zielrichtungen sind nicht voneinander zu trennen.

Also - woher nehmen? Ich bin sicher - das geht vor allem die Jüngeren unter uns an - es gibt und muß unter uns Kolleginnen und Kollegen geben, die unter Hintansetzung von Machtbewußtsein, Intoleranz, Eifersüchteleien und Egoismus sich bereit finden und auch geeignet sind, die von mir beschriebenen Eigenschaften in das Gemeinwohl der Kollegenschaft einzubringen. Sie sollten keine Angst haben, sich zu exponieren, vor Wahlordnungen, Vorschriften etc. zu kapitulieren, sie werden da hinein wachsen. Das Wichtigste ist, bereit zu sein, Opfer an Freizeit, evtl. auch finanziellem Verlust, zu akzeptieren, der nur teilweise durch die Körperschaft ausgeglichen werden kann und sich einsetzen zu wollen für die Kollegenschaft.

Wichtig ist auch zu wissen, daß eine gewisse Indolenz in der Kollegenschaft - wie in anderen Berufsgruppen auch - vorhanden ist. Diese muß überwunden werden - heute mehr denn je!

Hier ist die Persönlichkeit und die Überzeugungskraft eines Standespolitikers gefragt. Heuchelei, leeres Wortgeklingel, Unaufrichtigkeit werden schnell durchschaut und sind nicht gefragt.

Zur Frage: Woher nehmen? Jetzt z. B. finden Körperschaftswahlen statt. Hier muss angesetzt werden, wenn Sie zu Wort kommen wollen! Vergessen Sie, daß der Zahnarzt ein Einzelkämpfer ist! Setzen Sie sich mit anderen Kolleginnen und Kollegen zusammen, diskutieren Sie um standespolitische Fragen, sagen Sie Ihre Meinung in Versammlungen, suchen Sie Kolleginnen und Kollegen, die genau so denken wie Sie. Würgen Sie Unzufriedenheit auch konträre Meinungen nicht ab und vergessen Sie nicht, daß jeder von uns eine besondere Stellung im sozialen Gefüge einzunehmen hat, die es zu verteidigen gilt - gerade jetzt!

Zum Praktischen! Nehmen Sie sich z. B. die Wahlordnung vor, wählen Sie aus Ihrer Mitte einen Sprecher, dem Sie vertrauen - denken Sie an die oben erwähnten Voraussetzungen - oder schließen Sie sich bestehenden Gruppierungen an, die Ihre Ansichten repräsentieren! Sind Sie sehr kritisch, fordern Sie heraus, beziehen Sie klare Stellung, seien Sie aber auch kompromiss- und verständigungsbereit! Haben Sie den Mut, neue Wege zu beschreiten, schauen Sie in die Zukunft, öffnen Sie neue Perspektiven.

Eins ist klar - Standespolitik ist nicht immer Zuckerlecken, aber sorgen Sie dafür, daß Objektivität, Sachverstand, Ehrlichkeit des Wollens immer die Oberhand behalten. Es liegt nur an Ihnen, immer die Köpfe darauf zu stossen!

Sicher gibt es auch einen Verschleiß an standespolitischer Aussagekraft, an Standhaftigkeit und Führungskraft. Sicher gibt es auch Machtbesessenheit, Demagogie, Kleben an standespolitischen Stühlen, Hinterlist und Unfairness! Lassen Sie sich nicht davon entmutigen! Sie allein können dafür sorgen, das abzuschaffen. Sie allein können es besser machen.

Es liegt in unser aller Interesse, unseren

Berufsstand nur von den besten Kolleginnen und Kollegen führen zu lassen. Stellen Sie sich den Herausforderungen, seien Sie nicht halbherzig in der Wahrung Ihrer Interessen. Nützen Sie die Chancen, die Ihnen gegeben sind, wählen Sie, vertrauen Sie Ihrer Urteilskraft - zum Nutzen Ihres Berufsstandes, den Sie gestalten müssen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rolf Lemmer

Deutschherrenstr. 73

5300 Bonn-Bad Godesberg

Gelesen:

USA: Die teuren Behandlungen

Amerikanische Versicherungen haben eine Liste besonders teurer Behandlungen herausgegeben, deren Notwendigkeit in Zukunft besonders abgeklärt werden soll: Lebertransplantation 175 000 \$, Pflege (8 Monate) vorzeitig geborener Säuglinge mit schweren Schäden 168 000 \$, Leukämie-Pflege mit Knochenmark-Transplantation, fünf Jahre, 161 000 \$, Herz-Transplantation 83 000 \$, AIDS-Behandlung 50-150 000 \$, aorta-koronarer Bypass (5 Jahre, ohne Nachoperation, die in 20% der Fälle notwendig ist) 33 500 \$, psychiatrische Pflege (5 Jahre, mit einer Hospitalisation) 28 000 \$.

Gesundheitspolitische Informationen

GPI 3/88, Nr. 4688

Urteil des Sozialgerichts Hannover DAZ ohne Anspruch auf Übersendung von Adressen durch die KZV Niedersachsen

M. Witte

Bereits im Dezember 1987 forderte die Studiengruppe Oldenburg zur Wahlvorbereitung bei der KZV Niedersachsen ein aktuelles Adressenverzeichnis der Kolleginnen und Kollegen der Verwaltungsstelle Oldenburg an. Ein 3-monatiger Schriftverkehr führte nicht zum Erfolg. Im Gegensatz zu anderen KZVen verweigerte die KZVN die Adressenherausgabe. Die Zulässigkeit der Datenübermittlung ergibt sich aus § 24 Bundesdatenschutzgesetz.

Ende März 1988 wurde von 10 Zahnärztinnen und Zahnärzten der Studiengruppe Oldenburg Antrag auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung gegen die KZV Niedersachsen wegen der Herausgabe von Anschriften der Verwaltungsstelle Oldenburg und wegen der Verletzung der Neutralitätspflicht und der Zweckentfremdung öffentlicher Gelder gestellt. Die beiden letzten Anträge ergaben sich aus einer Versendung des Freien Verbandes, Landesverband Niedersachsen, die von der KZVN postfreigestempelt wurde.

Daraufhin stellte die KZV Niedersachsen Antrag auf einstweilige Anordnung gegen 10 Zahnärztinnen und Zahnärzten des DAZ, weil sie sich durch deren Antrag „unlauter angegriffen“ fühlte. Ihnen sollte auferlegt werden, obengenannte Schuldzuweisungen und unsachliche Äußerungen zu unterlassen. Dieser Antrag wurde Ende Mai 1988 vom Sozialgericht Hannover zurückgewiesen.

Im April 1988 wies das Sozialgericht den

Antrag auf einstweilige Anordnung zur Herausgabe der Anschriften der Zwangsmitglieder aus dem Verwaltungsstellenbereich Oldenburg zurück. Das Gericht vertrat die Ansicht, daß die Wählerverzeichnisse mindestens 6 Wochen vor Beginn der Wahl der Vertreterversammlung zur Einsichtnahme ausliegen. In der Begründung heißt es weiter: „Im übrigen steht es den Antragstellern frei, sich über Fernsprehbücher und ähnlich öffentlich zugänglichen Verzeichnisse in den Besitz der Adressen zu bringen.“ Dabei verkannte das Gericht, daß die aufgezeichneten Möglichkeiten kein aktuelles Adressenverzeichnis bieten.

In dem Beschluß des Sozialgerichts wurde die KZV Niedersachsen verpflichtet, „ab sofort die Frankierung von zur Verwendung bestimmter Post des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte - Landesverband Niedersachsen - an die Mitglieder der Antragsgegnerin (= KZVN - Anmerkung des Verfassers) mit ihrem Freistempler auf ihre Kosten zu unterlassen.“

Gegen diesen Beschluß wurde sowohl von der Studiengruppe Oldenburg wegen der Zurückweisung des Antrages zur Herausgabe des Adressenverzeichnisses als auch von der KZVN Beschwerde eingereicht. Die KZVN begründete ihre Beschwerde damit, daß es sich bei der Versendung der Druckstücke des Freien Verbandes durch die KZVN um einen „Verwaltungsirrtum“ gehandelt habe.

Ende Mai 1988 wurde Klage gegen die

SIEMENS

Nur der geschulte Techniker kann sofort helfen, wenn einmal etwas passiert.

Da zeigt sich
der Profi.

Zum Beispiel:
unser
Dental-Techniker
Rainer Klein

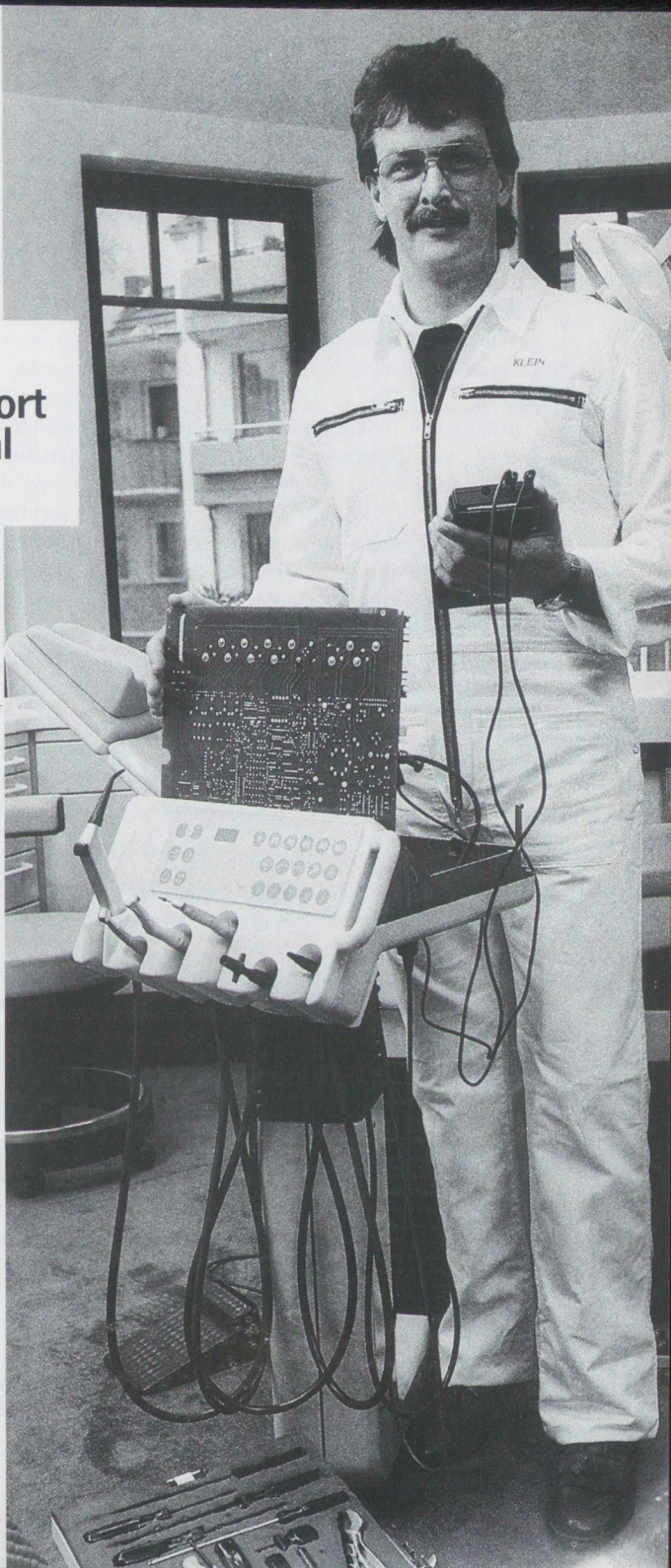
Wer die Elektronik in modernen Dentalgeräten beherrschen will, kommt heute ohne hohes Ausbildungsniveau nicht mehr aus. Unsere Dental-Techniker werden kontinuierlich weitergebildet, um Ihnen bei eventuell auftretenden Störungen sofort helfen zu können. Vertrauen Sie auf Profis.

Marienbergstr. 76, 8500 Nürnberg 10
Telefon 09 11/52 50 12

Kumpfmühler Str. 65, 8400 Regensburg
Telefon 09 41/9 71 98

Siemens
Dental-Depot

Ihr Partner



KZVN wegen der „Herausgabe der Adressen der Zwangsmitglieder der Verwaltungsstelle, Unterlassung der Verletzung der Neutralitätspflicht, Unterlassung der Unterstützung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte...“ beim Sozialgericht Hannover eingereicht. Als Termin für das Hauptsacheverfahren wurde der 28. September 1988 festgelegt.

Anfang Juni 1988 folgte das Sozialgericht Hannover der Beschwerde der KZVN gegen den Beschluß auf unseren Antrag auf einstweilige Anordnung und änderte den Beschluß dahingehend ab, daß durch die eindeutige Erklärung der KZVN, bei der Versendung der Post des Freien Verbandes durch die KZVN handele es sich um einen Verwaltungssirrtum, keine Veranlassung mehr bestehe, eine solche Verpflichtung aufrechtzuerhalten. Die Beschwerde des DAZ wurde dem Landessozialgericht Niedersachsen in Celle zur Entscheidung vorgelegt und von diesem Ende Juni 1988 als unbegründet zurückgewiesen.

Bereits im Mai 1988 versandte die KZV Niedersachsen mit der Prothetikabrechnung u. a. die Stellungnahme des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte zum Entwurf des Gesundheits-Reformgesetz der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Daraufhin wurde dem Vorsitzenden der Studiengruppe Oldenburg erneut Antrag auf Erlaß einer einstweiligen Anordnung wegen Unterstützung des Freien Verbandes in Form von Postversandaktionen durch die KZV eingeleitet. Dieser Antrag wurde Anfang August 1988 als unbegründet zurückgewiesen, „denn der Antragsteller war weder befugt zur Geltendmachung der Rechte der Studiengruppe Oldenburg des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde noch hat er die Verletzung eigener Rechte glaubhaft machen können.“

Auch im Hauptverfahren am 28. Septem-

ber 1988 blieb das Sozialgericht Hannover bei der Auffassung, daß kein Anspruch auf Übersendung der begehrten Adressen bestehe. Während der Verhandlung wies die beklagte KZV Niedersachsen daraufhin, „daß in diesen Tagen die Wählerverzeichnisse in den einzelnen Verwaltungsbezirksstellen ausgelegt würden. Die Kläger seien nicht daran gehindert, sich daraus die für sie notwendigen Adressen zu notieren.“

Der Versuch eines Mitgliedes der Studiengruppe Oldenburg, das Verzeichnis der Wahlberechtigten in der Verwaltungsstelle abzuschreiben, wurde vom Vorsitzenden der Verwaltungsstelle vereitelt. Die Versuche scheiterten auch in den Verwaltungsstellen Braunschweig und Stade.

Mitverfasser des Urteils war Dr. Klaus Rüffert, ehrenamtlicher Richter beim Sozialgericht Hannover. Dr. Rüffert ist Bezirksgruppenvorsitzender des Freien Verbandes in Braunschweig und gehört dem Referat Mitglieder- und Betreuungswesen des Freien Verbandes, Landesverband Niedersachsen, an, das u.a. für die Aktualisierung der Kartei zuständig ist. Zudem dürfte Dr. Rüffert als einer der Einspruchsführer im Wahlprüfungsverfahren für die Wahl der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 1985 bekannt sein.

Im Hauptverfahren konnte die Studiengruppe Oldenburg zumindest einen Teilerfolg verbuchen. Die beklagte KZV Niedersachsen wurde verurteilt, „ab sofort die Versendung und Frankierung von Postsendungen zu unterlassen, die zur Unterstützung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte - Landesverband Niedersachsen geeignet sind.“

Gegen das Urteil legten sowohl die DAZ Studiengruppe Oldenburg als auch die KZVN Berufung ein. Mittlerweile fanden die Wahlen zur Vertreterversammlung der KZVN

statt. Die Wahlvorbereitungen des DAZ wurden durch die Weigerung der KZVN, die Adressen der Wahlberechtigten herauszugeben, massiv behindert. Ein Ende des Instanzenweges ist nicht absehbar...

Anschrift des Verfassers:
Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36 a
2905 Edewecht

**Arbeitslose Akademiker in der BRD:
6.681 Ärzte, 824 Zahnärzte**

Lehrer 32.614, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler 13.044, Sozialpädagogen 10.250, Geisteswissenschaftler 9.193, Architekten, Bauingenieure 7.867, Ärzte 6.681, Maschinen- und Fahrzeugbau-Ingenieure 5.002, Naturwissenschaftler 4.170, Rechtsvertreter, -berater 3.518, Elektroingenieure 2.982, Chemiker 2.236, Dolmetscher 1.658, Physiker, Mathematiker 1.275, Apotheker 1.089, Zahnärzte 824 Arbeitslose.

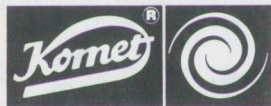
(Quelle: Bundesanstalt für Arbeit)
Gesundheitspolitische Informationen
GPI 2/88, Nr. 4602

JOSEF BRASSELER GMBH

Zahnwaren-Großhandel

Vertrieb von rotierenden Dental-Instrumenten

der Fa. Gebr. Brasseler, Lemgo



Postfach 360 · Killermannstr. 29

8400 REGENSBURG 1

☎ 09 41 / 3 60 66

Wir sind für Sie der richtige Partner

Zahnärztekammer Niedersachsen beim Oberverwaltungsgericht unterlegen

Während Kammerpräsident Dr. Bunke die Ansicht vertrat, daß durch die Nachwahlen 1985 die Legislaturperiode erst Anfang 1990 endet, sah das niedersächsische Sozialministerium die Wahlperiode nicht verkürzt. Nach Entscheidung des Verwaltungsgerichtes Hannover frohlockte Dr. Bunke in „Die Zahnarztwoche“, daß das Gericht die Argumentation der Kammer unterstützt habe.

Das Oberverwaltungsgericht Lüneburg stellt in seinem Beschluß vom 12. Dezember 1988 hingegen fest: „Die konstituierende Sitzung der amtierenden Kammerversammlung im Sinne § 20 Satz 2 HKG hat am 2. März 1985 stattgefunden. Das anschließende Wahlprüfungsverfahren mit teilweiser Wiederholung der Wahl ändert hieran nichts.“ Das Gericht führt aus: „Nur die periodische Erneuerung der Mandate sichert die demokratische Legitimation der Volks- und Standesvertretungen. Dem Prinzip der regelmäßigen periodischen Erneuerung würde es widersprechen, wenn die Dauer der Wahlperioden von Zufälligkeiten wie der Dauer oder dem Ausgang eines Wahlprüfungsverfahrens abhängig gemacht würde.“ Die Wahlzeit muß demnach bis spätestens zum 21. März beendet sein.

Erinnern wir uns: Da der Kammerpräsident 1985 unzulässigerweise auch den Beginn der Wahl festgelegt hatte, wurde ein Wahlprüfungsverfahren eingeleitet. Nun sollte dieses Verfahren ein weiteres Mal dem Machterhalt dienen.

Im Leitartikel „Der Telefonhandel und die Unabhängigkeit des Richters am Oberverwaltungsgericht“ (Nieders. Zahnärztebl. 24, 3 (1989)) beschreibt der Prozeßbevollmächtigte der Kammer den Rechtsstreit aus seiner Sicht. Über die Fristsetzung einer Stellungnahme macht er folgende Angaben: „Der Richter am Oberverwaltungsgericht setzte unter Mißachtung aller Rechte auf ein faires Verfahren,...der Zahnärztekammer...eine Frist von 3 Tagen nach Erhalt zur Stellungnahme auf die Beschwerde des Ministeriums. Die Beschwerde...ging am Montag, dem 5.12.1988,...ein. Die Stellungnahme mußte nach der Fristsetzung am Donnerstag, dem 8.12.1988, bei dem Oberverwaltungsgericht...eingegangen sein.“

Verschwiegen wird im Niedersächsischen Zahnärzteblatt der vollständige Vorgang. Der Kammer wurde am 6. Dezember 1988 ausdrücklich ermöglicht, bis zum 12. Dezember 1988, 10.00 Uhr zur Sache Ausführungen zu machen!

III → Für ein
gesundes professionelles
Selbstbewußtsein

Darum:





*echte Partnerschaft



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

Informieren Sie sich und testen Sie uns

DORNBERGER
Büro- und Computertechnik GmbH

Margaretenstr. 14 a
8400 Regensburg
Tel.: 09 41/2 40 56

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

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

Das sind Vorteile, die zählen.

Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns. Es zahlt sich aus.

CENTRAL

DIE CENTRAL IST GRUPPENVERSICHERUNGSPARTNER DES DAZ

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

Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot:

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße/Haus-Nr.

Geburtsdatum

Geb.-Dat. der Ehefrau

Zahl der Kinder

Telefon

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



Niedersachsens Kammerhaushalt 1987 um 534.784,78 DM überzogen

Der Haushaltsplan der Zahnärztekammer Niedersachsen sah für 1987 Aufwendungen von 6.606.450,- DM vor. Das Ergebnis am 31.12.1987 zeigte hingegen Aufwendungen von 7.141.234,78 DM; damit wurde der Haushaltsplan um mehr als 500.000,- DM überschritten. Es stellt sich die Frage, ob bei einer derartigen Haushaltsführung das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde tätig werden muß. Gespannt darf man auf das Ergebnis für 1988 warten.

Während nach dem Haushaltsplan für das Niedersächsische Zahnärzteblatt 275.000,- DM bereit gestellt werden sollten, wurden tatsächlich 445.454,34 DM ausgegeben. An den Kosten für das Niedersächsische Zahnärzteblatt beteiligte sich die KZVN mit 155.658,- DM und der FVDZ mit 1.200,- DM (= 0,27% des Kammeranteils).

Die Sonderveranstaltung „GOZ“ kostete die Kollegenschaft 76.513,51 DM. Haushaltsmittel waren dafür ebensowenig vorge-

sehen wie für Umbauarbeiten und Renovierung in Höhe von 148.408,65 DM.

Veranstaltungen (Winterfortbildungskongreß, dental informa etc.) kosteten 153.927,88 DM statt 71.000,- DM, wie im Haushaltsplan veranschlagt.

Für den Posten „Repräsentation“ waren im Haushaltsplan 12.000,- DM vorgesehen. Ausgegeben wurden 23.292,65 DM: vom FVDZ (!) aufgegebene Kosten für die Ehrengäste anlässlich des Niedersächsischen Zahnärzteballs in Höhe von 11.036,50 DM, 2.500,- DM zum 60. Geburtstag von Herrn Büttner; zum 70. Geburtstag und 10jährigen Dienstjubiläum von Dr. Bunke 9.439,20 DM.

Betrachtet man die Posten, die eine Unterschreitung des Haushaltsplans aufweisen, so wurde mit Abstand der größte Betrag bei der Jugendzahnpflege mit 65.223,68 DM eingesparrt. Der Haushalt plante 72.500,- DM ein.

m.w.

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

Darum:



Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen

Die Feststellungen und Forderungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde begrüßt nachdrücklich und - nach seinen vergeblichen Bemühungen während der vergangenen Jahre in diesem Bereich - nicht ohne Genugtuung die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Qualitätssicherung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Die Ausführungen des Rates stehen in bemerkenswert seriösem Gegensatz zu den Pössen, die der Freie Verband Deutscher Zahnärzte zum besten gab, um jede Art von Qualitätssicherung, ja sogar deren bloße Diskussion, zu verhindern. Wir erinnern in diesem Zusammenhang nur an die Feststellung der FVDZ, „der Begriff Qualität in der Heilkunde, also auch Zahnheilkunde, ist, da er aus nichtmedizinischen Bereichen stammt, nicht richtig und daher unbrauchbar,“ wie an die Unterstellungen im „Freien Zahnarzt“ 1/88, hinter der DAZ-Theorie der Qualitätssicherung stecke die Spekulation, die Vergütung den Nachbarkollegen wegzunehmen.

Nachfolgend zitieren wir die wichtigsten Passagen aus dem Sachverständigen-Gutachten.

3. Sicherung und Verbesserung der Qualität

3.1. Bedeutung und Gründe für die Qualitätssicherung

23. Eine Qualitätssicherung ärztlichen Handelns wird von allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten gefordert. Die Gründe dafür liegen vor allem in

- dem verstärkten Bemühen der Ärzte um eine Verbesserung ihrer Qualität,
- dem wachsenden Bewußtsein und Wissen, daß ärztliches Handeln unvollkommen sein kann,
- der steigenden Sensibilität der Patienten gegenüber der Qualität der ärztlichen Leistungen,
- der Behauptung, daß die gegenwärtigen Bemühungen um Kostendämpfung zu einer unkontrollierten Senkung der Qualität führen könnten,
- der Hoffnung, mit Hilfe qualitätssichernder Maßnahmen das ärztliche Handeln stärker kontrollieren und sie als Instrument zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit einsetzen zu können.



Metamorphose
eines Zahnes

Hans Klossner - 83

bernd Lorenz

keramisches dental-labor

Waldfriedhofstraße 15/II
8000 München 70 · Telefon 089 - 715588

24. Die Welt-Gesundheits-Organisation empfahl in ihrem 1984 herausgegebenen Programm „Gesundheit 2000“ unter dem Einzelziel 31:

„Bis zum Jahr 1990 sollte es im Gesundheitsversorgungssystem jedes Mitgliedsstaates effektive Verfahren der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung geben.“

Dieses Ziel könnte erreicht werden durch:

- die Einführung von Methoden und Verfahren zur systematischen Überwachung der Qualität der Patientenversorgung,
- die Bewertung diagnostischer und therapeutischer Verfahren,
- die Definition von Standards und ihre Einführung in den Alltag und
- die Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals in Sachen Qualitätssicherung.

25. Seit 1986 existiert eine Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in der eine enge Zusammenarbeit beider Organisationen bei der Entwicklung und Einführung geeigneter Qualitätssicherungsmaßnahmen verabredet wurde.

Über die Landeskrankenhausgesetze wird in verschiedenen Bundesländern (z. B. Nordrhein-Westfalen) die Durchführung von internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen allen Krankenhäusern zur Pflicht gemacht.

Auf dem Deutschen Ärztetag 1988 wurde die Pflicht zur Beteiligung aller Ärzte an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit in die Musterberufsordnung aufgenommen.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundesverband der Deutschen Zahnärz-

te haben 1988 ein Grundsatzpapier erstellt und in ihren Gremien verabschiedet, das unter anderem auf den Bedarf an methodisch abgesicherten Programmen zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung hinweist.

26. Der Rat hat 1988 in seinem Jahresgutachten (Ziffer 396 - 405) die vorhandenen Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung gewürdigt und auf bestehende Defizite und Probleme hingewiesen.

27. Das SGB V verpflichtet ab 1989 im § 137 die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V bestehen, zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze der Qualitätsprüfungen in den Krankenhäusern sind in zweiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften bzw. den Vereinigungen der Krankenhausträger der Länder zu vereinbaren (§ 112 SGB V). Für die ambulante kassenärztliche bzw. vertragsärztliche und die kassenzahnärztliche bzw. vertragszahnärztliche Versorgung erlassen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Richtlinien zur Durchführung der Qualitätssicherung (§ 135 Abs. 3 SGB V). Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben ihrerseits Richtlinien für die Sicherung der ärztlichen Versorgung im einzelnen zu beschließen, die eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten bieten müssen (§ 92 Abs. 1 SGB V).

28. Die Sicherung und Verbesserung der

Versorgungsqualität hat gleichberechtigt neben den Zielen der Wirtschaftlichkeit zu stehen. Der Rat begrüßt nachdrücklich die im SGB V festgeschriebene Verpflichtung aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zur Qualitätssicherung. Er sieht jedoch auch die Notwendigkeit, vor vorschnellen Maßnahmen und überzogenen Erwartungen zu warnen: Eine Qualitätssicherung kann nur dort betrieben werden, wo sich die Medizin auf sicherem Boden befindet, das heißt effektive Standards der medizinischen Versorgung existieren. Dies ist nicht überall der Fall.

3.2. Qualität, Qualitätskontrollen, qualitätssichernde Maßnahmen, Qualitätssicherungsprogramme

29. Ein einheitliches und umfassendes Maß für die Qualität ärztlichen Handelns gibt es ebenso wenig wie überall indizierte und erfolgreiche Maßnahmen der Qualitätssicherung. Um den Begriff „Qualität“ zu operationalisieren, unterscheidet man zwischen

- der Struktur-Qualität (Qualifikation des Arztes und des Personals, Ausstattung der Arbeitsstätte),
- der Prozeß-Qualität (Indikation und Durchführung der Diagnostik und Therapie),
- der am Patienten abzulesenden und der ärztlichen Behandlung zuzuschreibenden Ergebnis-Qualität (Letalität, Heilungsdauer, Lebensqualität, therapie-bedingte Komplikationen etc.).

Bei dieser Unterscheidung wird unterstellt, daß eine Verbesserung der Struktur-Qualität zu einer besseren Prozeß-Qualität und diese zu einem besseren Ergebnis führt.

30. Die Messung der Qualität ärztlichen Handelns kann auf allen drei Ebenen nur in Teilen und über Vergleiche mit Erwartun-

gen, mit erprobten Standards oder mit den Leistungen anderer Versorgungseinrichtungen erfolgen. Die Verfügbarkeit solcher Vergleichsmöglichkeiten ist Voraussetzung für jede Qualitätsbeurteilung und damit für jede Qualitätssicherung. Die Definition der Qualität in einem konkreten Versorgungsbereich und die Einstufung der gemessenen Werte in gute und verbesserungsbedürftige Qualität bedarf einer Konsensfindung.

31. Angesichts der vielseitigen Aufforderungen zur Qualitätssicherung ärztlichen Handelns und der dabei verwendeten unterschiedlichen Terminologien ist es angebracht, auf die Unterschiede zwischen Qualitätskontrollen, qualitätssichernden Maßnahmen und problem-orientierten Qualitätssicherungsprogrammen hinzuweisen.

Externe und interne Qualitätskontrollen z. B. mit Hilfe von Inanspruchnahmestatistiken oder auch Ringversuchen wie in der klinischen Chemie zählen zu den qualitätssichernden Maßnahmen und dienen dazu, die Qualität ärztlichen Handelns zu messen und sie mit Sollvorgaben zu vergleichen.

Andere qualitätssichernde Maßnahmen wie der Erlaß von Qualifikationsvorschriften, Fortbildungsverpflichtungen oder Handlungsrichtlinien durch die Selbstverwaltung dienen in erster Linie dazu, prophylaktisch die Qualität der Versorgung zu sichern. Der empirische Nachweis der qualitätssichernden Auswirkungen dieser Maßnahmen ist schwierig und häufig nicht vorhanden.

Qualitätssichernde Maßnahmen wie Todesfallkonferenzen, Einholen von Zweitmeinungen, Aufstellung oder Modifikation interner Standards oder individuelle Fortbildungsprogramme sind dagegen geeignet, die Qualität gezielt zu verbessern.

Problemorientierte Qualitätssicherungsprogramme umfassen neben der Erkennung von Qualitätsmängeln auch die Überprüfung, ob das erkannte Qualitätsproblem tatsächlich durch die ergriffenen Maßnahmen beseitigt wurde. Ihr Prinzip der sukzessiven Beseitigung einzelner Versorgungsprobleme führt zu einer ständigen Verbesserung der Qualität. Qualitätssicherungsprogramme setzen interne Detailkenntnisse über die Einrichtungen voraus und sind auf die Kooperation aller Beteiligten angewiesen. Sie können daher effektiv nur vom betreffenden medizinischen Personal durchgeführt werden. Externe Eingriffe führen häufig zu geschönten Ergebnissen, wodurch der eigentliche Effekt der Maßnahmen vermindert wird. Gleichwohl sind die Durchführung und der Erfolg solcher Programme von außen zu kontrollieren.

3.3 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

32. Die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen bedarf personeller und materieller Ressourcen. Effektive Qualitätssicherungsmaßnahmen verletzen nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot; im Gegenteil, sie entsprechen ihm: Eine treffsicherere Diagnostik und die Verhinderung unnötiger ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen oder vermeidbarer Komplikationen erhöhen die Effizienz der Versorgung. Zudem stärkt das Wissen um die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen das Vertrauen der Versicherten, wodurch z. B. die Zahl der mehrfachen Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems reduziert wird. Schließlich regt die Feststellung und Demonstration qualitativ guter ärztlicher Versorgung den Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander an.

33. Qualitätssicherungsprogramme sind wegen ihrer Komplexität auf ärztlichen Sachverstand angewiesen. Entsprechendes gilt auch für die Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen. Der Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen ist daher unabhängig von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzunehmen, soweit diese auf einer Durchschnittsprüfung beruhen. Dies schließt nicht aus, daß statistische Daten aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen (z. B. über Arzneimittelverordnungen oder Überweisungsverhalten) Schwachstellen der Versorgung vermuten lassen, die dann vor Ort überprüft und nach Bestätigung beseitigt werden müssen. Studien zur Häufigkeit unnötiger Operationen haben allerdings gezeigt, daß statistisch erkennbare Schwachstellen nicht unbedingt auch im konkreten Versorgungsfall als solche zu erkennen, geschweige denn zu beseitigen sind.

34. Vor einer Überschätzung der Aussagekraft der GKV-Prozeßdaten über die erbrachte Qualität ärztlichen Handelns ist zu warnen. Dennoch sind jedem Kassenarzt regelmäßig Statistiken aus seinen GKV-Prozeßdaten in lesbarer Form zur Kenntnis zu bringen, die neben Aussagen zur Wirtschaftlichkeit auch eine Qualitätsorientierung enthalten. Als Beispiel ist hier die Informationspolitik der KV Bayern und des Landesverbandes der bayerischen RVO-Krankenkassen im Bereich der Arzneimittelverordnung zu erwähnen. Dort wird allen Kassenärzten regelmäßig ihre Arzneimittelkostenstatistik zugeschickt und für eine Strichprobe von bis zu 250 ausgewählten Ärzten pro Quartal eine ausführliche Arzneimittelverordnungsanalyse und -beratung durchgeführt.

3.4. Qualitätssicherung als Informationsproblem

35. Qualitätsmängel entstehen sehr oft aus mangelhaftem Wissen über die Qualität der eigenen Leistungen. Die Verbesserung der Information der Leistungserbringer über ihre eigene Qualität ist daher eines der Hauptziele der Qualitätssicherung. Bereits die Tatsache, daß eine Beobachtung erfolgt, und das Mehr an gewonnener Information erzielen Wirkungen. Durch Vergleich mit den eigenen Leistungen in der Vergangenheit, mit den Ergebnissen anderer Leistungserbringer oder mit existierenden Standards ärztlichen Handelns läßt sich zudem die erzielte Qualität beurteilen. Eine Befragung der Leistungserbringer allein reicht wegen der Gefahr der Selbsttäuschung nicht aus, um ihre Versorgungsqualität beurteilen zu können. Zu groß sind oft die Unterschiede zwischen Wissen und Handeln.

36. Hauptgrundlage der retrospektiven Beobachtung der eigenen Leistung ist die ordnungsgemäße Dokumentation. Sie ist seit 1977 in den Berufsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben, läßt aber häufig für die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zu wünschen übrig.

Der Vergleich der Leistungserbringer untereinander erfordert als zusätzlichen Aufwand eine Standardisierung der Beobachtungen und der Dokumentationen aller beteiligter Einrichtungen. Beispielhaft für die Standardisierung der Beobachtung und die deshalb erst möglichen externen Vergleiche sind die über den Pflegesatz finanzierten Perinatal-Erhebungen, an denen sich aus allen Bundesländern 1987 über 820 geburtshilfliche Kliniken mit zusammen 76 % aller Neugeborenen freiwillig beteiligen. Das gleiche Prinzip wird auch in den Qualitätssiche-

rungsstudien in der Chirurgie verwendet, für die erst in zwei Bundesländern (Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen) die Rahmenbedingungen gegeben sind. In Baden-Württemberg nahmen 1987 etwa 50 % der chirurgischen Abteilungen an ihnen teil.

Die seit 1986 mit großem Aufwand von den Krankenhäusern zu erstellende Diagnostikstatistik nach der Bundespflegesatzverordnung ist derzeit für die Qualitätssicherung noch von geringem Nutzen. Sie könnte zur Beobachtung der Qualität und zum Leistungsvergleich (Regionalisierung, Liegezeit, Operationen) beitragen, wenn ihre Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern gewährleistet wäre. Der fast ein Jahr nach dem Erlaß der Bundespflegesatzverordnung erschienene Leitfaden weist in die richtige Richtung, er ist jedoch für die Krankenhäuser nicht verbindlich.

37. Interdisziplinäre Konsensus-Konferenzen unter Einschaltung wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften leisten, wenn sie regelmäßig und systematisch durchgeführt werden, wesentliche Beiträge zur Erarbeitung von Leitlinien ärztlichen Handelns (JG 1988 Ziffer 405). Bei der Entwicklung solcher Leitlinien ist gleichermaßen auf ihre Machbarkeit, ihre Effektivität und ihre Wirtschaftlichkeit zu achten. In den Niederlanden wurden z. B. seit 1982 20 Konsensus-Konferenzen zu Themen wie Bluttransfusionen, Verhütung und Behandlung des Wundliegens, Behandlung tiefer Venenthrombosen oder Nachkontrolle von Patienten mit Colon-Polypen abgehalten. Solche regelmäßig durchgeführten Konsensus-Konferenzen - vereinzelt auch in der Bundesrepublik (z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin) veranstaltet - könnten nicht nur Maßstäbe für die Qualitätsmessung und Unterlagen für die Entscheidungen der

Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen liefern, sondern auch den Ärzten Anhaltspunkte für die Ausgestaltung ihrer eigenen internen Standards geben.

Viele der 42 Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer erfüllen die obengenannten Anforderungen an Standards, obwohl ihr Bekanntheitsgrad fraglich und ihre Verbindlichkeit gering ist.

38. Ein weiterer wichtiger Weg der Qualitätsmessung führt über die gezielte Erzeugung qualitätsrelevanter Informationen außerhalb der eigentlichen Versorgung. Der folgenden Systematik ist zu entnehmen, wie offen diese Möglichkeit für Innovationen ist:

1. Künstlicher Ursprung des Untersuchungsgegenstandes

- Kontrollproben für die Präzisions- und Richtigkeitskontrollen im Labor,
- Prüfkörper in der Röntgenologie, Sonographie, Mammographie,
- Silikonmodelle der weiblichen Brust zur Palpation von Knoten,
- Patientensimulation mit dem Computer,
- Fragebögen mit ausgewählten Krankheits-situationen etc.

2. Natürlicher Ursprung des Untersuchungsgegenstandes

2.1 Patientenfern

- Gewebeproben (Schnitt-Seminare in der Pathologie, Histologie und Zytologie, Zweitmeinungen durch pathologische Referenzzentren etc.),
- Körperflüssigkeiten (Ringversuche in der klinischen Chemie und Mikrobiologie etc.),
- gespeicherte Biosignale (Bildqualität und

Informationsgehalt von Röntgenaufnahmen, CTG-, EEG-, EKG-Befundungen etc.),

- Daten (Stichproben von Krankengeschichten (§ 136 SGB V), Gutachten, Statistiken etc.).

2.2 Patientennah

- Zweitbeobachtung (Video, Visitationen etc.),
- Zweitmeinung zur Indikation kostenträchtiger oder invasiver diagnostischer und therapeutischer Verfahren (§ 137 SGB V),
- Verlaufsbeobachtung (D-Arztverfahren etc.).

Viele dieser Möglichkeiten werden derzeit nicht genutzt. Der Rat empfiehlt eine systematische und intensive Forschung auf dem Gebiet der gezielten Erzeugung spezieller Informationen zur fortlaufenden Qualitätskontrolle.

39. Der behandelnde Arzt verliert häufig den Patienten aus den Augen, sei es durch Entlassung aus dem Krankenhaus, durch Arztwechsel oder durch die erfolgreich abgeschlossene Behandlung, ohne daß er eine Rückmeldung über das Ergebnis erhält. Es ist daher zu untersuchen, ob und gegebenenfalls bei welchen Gesundheitsproblemen der Patient zu einer stärkeren Mitwirkung an der Qualitätssicherung z. B. durch die Übermittlung entsprechender Informationen motiviert werden kann.

40. Die Verbesserung des Informationsflusses ist gerade an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung notwendig. Neuere Untersuchungen der Welt-Gesundheits-Organisation zeigen z. B., daß etwa jede 5. Wundheilungsstörung erst nach Entlassung aus dem Krankenhaus bekannt wird. Das Wissen um die

Häufigkeit postoperativer Komplikationen und die Rückmeldung an den primär therapeutierenden Arzt werden bei weithin abnehmenden Liegezeiten zunehmend an Bedeutung gewinnen.

3.5. Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung

41. In der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung legen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im wesentlichen die Bedingungen der fachlichen Voraussetzungen (Weiterbildung, Fortbildung und Erfahrungen) und der apparativen Ausstattungen für die Erbringung ärztlicher Sachleistungen fest. Sind diese einmal erfüllt, so ist der Arzt i.a. zur Erbringung und Abrechnung der Sachleistungen berechtigt. Im einzelnen existieren solche die Fachkunde der Leistungserbringer und die Ausstattung der Praxen regelnden Richtlinien u.a. für die Radiologie und Nuklearmedizin, Kernspintomographie, Ultraschalluntersuchungen, Laboratoriumsuntersuchungen, Langzeit-EKGs und zytologische Untersuchungen im Rahmen des Krebsfrüherkennungsprogrammes bei Frauen.

Eine fortlaufende Kontrolle durch externe Ringversuche oder Stichproben erfolgt nur bei den Labor-, Radiologie-, Ultraschall- und Kernspintomographie-Leistungen. Für die Durchführung sind laut ihren Satzungen die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht aber die Kassenärztliche Bundesvereinigung zuständig. Eine vergleichende Evaluation der unterschiedlichen Qualitätssicherungsprogramme der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt derzeit nicht.

42. Die Einführung von bundeseinheitlichen und für die stationäre und ambulante Versorgung gleichermaßen gültigen Richtli-

nien für die interne und externe Qualitätskontrolle im Labor ist zu begrüßen. Die Federführung hierzu kommt auf der Grundlage des Eichgesetzes der Bundesärztekammer zu. Die Überprüfung der korrekten und erfolgreichen Durchführung der internen und externen Qualitätskontrollen obliegt den Ärztekammern bzw. für den kassenärztlichen Bereich den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die auf diese Weise kontrollierte Analytik ist jedoch nur einer von vier Teilschritten auf dem Wege zu einem ärztlichen Befund. Darauf weisen die Laborrichtlinien aller Kassenärztlichen Vereinigungen hin, ohne daß sie für die anderen Teilschritte ebenfalls qualitätssichernde Maßnahmen enthalten. Die anderen drei Schritte - die Indikationsstellung der klinisch-chemischen Untersuchung, die Entnahme des Untersuchungsgutes einschließlich der Analysenvorbereitung, die analytische und die medizinische Beurteilung des Analyseergebnisses - bergen noch größere Fehlermöglichkeiten in sich als die Analytik. So sind z. B. in manchen Labors 80 % der eingesandten Blutausstriche falsch angefertigt und damit nicht auswertbar.

Besonderes Augenmerk muß jedoch der Indikationsstellung der Laborleistungen geschenkt werden, da durch eine Mengenausweitung in zweifacher Hinsicht ökonomische Nachteile entstehen: Zum einen ist die Zahl der falsch-positiven Befunde bei ungezielt (d.h. als Profil) angeforderten Untersuchungen stark erhöht. Die Abklärung dieser auffälligen Befunde zieht weitere Kosten verursachende Untersuchungen nach sich. Ungezielte Mehrfachanalysen sind auch nicht geeignet, eine im Vergleich zum Aufwand ausreichende Zahl „verborgener“ Krankheiten zu entdecken.

Der Rat hält es für dringend erforderlich, daß sich die Qualitätssicherung in der Labormedizin verstärkt den anderen drei Schritten auf dem Wege zu einem klinisch-chemischen Befund zuwendet. Möglichkeiten sind hierzu in der Laboratoriumsmedizin z. B. durch Vergleich und Rückmeldung der Häufigkeit der nicht analysierbaren Präparate oder der Anforderungsspektren an die einsendenden Ärzte vorhanden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten verstärkt Beratungen in diesem Bereich durchführen.

43. An den Richtlinien der Bundesärztekammer für eine interne und externe Qualitätssicherung in der Mikrobiologie wird derzeit gearbeitet. Die in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen (Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) zur Pflicht gemachten Ringversuche in der Mikrobiologie bedürfen offensichtlich noch einiger Verbesserungen.

44. Die Röntgenverordnung (RöV) und die zugehörigen, 1987 vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erlassenen Durchführungsrichtlinien gelten für die ambulante und stationäre Versorgung gleichermaßen. Sie sehen eine Abnahmeprüfung neuer oder modifizierter Geräte durch die Hersteller und eine regelmäßige Konstanzprüfung durch den Strahlenschutzverantwortlichen vor. Hierbei werden bereits erfolgreich erprobte Prüfkörper zum Einsatz kommen.

Bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen werden mit großem Aufwand gemeinsame „Ärztliche Stellen“ eingerichtet, denen sowohl die Aufzeichnungen der Abnahme- und Konstanzprüfungen als auch ausgewählte Röntgenaufnahmen von Menschen (§ 16 Abs. 3 RöV) zugänglich zu machen sind. Die Auswahl der

vorzulegenden Röntgenbilder muß insbesondere im Krankenhaus noch geregelt werden. In der kassenärztlichen Versorgung wird dies bereits auf Stichprobenbasis in einigen Bundesländern (z. B. Bayern, Niedersachsen) durchgeführt. Die Überprüfung der Bildqualität nach § 16 Abs. 3 RöV soll mit Hilfe eines Katalogs von organspezifischen Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik vorgenommen werden, in dem insbesondere die ärztlichen Qualitätsanforderungen in Bezug auf Bildmerkmale, Bilddetails und kritische Strukturen festgelegt sind. Der Rat begrüßt die Entwicklung solcher Kataloge und ihren Einsatz im ärztlichen Alltag.

Die genannten Qualitätskontrollen prüfen nicht die Fachkunde und Erfahrung derjenigen, die zur Anwendung der Röntgenstrahlen berechtigt sind; dies ist Gegenstand der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern. Sie prüfen auch nicht die Richtigkeit der Indikation und des diagnostischen Befundes, obwohl hier ebenfalls große Fehlerpotentiale liegen. Eine entsprechende Erweiterung der Qualitätssicherung z. B. über Stichprobenverfahren ist dringend erforderlich.

45. Ergänzend zu den Jahressammel- und -feinstatistiken in der Zytologie, deren Effektivität fragwürdig ist, hat die KV Niedersachsen ab Oktober 1988 externe, Schnitt-Seminaren ähnliche Ringversuche eingeführt und die Beteiligung den zytologisch tätigen Ärzten zur Pflicht gemacht.

46. Der Rat begrüßt die Initiativen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, verschiedene Qualitätskontrollprogramme zum gleichen Gegenstand zu entwickeln. Er hält jedoch einen bewertenden Vergleich der entwickelten Programme für erforderlich,

um schließlich das effektivste Qualitätskontrollprogramm für einen Einsatz in allen Kassenärztlichen Vereinigungen auswählen zu können.

47. Einige Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen regeln neben den fachlichen Voraussetzungen und der apparativen Ausstattung durch Vorgabe von Indikationen, zu erhebender Befunde und Definition von Leistungen in Grenzen auch den Behandlungsprozeß. Am weitesten entwickelt sind die Richtlinien zu den gesetzlichen Früherkennungsprogrammen (Krebserkrankungen und Kinderkrankheiten), der Mutterschaftsvorsorge und der Psychotherapie.

Im Gutachterverfahren nach der Psychotherapie-Vereinbarung wird durch das schriftliche Einholen einer Zweitmeinung im Einzelfall geprüft, ob die beantragte Psychotherapie anerkannt und indiziert ist und ob eine Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Die praktische Umsetzung läßt noch zu wünschen übrig.

48. Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln verpflichten die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Beratung der Kassenärzte. Diese Beratungen werden von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen mit unterschiedlichen Methoden (Merkblätter, Zeitschriften, Fortbildungsangebot etc.) und unterschiedlichen Intensitäten vorgenommen. Die Effektivität dieser Bemühungen sollte systematisch überprüft werden.

49. Die Anregungen des Rates im Jahresgutachten 1987 zur Qualität der zahnärztlichen Versorgung (Ziffer 422 - 425) zeigen einige Erfolge. Der schwierige Gang des Grundsatzpapiers zur „Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Ver-

sorgung“ durch die Gremien des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung demonstrierte einmal mehr, wie schwer es ist, Mehrheiten von der Notwendigkeit der Qualitätssicherung zu überzeugen, wenn es mit der Offenlegung von Mängeln beginnt.

50. Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 1986 definieren Indikation und Art der ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und vollwertigen zahnärztlichen Versorgung. Die zugehörigen Vereinbarungen der Vertragspartner über die Beantragung, Bezuschussung und Abrechnung der Zahnersatzleistungen sehen zudem bei umfangreichen Versorgungsmöglichkeiten Kann-, Soll- und Pflichtbegutachtungen vor, die von den Krankenkassen einzuholen sind. Über die Effektivität dieser neuen Richtlinien ist noch nichts bekannt. Die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung von kieferorthopädischen Behandlungen können die Krankenkassen nach § 275 SGB V vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen lassen.

51. Eine systematische Qualitätssicherung ähnlich der in der Humanmedizin ist in der Zahnmedizin ebenso notwendig. Viele Ansätze zur Qualitätssicherung können von dort übernommen werden. Das 1988 erschienene und vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderte Studienhandbuch „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin - Definitionsphase“ zeigt eine Reihe von Wegen dazu auf. Der Rat mißt der Sicherung der Ergebnisqualität (Funktionsfähigkeit, Patientenzufriedenheit, Tragdauer etc.) eine große Bedeutung zu und hält gerade in diesem Bereich qualitätssichernde

Maßnahmen für unabdingbar, an denen sich die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit Beratung und Zurverfügungstellung von arzt-patientenbezogenen Daten beteiligen sollten. Die Beobachtung der Ergebnisqualität ist um so wichtiger, je mehr man in den Richtlinien zur Prozeßqualität eine Einengung der Behandlungsmöglichkeiten zu sehen glaubt.

52. Der Rat schlägt vor, systematisch alle existierenden Richtlinien auf ihren Nutzen für die Qualitätssicherung zu überprüfen, gegebenenfalls zu überarbeiten und dort, wo möglich, um eine fortlaufende Qualitätssicherung der Leistungserbringung zu ergänzen. Hierbei sind auch der Umfang der fortlaufend gemachten Erfahrungen (Mindestanzahl an Untersuchungen und Befunden pro Zeiteinheit) und das Ergebnis der erbrachten Leistungen stärker zu berücksichtigen.

Der Rat empfiehlt zudem die Hinzuziehung bzw. den Aufbau von Fachkunde in der Selbstverwaltung, so daß die gültigen Richtlinien regelmäßig einer epidemiologischen Überprüfung ihrer Effektivität unterzogen werden können.

53. Die existierenden Richtlinien decken nicht alle Bereiche der ärztlichen Versorgung ab, in denen eine Qualitätssicherung möglich ist. Die Entwicklung weiterer Richtlinien ist unter Beteiligung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften voranzutreiben. Zum Teil existieren darüber schon Vorstellungen. Vor der Einführung der Richtlinien in der Praxis sollten sie jedoch eine ausreichende Erprobungs- und Evaluationsphase (wie z. B. Modellstudien für das unselektive Mammographie-Screening) durchlaufen.

Von der Möglichkeit der Beratung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, aber

auch des Erfahrungsaustausches der Ärzte untereinander sollte besser Gebrauch gemacht werden. Aus den Niederlanden wird z. B. von großen Erfolgen eines Projektes berichtet, bei dem in freiwilligen Qualitätszirkeln (kleinere Arztgruppen) interkollegial Probleme des primärärztlichen Alltags besprochen werden. Für 24 typische primärärztliche Probleme (z. B. Brustschmerzen, Diarrhöe, Ohrenschmerzen, Kinderkrankheiten, Diabetes-Kontrollen, Hochdruck, Schwerhörigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Hüft- und Rückenschmerzen, Adipositas, Kontrolle der oralen Kontrazeption, Kopf- und Halsschmerzen, Husten, Probleme beim Wasserlassen, Bauchschmerzen, Kniebeschwerden, vaginale Beschwerden, Schwindel, Sehprobleme, Knöchelverletzungen und Kontrollen bei Mittelohrentzündung) existieren solche Protokolle und Checklisten, die im wesentlichen ausformulierte Standardverhaltensweisen beschreiben, an denen die Ärzte gegenseitig ihre erbrachten Leistungen messen und vergleichen können.

Auf diese Weise sind auch Qualitätsprobleme (z. B. Arzt-Patienten-Verhältnis, psycho-soziale Probleme des Patienten) zu erkennen und zu beseitigen, die sich jeder externen Qualitätskontrolle entziehen.

Die Effektivität der Beratung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Qualitätszirkel sollte in Modellvorhaben auch in der Bundesrepublik Deutschland untersucht werden.

3.7. Übergreifende Vorschläge

59. Der Rat begrüßt den Beschluß des Deutschen Ärztetages 1988, die Pflicht aller Ärzte zur Teilnahme an den Qualitätssicherungsprogrammen der Ärztekammern in die Musterberufungsordnung der Bundesärzte-

kammer aufzunehmen und geht davon aus, daß diese Pflicht möglichst bald in die Berufsordnungen aller Landesärztekammern übernommen wird.

60. Die ausreichende und erfolgreiche Durchführung von Qualitätssicherungsaktivitäten ist in geeigneter Form (Vorlage entsprechender Unterlagen, Berichte über die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, Inaugenscheinnahme etc.) nachzuweisen.

Der Rat schlägt vor, die Kontrolle der Durchführung der Qualitätssicherung in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung gemeinsamen Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen zu übertragen. In der stationären Versorgung könnten auf Landesebene gemeinsame Einrichtungen der Krankenhausträger, der Krankenkassen und der Landesärztekammern die Kontrolle der Qualitätssicherung übernehmen.

Die Durchführung der Kontrollen der Qualitätssicherung ist in Richtlinien zu regeln, in denen u.a. auch die genaue Gestaltung der gemeinsamen Einrichtungen festgelegt werden muß. Gleichzeitig ist nach geeigneten Motivationsmechanismen (pädagogische Maßnahmen, Honorarkürzungen und -zuschläge, Entziehung der Abrechnungsberechtigung einzelner Leistungen, Bekanntmachung der erfolgreichen Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen gegenüber Ärzten und Patienten etc.) für die stationäre und ambulante Versorgung Ausschau zu halten.

61. Die Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns bedarf einer intensiveren Zusammenarbeit der Ärztekammern, der Kassenärztlichen

Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaften, als dies bisher der Fall war. Zum einen muß der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eine besondere qualitätssichernde Aufmerksamkeit geschenkt werden (z. B. Krankenseinweisungen, Beobachtung von Spätergebnissen der Krankenhausversorgung, Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, prästationäre Diagnostik, ambulantes Operieren, nachstationäre Behandlung). Zum zweiten spielen die Weiter- und Fortbildung in der Qualitätssicherung eine große Rolle und zum dritten ist nicht einzusehen, daß die Sicherung der Qualität gleicher Leistungen in der ambulanten und der stationären Versorgung unterschiedlich erfolgt.

62. Da die Qualität der medizinischen Versorgung gleichberechtigt neben der Wirtschaftlichkeit steht, ist der Differenz zwischen der erzielten und der erzielbaren Qualität nach Einführung neuer Instrumente (Festbeträge, Richtgrößen, Preisvergleichslisten für Krankenhäuser etc.) besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

63. Der Einrichtung eines unabhängig von den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Vereinigungen der Krankenhausträger agierenden, aber von ihnen gemeinsam getragenen Instituts für die Förderung der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung einschließlich der Zahnmedizin ist eine hohe Priorität zuzumessen (JG 1988 Ziffer 404). Die Vergangenheit hat gezeigt, daß mit im Nebenamt tätigen Sachverständigen die Qualitätssicherung zu langsam vorankommt. Zu den Aufgaben eines solchen Institutes gehören u.a.:

- die Weiterentwicklung der Qualitätssiche-

- die Erarbeitung von Kriterien und Standards für die Beurteilung einer guten Versorgung und die Organisation von Konsensus-Konferenzen,
- Anbietung notwendiger Hilfestellungen und Beratungen bei der lokalen Anwendung der Methoden der externen und internen Qualitätssicherung,
- die Schulung des Personals, soweit diese nicht von den Einrichtungen der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaften vorgenommen wird,
- die medizinische und ökonomische Evaluation von Qualitätssicherungsaktivitäten in der stationären und ambulanten Versorgung,
- die Beurteilung der Qualität des Versorgungssystems (z. B. Regionalisierung der Versorgung).

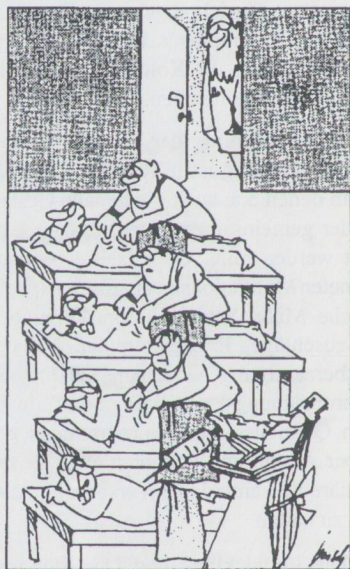
64. Es ist sehr wahrscheinlich, daß mittelfristig speziell ausgebildete und in der Qualitätssicherung hauptberuflich tätige Ärzte und Pflegekräfte benötigt werden. Der Rat erwartet, daß sich zudem im Lauf der Zeit ein Markt an Angeboten für die Qualitätssicherung entwickeln wird, aus dem die Leistungserbringer ihre Auswahl treffen können.

65. Die Methodik der Qualitätssicherung ist fachspezifisch in die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung zu integrieren. So sollten angehende Ärzte während ihrer AiP-Zeit an Qualitätssicherungsaktivitäten teilnehmen und kleine Qualitätsstudien selbst durchführen. Die Akademien für ärztliche Fortbildung sollten spezielle Seminare zur Methodik der Qualitätssicherung und ihrer Anwendung in den verschiedenen Fachgebieten anbieten. Die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften sind aufgefor-

dert, die Selbstverwaltung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmodellen und der Erarbeitung konsensfähiger Standards zu unterstützen.

66. Der Rat schlägt den Ärztekammern vor, die Ermächtigung von Einrichtungen und Ärzten zur Weiterbildung von der Beteiligung an Qualitätssicherungsprogrammen und dem Erfolg ihrer Ergebnisse abhängig zu machen.

67. Da die auf den einzelnen Arzt individuell abgestimmte Fortbildung ein wesentlicher Bestandteil der problem-orientierten Qualitätssicherung ist, sollte die aktive Beteiligung an qualitätssichernden Maßnahmen (insbesondere an Sitzungen von Qualitätssicherungskommissionen und Qualitätszirkeln) auf die Erbringung der Fortbildungspflicht angerechnet werden.



Die nicht persönlich erbrachte ärztliche Leistung

Quelle: Arzt und Wissenschaft 12/88 S. 11

Gemeinschaftsleistung von Patient, Zahnarzt und Helferin

Compliance

Zur Jahrestagung 1988 der deutschen Gesellschaft für Parodontologie in Hannover

A. Maurer

Wieder war sie gut besucht, die letztjährige Jahrestagung der DGP. Über 800 Kollegen und Kolleginnen waren nach Hannover gekommen, dazu viele Zahnarthelferinnen, um hauptsächlich über Compliance als Faktor Nr. 1 in der Parodontaltherapie zu hören und zu diskutieren.

Nachdem sich bisher die parodontologische Forschung überwiegend mit dem „Wirtsorganismus“ befaßt hatte, sollte diesmal der Mensch - der Patient im Vordergrund stehen.

Richtungsweisend waren Studien aus Göteborg und Michigan, die die *Bedeutung der Erhaltungsphase für das Langzeitergebnis* der Parodontaltherapie bewiesen hatten. Denn das orale Hygieneverhalten der Bundesbürger läßt im Querschnitt, ohne spezielle Instruktion und Motivation, noch sehr zu wünschen übrig. Kein Wunder, daß Parodontitis ähnlich weit verbreitet ist wie Karies. In einer Befragung hielten 45 % der Deutschen einmaliges Zähneputzen pro Tag für ausreichend, weitere 45 % zweimaliges. Nur 10 % versuchen, dreimal zu putzen. Von diesem Fakt müssen wir ausgehen. Dabei sollte das *Zahnpflegebewußtsein nicht isoliert sondern als Teil des Lebensstils, als Teil einer generellen Prophylaxeneigung* des Menschen gesehen werden.

Und dieses erhält die Prägung in der Kindheit. Im Gegensatz zu Spanien und Frank-

reich fordern laut einer Untersuchung deutsche Eltern von ihren Kindern weniger nachdrücklich intensives Hygieneverhalten. In beiden Vergleichsländern wird stärker kontrolliert und bestraft, was über spezielle *Normgebung* zu besserem (Zahn-) Pflegeverhalten geführt hat - auch wenn dies mit unseren Vorurteilen kollidieren sollte.

Auch ein anderes Ergebnis dieser Untersuchung belegt die *Bedeutung der sozialen Norm*: berufstätige Frauen zeigten ein wesentlich ausgeprägteres Zahnpflegeverhalten als nicht berufstätige.

In der Schweiz ist Mundhygiene dank zwanzigjähriger Prophylaxeaufklärung eine soziale Norm geworden. Jugendliche können sich eine ungepflegte Mundhöhle nicht mehr „erlauben“. Leider konnten die Schichtunterschiede nicht eingeebnet werden, sondern sie haben sich sogar verstärkt.

Vor einem Trugschluß warnen uns Schweizer Kollegen: Compliance läßt sich nicht durch Selbstbeteiligung bzw. Bonusregelung erzwingen sondern nur durch Individualmedizin mit Zeit für Arzt-Patient-Gespräche.

Neben dem Zeitaufwand spielt aber auch die *Haltung des Arztes* eine wichtige Rolle. Routinemäßige Gesprächsabwicklung, allzu distanziertes Verhältnis oder autoritäre Forderungen des Arztes wirken negativ auf die Compliance des Patienten.

Noncompliance ist jedoch der wichtigste Grund für das Scheitern einer Parodontose-Behandlung und 30 bis 50 % der Par-Patienten brechen die Erhaltungsphase vor Ablauf des ersten Jahres ab.

Wir kommen daher nicht umhin, uns derzeit verstärkt mit Compliance in ihrer Wechselwirkung zu beschäftigen, da sie viel mehr Relevanz für die Praxis hat als z. B. "guided tissue regeneration" oder medikamentöse Therapieversuche. Wie jeder parodontologisch tätige Zahnarzt weiß, bewirkt gute Patientenmitarbeit in Mundhygiene mehr zur Eindämmung der Parodontitis als es die ausgefeilteste Operationstechnik - ohne entsprechende Nachsorge - vermag.

Compliance/Mitarbeit des Patienten verlangt von uns Behandlern zuerst, *uns in die Lage des Patienten zu versetzen*.

Oft hat der Patient seine Krankheitssymptome schon jahre-, ja jahrzehntelang bemerkt und erhielt, wenn überhaupt eine Behandlung erfolgte, Spülungen oder unangenehme Tinkturen verordnet. Nun erfährt er im Rahmen der Behandlung zum ersten Mal, daß Symptome und Zahnpflege in ursächlichem Zusammenhang stehen.

Solche monokausalen Erklärungen fördern jedoch Zweifel, kennt doch jeder Patient Menschen, die trotz fast völlig fehlender Zahnpflege keine Zahnbetterkrankungen bekommen. Es empfiehlt sich daher, in einem Gespräch mit dem Patienten einzuräumen, daß auch andere Faktoren die Entstehung der Parodontitis beeinflussen können. Damit erhöht sich die Glaubwürdigkeit der Empfehlung. Wir müssen durch Information

das Verhalten des Patienten beeinflussen. Argumentieren wir gegen die Alltagserfahrung des Patienten, entstehen Dissonanzen, die unsere Glaubwürdigkeit herabsetzen bzw. die Information überdecken oder verdrängen.

Die Formel, „wer seine Zähne so schlecht putzt, bekommt eben Parodontitis“, erzeugt unnötige Widerstände im Patienten. Sagen wir dagegen: „Wer für Parodontitis prädisponiert ist, muß nun leider eine überdurchschnittliche Zahnpflege treiben“, so drängen wir den Patienten nicht in die miese Ecke, kränken ihn nicht und machen ihn uns nicht zum Gegner. *Denn Gefühle der Abwehr oder Schwäche erzeugen Non-Compliance* (Kindposition). Gehorsam und Compliance sind wie Feuer und Wasser!

Wer Information oder Informant nicht akzeptiert, wird auch einen noch so kompetenten Rat nicht befolgen!

Compliance hat Wissen *und* Können zur Voraussetzung. Eine Änderung jahrelanger Verhaltensmuster ist eine schwierige Aufgabe. Erst recht ist *eine Reinlichkeitsdressur im Erwachsenenalter für die meisten Patienten eine ungeheure Zumutung*. Sich ohne Flucht- oder Aggressionsreaktion einzugestehen, daß man seine Zahnbürste falsch benützt hat, erfordert eine gehörige Position Selbstbewußtsein, viel mehr noch die Tolerierung praktischer Putzübungen! Hier sind Behandler und Assistenz gefordert, Einfühlungsvermögen nicht nur zu haben sondern auch zu zeigen.

Verläuft alles positiv, weiß der Patient endlich, warum er was wie tun soll und kann es auch tun.

Der schwierigere Teil der Compliance steht

Schon jetzt einplanen!

*DAZ-Jahreshauptversammlung
im Hafen von Hamburg
vom 6.–8. Oktober 1989
an Bord des Museumsschiffes
CAP-SAN-DIEGO*

Wegen des knappen Kabinenkontingentes teilen Sie uns bitte bald mit, ob Sie

1. eine der Einzel- oder Doppelkabinen mit Dusche/WC buchen möchten, oder
2. bei Kollegen in Hamburg untergebracht werden wollen (die wir dadurch evtl. auch wieder mehr an das DAZ-Leben heranführen können), oder
3. eine Hotelunterkunft in Hamburg reserviert haben möchten, und
4. an Karten für das Musical „Cats“ interessiert sind – gerade hierfür ist **baldige Meldung** erforderlich.

Interessenten wenden sich bitte an:

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2164 Steinkirchen

Tel.: 0 41 42–43 77 (Praxis)
oder –13 77 (Privat)

aber noch aus, denn „der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“. Oder - von ebensolcher Bedeutung - Vorsorgehandlungen unterbleiben wider besseren Wissens, weil diese Handlungen angstbesetzt sind. Es ist nämlich oft nicht die mangelnde Angst, die den Patienten Zahnpflege meiden läßt, sondern vielmehr die *zu starke Angst vor dem Ereignis, vor dem die Prophylaxe schützen soll*. Große Angst führt leicht zu Verdrängung. Malen wir als Behandler die möglichen Folgen mangelnder Compliance in den düstersten Farben, so gefährden wir damit eher das angestrebte Ziel.

Es ist leider unbestreitbar, daß eine zahnärztliche Behandlung Angst erzeugt. Hat der Patient die Behandlung endlich überstanden, möchte er nicht mehr daran erinnert werden, weil dies die Angst aktualisiert. Unter diesem Phänomen leidet die Compliance, wenn die gewünschte Verhaltensänderung mit einer angstausslösenden Situation verbunden wird. Also sollten *Prophylaxe-Sitzungen nicht mit schmerz- bzw. angstauslösenden Behandlungen kombiniert werden*. Weiß der Patient, daß er lediglich für eine Zahnreinigung und Kontrolle den Zahnarzt aufsucht, kommt er wesentlich entspannter und wird eher in der Lage sein, dabei erhaltene Informationen aufzunehmen.

Damit sind wir beim letzten wichtigen Punkt zur Erzielung der Compliance: Der Patient braucht *Rückmeldung*, da er selbst nicht abschätzen kann, ob seine Bemühungen Erfolg haben.

Da bei den Recall-Sitzungen üblicherweise Zahnarthelferinnen reinigen und polieren, sollten sie bei dieser Gelegenheit *stets*

die Hygienebemühungen des Patienten besprechen. Neben Korrekturvorschlägen für ungenügend gepflegte Stellen sollte *Lob nicht zu kurz kommen*.

Hier muß die Bedeutung der qualifizierten Mitarbeiterin zur Sprache kommen.

Nicht nur, daß eine Zahnarthelferin oft leichter die „Ebene“ des Patienten findet, sie ist auch unverzichtbar für die Rückmeldung an den Patienten, wie der Erfolg seiner Bemühungen ist. Oder führt ein Zahnarzt alle Recall-Sitzungen inklusive Politur, Nachscaling, Instruktion und Remotivation etwa selbst durch?

Am Beratungsmonopol festzuhalten ist im Hinblick auf die Compliance fatal: es verhindert die exakte Information, die der Patient von der Zahnarthelferin erhält, um seine Zahnpflege zu optimieren. Der Zahnarzt, der die Zahnreinigung nicht selbst durchführt und trotzdem darauf besteht, der einzige Ratgeber seiner Patienten zu sein, gefährdet jedenfalls diesen Teil der Mitarbeit des Patienten.

Außerdem reduziert er damit das Interesse und die Eigeninitiative seiner Mitarbeiterin. Sie hat dann auch keinerlei positive Rückmeldung, denn Behandlungserfolge werden selbstverständlich dem Zahnarzt gutgeschrieben.

Tatsächlich ist und bleibt *Compliance* aber eine *Gemeinschaftsleistung von Patient, Zahnarzt und Mitarbeiterin*.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

Rose Schraitle / Günther Siebert

Zahngesundheit und Ernährung

Von Dr. oec. troph. Rose Schraitle und Prof.
Dr. med. Günther Siebert, beide Würzburg.
255 Seiten, 14 Bilder, 41 Tabellen. 1987.
Gebunden 148.- DM. ISBN 3-446-14660-1

Das Buch wendet sich vor allem an die Zahn-
ärzte, die bei der Ausübung ihres Berufes
ihren Patienten einen ernährungsphysiolo-
gisch fundierten Rat geben wollen, aber auch
an Ernährungswissenschaftler, z. B. in zahl-
reichen Sparten der Lebensmit-
telindustrie und in der Öffentlich-
keitsarbeit.

Die für die Praxis besonders be-
deutsamen Abschnitte des Bu-
ches sind optisch hervorgehoben; Rezept-
beispiele ergänzen die Ernährungsempfeh-
lungen.



Bitte einsenden an:

FAKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen GmbH

Landwehrstraße 79

8000 München 2

bei der St. Pauls-Kirche

(089) 533959

Coupon

Ich bestelle

Expl.

Name/Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

Datum/Unterschrift:

Schul- und Jugendzahnpflege in Zürich- was wurde damit erreicht?

L. Rinderer

Mit dem folgenden Beitrag setzen wir unsere Serie über die zahnärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen in unseren europäischen Nachbarländern fort. Der Autor dieses Berichtes war lange Zeit Leiter der Schulzahnklinik Zürich und der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Schul- und Jugendzahnpflege und gilt national wie international als einer der Wegbereiter der Kinder- und Präventivzahnmedizin.

Im föderalistisch aufgebauten Schweizerischen Bundesstaat liegt die Gesundheitsgesetzgebung in der Kompetenz der Kantone. Die Gemeinden sind die ausführenden Organe.

1866 haben in Zürich sechs initiativ Zahnärzte eine private zahnärztliche Armenpraxis gegründet, in der die ärmere Bevölkerung und die Kinder zahnärztlich kostenlos behandelt wurden. In einem Jahresbericht der Armenpraxis wird erwähnt: „Daß sehr häufig Mütter mit ihren Kindern in die zahnärztliche Armenpraxis kommen, beweist, daß der Zahnwechsel besser überwacht wird als früher“. Die in der Armenpraxis wirkenden Zahnärzte wurden Dozenten der 1895 errichteten Zahnarztschule, die die Aufgaben der Armenpraxis in der Poliklinik weiterführte.

1908 schuf die Stadt Zürich die erste kommunale, hauptamtlich geführte Schulzahnklinik der Schweiz, nachdem zuvor schon 1885 in London und 1902 in Straßburg Schul-

zahnpflegestätten geschaffen worden waren. Nach 1945 erfuhr die Klinik den nötigen Ausbau auf 13 Quartierkliniken. Unter Prof. R. HOTZ, der 1943 den Lehrauftrag für „Kieferorthopädie und Kinderzahnheilkunde“ erhielt, wurden 1956 zwei zahnärztliche Fürsorgerinnen zur Betreuung der Kindergartenkinder ausgebildet. Sie haben die Kinder und deren Mütter in der Zahnpflege zu instruieren und über zweckmäßige Ernährung zu orientieren. Gemeinsam wird das Zähneputzen geübt und anschließend ein Zahnstatus erhoben, der den Schulzahnkliniken weitergeleitet wird. Die Kindergärtnerinnen unterstützen von sich aus die regelmäßige Zahnpflege, so werden nach Geburtstags- und ähnlichen Festchen gemeinsam die Zähne geputzt. Abb. 1 zeigt, wie sich der Prozentsatz der kariesfreien Kinder seither laufend erhöht hat - obwohl der Anteil ausländischer Kinder von 3,4% auf 32,5% angestiegen ist. Die aus südlichen Randgebieten Europas, aus Südamerika oder dem fernen Osten kommenden Gastarbeiter- und / oder Flüchtlingsfamilien sind in der Regel zahnärztlich un- oder allenfalls unzureichend versorgt und haben kaum Kenntnisse über Zahnpflege. Vergleicht man die Befunde von zwei Schulkreisen mit unterschiedlicher sozialökonomischer Struktur der Bevölkerung, fällt auf, (Abb. 2), daß auch bei hohem Ausländeranteil im Laufe der Jahre eine wesentliche Besserung eintrat.

Über 90% der schulpflichtigen Kinder besuchen in Zürich die öffentlichen Schulen.

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

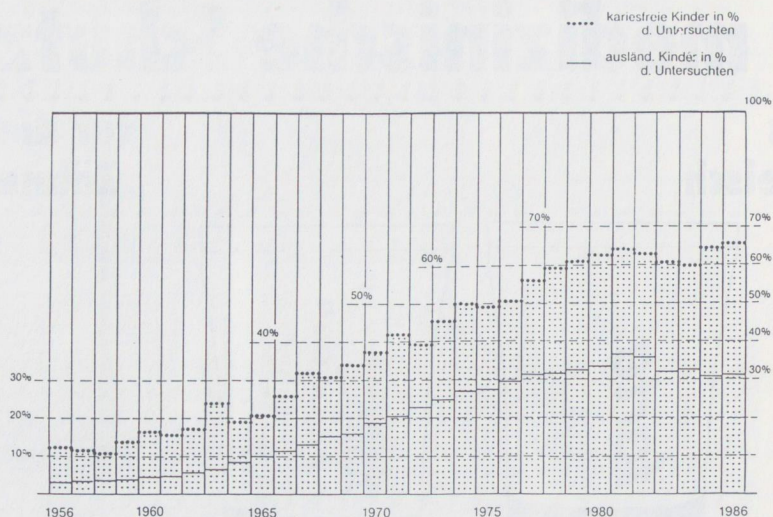


Abb. 1: Kariesfreie Kindergartenkinder der Stadt Zürich 1956–1986

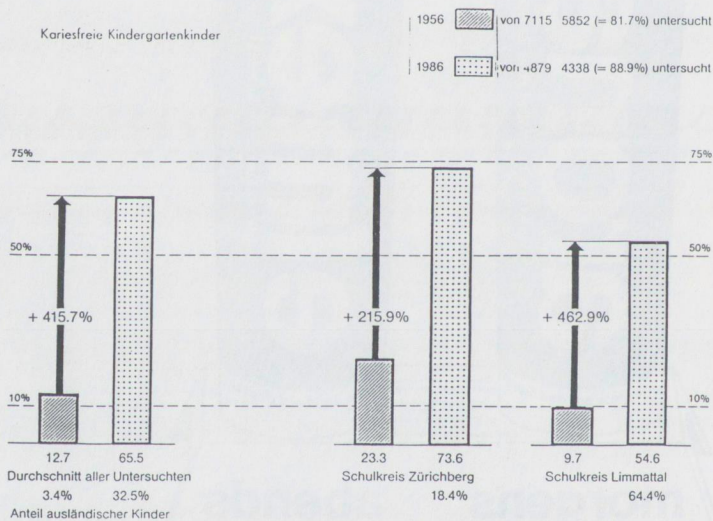


Abb. 2: Kariesfreie Kindergartenkinder, Gegenüberstellung der Befunde von 1956 und 1989 - Korrelation zwischen der ökonomischen Struktur der Wohnbevölkerung und dem Gesundheitszustand der Milchzähne der Kinder zweier Schulkreise.

Von den Schülern der Unterstufe (1. bis 3. Klasse) kommen annähernd 85% in schulzahnärztliche Behandlung; die restlichen 15% werden von privaten Familienzahnärzten betreut und versorgt. Alle Schüler und Kindergartenkinder kommen einmal jährlich klassenweise zur obligatorischen schulzahnärztlichen Untersuchung in die Quartierklinik. Bei diesem Klinikbesuch wird die Anwesenheit des Lehrers über Fragen der Ernährung, der Zahnpflege und weiterer Prophylaxemaßnahmen diskutiert, ehe in kleinen Gruppen unter Aufsicht und Instruktion die Zähne mit fluoridhaltigen Gels geputzt werden. Anschließend wird vom Zahnarzt die Mundhöhle inspiziert, ein Zahnstatus aufgenommen und eine kieferorthopädische Beurteilung vorgenommen. Auf der individuellen Bestellkarte wird der nächste Termin für eine Kontroll- oder Behandlungssitzung eingetragen und dem Kinde mitgegeben. Schüler mit schlecht geputzten Zähnen werden von speziell ausgebildeten Hilfskräften die plaquebelegten Zähne angefärbt, gereinigt und dem Kinde gezeigt, wie sein sauberes Gebiß auszusehen hat und wie es mit Bürste und allenfalls mit Zahnseide gepflegt werden muß. Eine einmalige Instruktion bietet leider keine Gewähr für einen dauernden Erfolg, es bedarf regelmäßiger Kontrollen und wiederholter Instruktionen. Zwei weitere Hilfskräfte, sogenannte Zahnpflegehelferinnen, besuchen seit 1961 sechsmal pro Schuljahr alle 1., 2. und 3. Klassen, um den Reinigungszustand der Zähne zu kontrollieren und anschließend unter Anwendung von Fluoriden das Zähneputzen methodisch richtig zu üben. Es mag vielleicht erstaunen, daß weniger als 1% der Eltern auf die Fluoridanwendung zu verzichten wünscht. Als weitere kollektive oder semikollektive Maßnahmen wurden 1951 die Abgabe von Fluortabletten und 1956 die

Abgabe von fluoridiertem Kochsalz versuchsweise eingeführt, wegen organisatorischer Schwierigkeiten aber bald wieder eingestellt. Alle Prophylaxemaßnahmen werden voll von der Stadt getragen, sie sind somit für die Eltern kostenlos. Als vor bald 30 Jahren diese Maßnahmen eingeführt wurden, war der damaligen Elterngeneration sehr wohl bekannt, was Zahnschmerzen und vorzeitiger Zahnverlust bedeuten; daher waren sie auch entsprechend motiviert, ihre Kinder vor vermeidbaren Schäden zu bewahren. Es ist daher verständlich, daß die Eltern schon frühzeitig ihre Kinder zum Zahnarzt begleiten, sich beraten lassen und gerne bereit sind, an der Gesunderhaltung der Zähne maßgeblich mitzuwirken, eine Einstellung, die sich in der Folge auch auf die Kinder überträgt. Damit verlieren die Kinder auch die Angst vor dem Zahnarzt, den sie als ihren Helfer betrachten und unterstützen.

Voraussetzung für eine systematische schulzahnärztliche Behandlung ist die vorgängige ausreichende Beurteilung. Seit 1960 werden routinemäßig Bite-wing-Röntgenaufnahmen angefertigt, ehe eine Behandlung vorgenommen wird. Wenn dieses Verfahren auch im Milchgebiß angewandt wird, läßt sich eine frühzeitige systematische Gebißsanierung durchführen. Abb. 3 belegt, wie die Anzahl der Füllungen in jenen Jahren rapid zunahm. Dieses Verfahren bietet aber den großen Vorteil, daß beginnende Schäden frühzeitig erfaßt werden und damit eine schonendere Präparation erfolgen kann, was wesentlich zur Erhaltung gesunder Zahnschubstanzen beiträgt. Vorzeitige Verluste von Milchmolaren sind seither selten geworden.

Zur Beurteilung der Gebißentwicklung werden bei 8-9jährigen routinemäßig Orthopantomogramme angefertigt. Die Auswertung von tausenden solcher Aufnahmen

ergab, daß bei 8–9% der Kinder Nichtanlagen bleibender Zähne, bei 1% überzählige Zahnanlagen, bei 5,9% unterminierende Anresorptionen der Milchfüner beim Durchbruch der sechs Jahrmolaren zu beobachten sind; um nur die wichtigsten pathologischen Befunde zu nennen, die der klinischen Beurteilung entgehen.

Wesentliche Aufgabe der Schulzahnpflege ist neben der Prophylaxe die Überwachung der Gebißentwicklung durch regelmäßige Kontrollen sowie die rechtzeitige Erfassung von Schäden und deren Frühbehandlung. Die Entlassung der Jugendlichen mit sanierten Gebissen ist damit sichergestellt. 15% der Jugendlichen können mit naturgesunden und füllungs-freien Gebissen aus der schulzahnärztlichen Betreuung entlassen werden. Auch die kieferorthopädische Betreuung vermag den gehobenen Ansprüchen der Eltern zu genügen.

Leider aber wird in den letzten Jahren eine starke Zunahme der Zahnunfälle registriert; so weisen über 30% der 16- bis 17-jährigen klinisch oder röntgenologisch Folgen von Zahnunfällen auf. Moderne Füllungsmaterialien ermöglichen zwar eine ästhetisch befriedigende Rekonstruktion, aber eine wirksame Prophylaxe läßt sich nicht realisieren, zumal Sport und Spiel mit mehr Risiko betrieben wird.

Zusätzlich zum Schulzahnärztlichen Dienst betreibt die Stadt Zürich auch die „Soziale Zahnpflege für Jugendliche“ seit 1949. Nach dem Schulaustritt erhalten alle Jugendlichen bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr jährlich einen Gutschein der Stadt Zürich, der

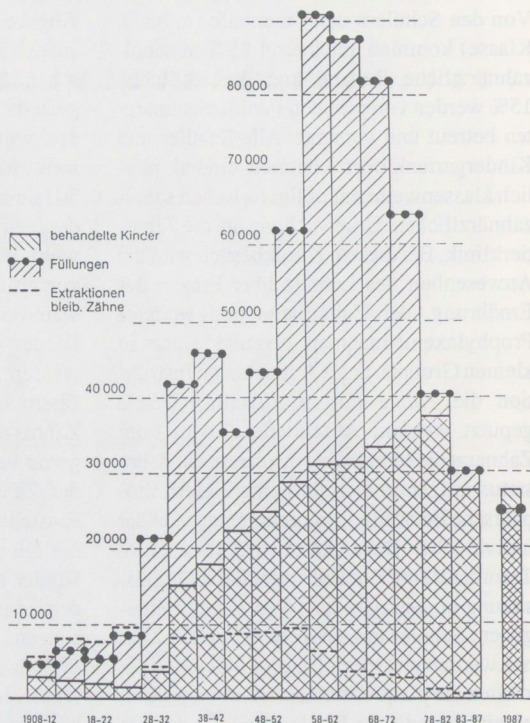


Abb. 3: 80 Jahre Schulzahnklinik Zürich - Anzahl der betreuten Kinder und erbrachte Leistungen, Durchschnittswerte für jeweils 5 Jahre

zur kostenlosen Untersuchung bei einem Zahnarzt freier Wahl berechtigt. Diese Untersuchung umfaßt auch zwei Bite-wing-Röntgenaufnahmen. Der Zahnarzt hat auf dem eingelösten Gutschein zu vermerken, ob derzeit eine zahnärztliche Behandlung nötig ist, ehe er diesen Gutschein dem Amt zurücksendet; falls der Patient Anspruch auf einen städtischen Beitrag an den Behandlungskosten hat, muß ein Kostenvoranschlag eingereicht werden, ehe mit der Behandlung begonnen wird.

Bisher haben über 80% der Jugendlichen die Gutscheine eingelöst. Erfreulich ist

(Abb. 4) der noch immer zunehmende Prozentsatz von Jugendlichen, die keine Behandlung benötigen. Wenn 1988 64% der 17- bis 20jährigen keiner zahnärztlichen Behandlung bedürfen, ist der Langzeiterfolg der Schulzahnklinik ausgewiesen.

Die Erfolge der Kariesprophylaxe einerseits und der massive Rückgang der Schülerzahlen um 50 % andererseits, bedingt durch den Geburtenrückgang, den Wegzug der Familien aus der Stadt auf das wohllichere Land und die Rückkehr kinderreicher Gastarbeiterfamilien in ihre Heimatländer in der Folge der Ölkrise, haben dazu geführt, daß nicht mehr alle Arbeitsplätze der Schulzahnkliniken voll ausgelastet sind und daher auch

Stellen abgebaut werden konnten, ohne daß dadurch eine reduzierte Betreuung der Kinder eintrat. Weil weniger Füllungen nötig sind, bleibt mehr Zeit für die prophylaktischen Maßnahmen, für eine sorgfältigere Beurteilung und Planung. Seit der Einführung der Kinderzahnmedizin als obligates Lehr- und gleichberechtigtes Prüfungsfach hat auch das Interesse der Studierenden an diesem Fache zugenommen, was die Rekrutierung von Assistenten erleichterte.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Ludwig Rinderer
Birkenstr. 14
8135 Langnau a.A.

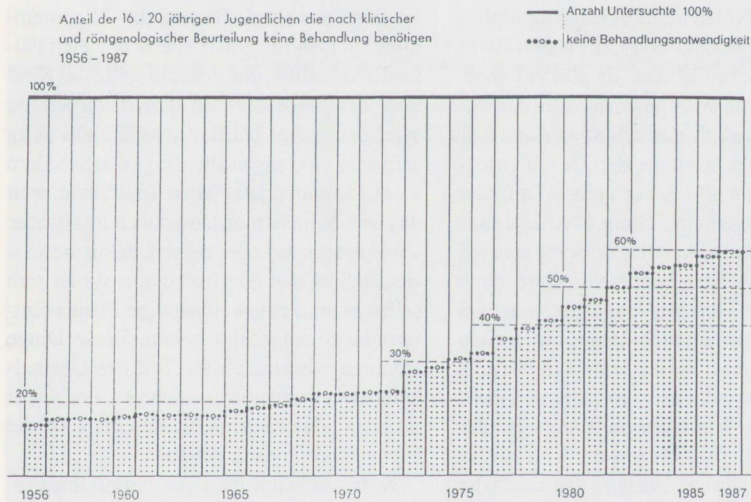


Abb. 4: „Soziale Zahnpflege für Jugendliche der Stadt Zürich“ 1956-1987
Anteil der 16-20jährigen Jugendlichen, die nach klinischer und röntgenologischer Beurteilung keine Behandlung benötigen.

Die konservierende Arbeit ist auf ein Fünftel zurückgegangen

Interview mit Prof. Dr. Th. Marthaler, Zürich

Noch immer diskutiert die Zahnärzteschaft der Bundesrepublik darüber, welche Wertigkeit man der Gruppenprophylaxe und welche der Individualprophylaxe zumessen sollte. Und Ratlosigkeit herrscht bei Krankenkassen, Verbänden und Organisationen, die sich gemäß Gesetzesauftrag um die Gruppenprophylaxe kümmern sollen. In dieser Situation befragten wir einen der Väter der Schweizer Schul- und Jugendzahnmedizin, Thomas Marthaler, Professor für orale Epidemiologie und präventive Zahnmedizin an der Universität Zürich und seit Jahren auch Berater der WHO auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe.

FORUM: Herr Professor Marthaler, wie ist Ihrer Meinung nach die Wertigkeit von Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe einzustufen; was ist wichtiger?

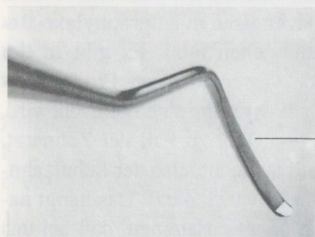
MARTHALER: Ich meine, Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe haben etwas unterschiedliche Gebiete. Es gibt ja Dinge, die jeder wissen und können muß. In der Unterstufe ist dies Schreiben, Rechnen und Allgemeinbildung. Und in der Gesunderhaltung der Zähne gibt es auch einen Teil - der gehört zur Allgemeinbildung. Das heißt ganz kurz, die Schädlichkeit des Zuckers, speziell die Gefahr häufiger Zuckereinnahme, dann die Rolle der Fluoride, und dann, was den größten Teil einnimmt im Üben, das ist dann die Mundhygiene. Bei der Mundhygiene geht es ja auch um praktische Übungen und nicht nur um die Wissensvermittlung. In der Oberstufe, das sind bei uns die Klassen für die 11- bis 15jährigen, da wird dann auch die Kariesentstehung im Biologieunterricht behandelt, denn dort lernen die Schüler schon einiges über Mikroben, und bei den praktischen Übungen gehen wir bis zum Gebrauch der Zahnseide.

FORUM: Das wird noch gelehrt?

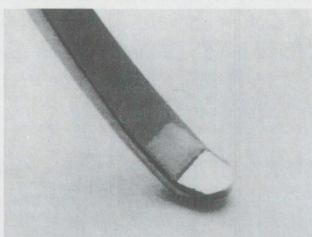
MARTHALER: Ja, das wird noch gelehrt, obwohl wir jetzt bei den Schülern nur noch sehr wenig Approximalkaries finden. Aber wir erachten das als ein Thema der Allgemeinbildung. Denn es gibt ja später in vielen Fällen Parodontitis, und deshalb sollte das Kind oder der junge Mensch darauf vorbereitet sein, daß später bei ihm evtl. Fädeln nötig sein wird. Wir sagen allerdings den Schülern nicht, sie sollen jetzt jeden Tag fädeln, weil das bei uns nicht mehr so notwendig ist, aber wir möchten es ihnen zeigen, damit sie wissen, daß es das gibt und damit sie an sich selbst einmal eine vollständige Plaque-Entfernung durchgeführt haben. Diese Dinge erachten wir einfach als Teil des Gesundheits-Unterrichtes in den Schulen, und damit ist auch gleichzeitig die Zuteilung in die Gruppenprophylaxe gegeben.

Die Individualprophylaxe, um auf Ihre Frage zurückzukommen, ist ebenso wichtig, aber sie hat ein individuelleres Indikationsgebiet und hat auch spezifische fachliche Themen, die durch den Einzelfall bestimmt werden.

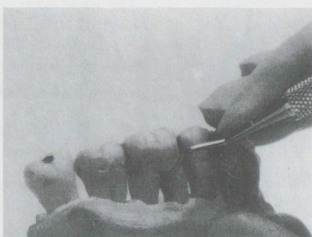
Die Firma HU-FRIEDY hat neue Furkations-Instrumente entwickelt: die SQ (Quétin)-Küretten. Sie sind als Satz für die bukkalen und lingualen Flächen als SQBL und für die mesialen und distalen Flächen als SQMD erhältlich. Die SQ-Sätze werden in 2 Größen hergestellt: SQBL1/SQMD1 mit einem 0,9 mm breiten Arbeitsende und SQBL2/SQMD2 mit einem Arbeitsende von 1,3 mm.



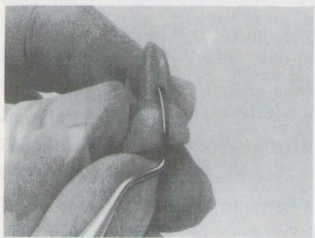
unterster Schaft



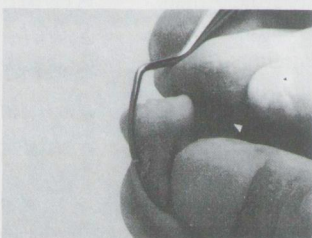
Die kurzen Arbeitsenden dieser Instrumente sind hartmetall-(Perma-sharp)-beschichtet, um die Schärfe länger zu erhalten.



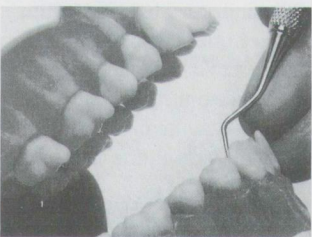
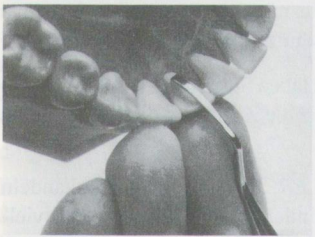
Durch die schmalen, trotzdem sehr stabilen, Arbeitsenden sind die SQ-Küretten die idealen Reinigungsinstrumente für die unterschiedlichsten Furkationen sowie für sämtliche Einziehungen bukkal, lingual, mesial und distal im Molaren- und Prämolarenbereich.



Die SQ-Küretten eignen sich besonders gut zum Reinigen von konkaven Zahnoberflächen. Je nach Breite der Rillen und Furchen verwendet man Instrument-Größe 1 bzw. 2.



Die anatomisch geformten untersten Schäfte passen sich der Zahnform gut an.



Das grazile Design der Quétin-Küretten ermöglicht ein leichtes subgingivales Einführen, ohne daß dabei das Zahnfleisch zu stark abgedrängt wird.

Durch die anatomisch geformten unteren Schäfte der Küretten ist auch eine Adaption bei starker lingualer Neigung möglich, ohne daß dabei der Griff des Instrumentes am OK stören würde. Auch bei sehr schmalen Zahnhälsen können diese Küretten zum Einsatz kommen.

FORUM: In der Bundesrepublik ist jetzt Gruppenprophylaxe bis zum 12. Lebensjahr vorgesehen und Individualprophylaxe vom 12. bis zum 20. Lebensjahr. Glauben Sie, daß diese Regelung Chancen zur Verbesserung der Zahngesundheit bietet?

MARTHALER: Ganz sicher bietet diese Regelung Chancen zur Verbesserung der Zahngesundheit. Aber diese Chancen müssen genutzt werden.

FORUM: Was macht man mit denjenigen Risikokindern bis zum 12. Lebensjahr, die keine Individualprophylaxe bekommen können, aber einer Intensivbetreuung bedürfen?

Wie Sie wissen, hat ja die Arbeitsgemeinschaft „Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe“ in der DGZMK diesen Begriff dahingehend festgelegt, daß man unter Risikopatient z. B. einen 3jährigen zu verstehen hat, der eine kariöse Läsion aufweist, oder 6- bis 7jährige, die mehr als acht Flächen aufweisen, die kariös oder gefüllt sind, oder 10- bis 11jährige mit mehr als einer Karies oder Füllung an einer Approximal- oder Glattfläche. Nach dieser Definition wären dann 20–30% der Kinder Risikopatienten, denn man weiß ja, daß auf diese Kinder 70–80% aller Kariesschäden der Altersgruppe entfallen.

Was macht man mit diesen Kindern in der Schweiz?

MARTHALER: Also diese Definition ist mir

neu, aber es erscheint mir völlig selbstverständlich, daß man diese Kinder einer besonders intensiven Individualprophylaxe-Betreuung unterziehen muß. Es gibt in der Schweiz die verschiedensten Prophylaxe-Programme. Was im einzelnen gemacht wird, entscheidet von Fall zu Fall der Zahnarzt, den das Kind aufsucht, also der Schulzahnarzt oder der Privatzahnarzt. Das hängt natürlich auch damit zusammen, daß bei uns viele verschiedene Prophylaxe-Leistungen einzeln verrechnet werden können. Das spielt nicht nur beim Privatzahnarzt eine Rolle,

sondern auch in den Schulzahnkliniken. Das ermöglicht eine freie Wahl gemäß zahnmedizinischer Indikation. Sie steht sowohl den freien Zahnärzten als auch denen der Schulzahnklinik zur Verfügung.

Ich möchte hier ausdrücklich dem Eindruck entgegenwirken, der mancherorts in der Bundesrepublik herrscht, daß nämlich alle Kin-

der in der Schweiz in Schulzahnkliniken behandelt werden. Richtig ist, daß zwei Drittel der Schüler durch Privatzahnärzte betreut werden, die mit den Gemeinden Verträge über die Schulzahnpflege abschließen.

FORUM: Haben Sie denn das Gefühl, daß in der Schweiz die Zahnärzte die Kinder gerne behandeln?

MARTHALER: Ja. Die Kollegen behandeln jetzt die Kinder gerne. Früher war das vielleicht etwas anders. Das kann man auch daran sehen, daß früher in den Schulzahnkli-

Ich möchte ausdrücklich dem Eindruck entgegenwirken, der mancherorts in der Bundesrepublik herrscht, daß nämlich alle Kinder in der Schweiz in Schulzahnkliniken behandelt werden. Richtig ist, daß zwei Drittel der Schüler durch Privatzahnärzte betreut werden, die mit den Gemeinden Verträge über die Schulzahnpflege abschließen.

niken fast nur ausländische Kollegen gearbeitet haben, während jetzt jede freie Stelle sofort von einem Schweizer in Anspruch genommen wird. Ich glaube, daß der Stellenwert der Kinderzahnmedizin gestiegen ist.

FORUM: Liegt das nicht auch daran, daß Kinderzahnmedizin bei Ihnen in die zahnärztliche Ausbildung integriert ist?

MARTHALER: Ganz sicher. Kinderzahnheilkunde ist ja auch Prüfungsfach beim Staatsexamen, und das schon seit 1972.

FORUM: Gibt es bei Ihnen auch den Facharzt für Kinderzahnheilkunde?

MARTHALER: Nein, das gibt es nicht. Der Bereich der Kinderzahnheilkunde ist ein fester Bestandteil der zahnärztlichen Ausbildung.

FORUM: Herr Professor Marthaler - wie Sie wissen, gibt es in Deutschland ja das sogenannte Überweisungssystem. Das bedeutet, daß in manchen Schulen, nicht in allen - das ist eben leider nicht flächendeckend - Reihenuntersuchungen durch einen Zahnarzt im öffentlichen Gesundheitsdienst oder einen frei praktizierenden Zahnarzt, der sich dafür zur Verfügung gestellt hat, durchgeführt werden. Die Kinder, bei denen Kariesschäden zu sehen sind, bekommen einen Zettel in die Hand, auf dem die Eltern aufgefordert werden, das Kind zur Behandlung einem frei praktizierenden Zahnarzt vorzustellen. Aber das funktioniert eben nur zu einem Teil, und zwar nicht nur deshalb, weil der Zettel verloren geht oder die Terminplanung für den Zahnarzt zu lange ist, so daß das Problem wieder in Vergessenheit gerät, sondern auch deshalb, weil in der Bundesrepublik der prothetische Teil der Zahnmedizin sehr übergewichtig ist und Kinderbehandlung bei vielen Kollegen als etwas Lästiges gilt, das man nicht so gerne tut, weil eben auch relativ

wenig dafür vergütet wird.

MARTHALER: Der Zahnarzt, der in der Schweiz einen Vertrag über Schulzahnpflege mit der Gemeinde abschließt, ist verpflichtet, das Kind prioritär zu behandeln. Das ist ganz wichtig, und das war aber eigentlich auch immer gewährleistet, wenn es auch sehr mühsam war zu Zeiten des Zahnärztemangels. Die Zahnärzte konnten nicht sagen, sie hätten so viele Erwachsene, die etwas Dringenderes brauchen, sondern sie waren verpflichtet, das Kind kurzfristig zu behandeln, wenn bei der obligaten jährlichen Untersuchung Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde. Dies gilt heute genauso wie vor Jahrzehnten.

FORUM: Und das hat funktioniert?

MARTHALER: Früher nicht so gut, aber jetzt, wo die Prophylaxe läuft, macht er's gern. Wir legen jedenfalls großen Wert darauf, daß der Zahnarzt, der das Kind untersucht, es auch behandelt.

FORUM: Das ist genau das, was auch wir für das Entscheidende halten.

MARTHALER: Man weiß dann genau, wenn ein Kind dental nicht in Ordnung ist, dann hat der und der die Verantwortung. Es kann natürlich auch sein, daß die Eltern die Behandlung ablehnen, aber man weiß dann jedenfalls, wo man suchen muß und wer die Verantwortung trägt.

FORUM: Was empfehlen Sie angesichts der augenblicklichen Situation in der Bundesrepublik, wo sich sehr viele verschiedene Organisationen von den Krankenkassenverbänden über die Zahnärzteschaft bis zu den Kindergartenträgern um die Gruppenprophylaxe kümmern sollen?

MARTHALER: Das wichtigste erscheint mir hier, daß zunächst einmal die Zahnärzte un-

tereinander einig sind, also eine unité de doctrine besteht. Dann wissen die anderen, wir müssen uns arrangieren und werden einen Weg suchen. Wenn fachlich keine Einheit besteht, dann wird alles versanden.

FORUM: Wie schätzen Sie den Wert von Reiheurtersuchungen in der Schule ein?

MARTHALER: Reihenuntersuchungen, ob sie in der Schule oder in der Praxis erfolgen, dienen in der Schweiz einzig und allein der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit. Wenn etwas festgestellt wird, dann wird nach Rücksprache mit

den Eltern eben sofort therapiert. Unsere statistischen Erhebungen erfolgen unabhängig von den Behandlungsuntersuchungen. Um es noch einmal deutlich zu

machen, unsere Reihenuntersuchungen sind also direkt gekoppelt mit der nachfolgenden Behandlung.

FORUM: Wie lange muß denn in der Schweiz ein Kind warten, bis es nach der Untersuchung zur Behandlung drankommt?

MARTHALER: Wenn der Zahnarzt z. B. die Untersuchungen nach den Sommerferien durchführt, dann hält er zum voraus in seiner Praxis schon Termine frei bis etwa November, so daß die Behandlungen dann unmittelbar nach den Untersuchungen durchgeführt werden können. Die ersten Kinder kommen sofort nach dieser Untersuchung zur Therapie, und dann kommt es eben darauf an, bei wievielen Kindern etwas gemacht werden muß. Ich schätze, das dauert höchstens drei Monate.

FORUM: Was sehen Sie für Möglichkeiten, die Bedenken der deutschen Zahnärzteschaft

gegen die Behandlungsmöglichkeit von Schulzahnärzten auszuräumen?

MARTHALER: Ja, ich weiß eigentlich nicht, woher diese Bedenken kommen.

FORUM: Die Bedenken kommen offensichtlich daher, daß die Zahnärzte in freier Praxis befürchten, daß die Behandlung von Kindern ihnen durch Schulzahnärzte dann völlig aus der Hand genommen wird und es zu Umsatzeinbußen kommt.

MARTHALER: Bei uns gibt es keine solchen Schulzahnärzte wie bei Ihnen. Bei uns gibt es sowohl in Kliniken als auch in der freien Praxis nur Zahnärzte, die sowohl untersuchen als auch behandeln.

FORUM: Wir können uns eben keinen

Kollegen vorstellen, dem man anbieten kann, nur Löcher zu zählen und die Kinder in Zahnpflege, Fluoridierung und Ernährung zu unterrichten, aber jegliche Behandlung zu unterlassen.

MARTHALER: Es hat ja einige Kollegen bei Ihnen in Baden-Württemberg gegeben, die sich auf diese Weise eingesetzt haben, aber ich sehe heute keine Möglichkeit mehr für dieses System. Ich habe eigentlich auch nie verstanden, was das soll.

FORUM: Was sind denn eigentlich die Inhalte der Ausbildung in Kinderzahnmedizin während des Studium? Ist da auch Psychologie dabei?

MARTHALER: Nicht sehr viel, aber doch einige Stunden. Im wesentlichen besteht die Ausbildung aus konservierender Zahnheilkunde im Milchgebiss, aus der Früherkennung von Wachstumsstörungen bis zur klei-

nen Kieferorthopädie und aus der Notfallversorgung von Kindern, also bei Zahnunfällen oder ähnlichem. Und natürlich noch ein paar spezielle Fragen der Vorbeugung.

FORUM: Gibt es Fortbildungsmöglichkeiten für Kinderzahnmedizin in der Schweiz?

MARTHALER: Das ist eben ein wichtiger Punkt. Wir hatten 1976 etwa 240 Stellen für Schulzahnärzte an Schulzahnkliniken. Diese Zahl ist nun im Zurückgehen, weil viel weniger Arbeit anfällt. Die konservierende Arbeit ist etwa auf ein Fünftel zurückgegangen.

FORUM: Auf ein Fünftel oder um ein Fünftel?

MARTHALER: Auf ein Fünftel. Und dadurch haben einige Schulzahnkliniken Personal entlassen müssen. Aber trotzdem sind es immer noch etwa 70 Kliniken mit rund 190 Ärzten, wo die jungen Kollegen zwei bis drei Jahre lang Erfahrungen in Kinderzahnmedizin sammeln können, bevor sie sich niederlassen. Das ergibt natürlich ein großes Potential fortgebildeter Zahnärzte, die ja dann später in der eigenen Praxis auch wieder als Schulzahnärzte tätig sind. Ohne diese Kliniken würden wir sehr bald einen sehr deutlichen Qualitätsabfall haben. Ich setze mich persönlich immer wieder dafür ein, daß diese Kliniken erhalten bleiben. Ich glaube, daß - wenn in einigen Städten der Bundesrepublik Schulzahnkliniken wären - dann würde das bei Ihnen der Kinderzahnmedizin viel mehr Gewicht geben.

FORUM: Welche Personen befassen sich in der Schweiz außer den Schulzahnärzten mit Präventivzahnmedizin?

MARTHALER: Die Prävention ist keineswegs auf die Schulzahnärzte beschränkt; im Prinzip ist die Vorbeugung Sache jedes ein-

zelnen Zahnarztes. Für die Gesundheitserziehung in den Schulen gibt es jedoch zusätzlich eine steigende Anzahl von Schulzahnpflege-Helferinnen, von denen bei uns 1.000 in Teilzeitarbeit in den Schulen tätig sind.

FORUM: Diese 1.000 sind aber nicht auf die Städte beschränkt?

MARTHALER: Nein, die arbeiten vor allem auf dem Land.

FORUM: Sie haben sich immer wieder für die Salzfluoridierung eingesetzt. Halten Sie diese Art der Kariesverhütung aus psychologischen Gründen, aus gesellschaftspolitischen Gründen und aus kariesprophylaktischen Gründen noch immer für optimal? Sie kennen ja die ganzen Gegenargumente.

MARTHALER: Ich kann Ihnen nur eines sagen: wenn die Gesetzeshürden nicht wären, dann könnten Sie abmorgen das fluoridhaltige Salz bei Ihren Patienten einsetzen. Sie müßten dann als Zahnarzt auch nicht immer auf den Tabletten herumreiten - und außerdem kostet es ja praktisch nichts. Einen halben bis einen Pfennig mehr als normales Salz. Diejenigen Personen, die das nicht wollen, müssen's ja nicht nehmen. Der Kosten-/Nutzeneffekt ist natürlich hundertfach.

FORUM: Also, das würden Sie für die beste Fluoridierungsmöglichkeit für die Bundesrepublik halten?

MARTHALER: Ja, die Salzfluoridierung ist nicht nur äußerst billig. Sie brächte auch sofort Linderung der Kariesschäden. Die lokalen Fluoridanwendungen, vor allem Zahnpasten, wären zusätzlich weiter zu benützen.

FORUM: Herr Professor Marthaler, wir bedanken uns für dieses Gespräch.

natur spricht über Hintergründe.

„Der Zustand unserer Natur ist kritisch. natur will helfen, das zu ändern: Bewußtsein schaffen, politisches Verständnis aufbauen, Empfindsamkeit wecken und aufklären. natur beschreibt Hintergründe, zeigt Zusammenhänge und macht praktische Vorschläge. Denn: Wissen kann zu einer besseren Welt verhelfen.

Schauen Sie sich natur einmal an. Wir senden Ihnen gern kostenlos und unverbindlich ein Probeexemplar.“

natur
Das Umweltmagazin.

Ortlerstraße 8, D-8000 München 70

Neues zum Thema:

Kollegiale Diskussion zwischen DAZ und FVDZ

Briefwechsel zwischen dem Vorsitzenden des Landesverbands
Bayern der FVDZ und dem Herausgeber des Phillip-Journal

Sehr geehrter Herr Schmidseher,

Ihrens liegt Ihr Beitrag im DAZ-forum Nr. 22 vor. Eine Kopie erhalten Sie als Anlage. Die unseren Verband betreffenden Aussagen sind unterstrichen.

Es wird Ihnen sicherlich klar sein, daß diese Aussagen nicht als kritische Aussagen gegenüber unserem Verband gewertet werden können (konstruktive Kritik ist für jedes Verbandsmitglied eine Selbstverständlichkeit), sondern daß es sich um feindselige Aussagen handelt, welche in einem Blatt gemacht wurden, das, gelinde gesehen, das Sprachrohr einer Gruppe ist, welche in krasser Gegnerschaft zu unserem Verband steht.

Unser Landesvorstand wird am 3. Dezember 1988 tagen. Ich bitte Sie, vor diesem Datum, bis spätestens 1. Dezember, dazu Stellung zu nehmen, wie Sie eine solche grobe Entgleisung als Mitglied unseres Verbandes erklären würden.

Es wird Ihnen sicherlich nicht unbekannt sein, daß für Gegner unseres Verbandes kein Platz für eine Mitgliedschaft in unseren Reihen vorhanden ist. Sollten Sie zu dem stehen, was im DAZ-forum geschrieben wurde, wäre ein freiwilliger Austritt Ihrerseits die beste Lösung.

Ihr
Dr. Ralph Gutmann
Landesvorsitzender

Lieber Herr Kollege Gutmann,

Sie fordern mich in Ihrem Schreiben vom 17.11. auf, „bis spätestens 1.12. Stellung zu nehmen“. Gerne komme ich Ihrem Wunsch hiermit nach:

1. Meine Hauptkritik am Freien Verband gilt nicht den Inhalten (über Sachfragen könnte man ja emotionslos diskutieren), sondern der aggressiven Form, mit der Sachfragen vorgetragen werden, und dem Ton, der im Umgang mit Andersdenkenden benutzt wird.

Ein leuchtendes Negativbeispiel, lieber Herr Kollege, ist Ihr oben erwähnter Brief:

Wie Sie wissen, organisiere ich seit 1976 zahnärztliche Symposien und Seminare, nicht nur auf nationaler Ebene, sondern mit internationalem Referentenaufgebot für Teilnehmer aus vielen Ländern, und seit nunmehr fünf Jahren gebe ich das Phillip Journal für zahnärztliche Fortbildung heraus. In dieser Eigenschaft treffe ich sehr viele fortbildungswillige und engagierte Zahnärzte, die auch in den Landesvorständen des Freien Verbandes zu finden sind. Deshalb weiß ich sehr genau, daß ich mit dieser Kritik nicht allein dastehe. Es wäre sicher sinnvoll, wenn man dies nicht als „feindselige Aussage“, sondern als Kritik betrachten würde. Es ist eine solch wichtige Frage, daß es sinnvoll wäre, diese von neutraler Seite untersuchen zu lassen.

Ich mache Ihnen einen Vorschlag: Der Phillip Verlag und der Freie Verband teilen hierfür die Kosten, und die Ergebnisse werden im Phillip Journal veröffentlicht.

2. Wenn ich schreibe: „eine Alternative zum Freien Verband ist längst überfällig“, so sehe ich auch darin keine feindselige Aussage. Jedes System benötigt eine Opposition - sonst verkrustet es. Der DAZ stellt intelligente Fragen, ihn deshalb als Erzfeind zu betrachten ist unklug.

Um was geht es dem Freien Verband wie auch dem DAZ, und um was geht es mir als Zahnarzt? Wir wollen alle gute Zahnmedizin betreiben, dafür leistungsgerecht belohnt und von unseren Patienten und Vertragspartnern respektiert werden. Das können wir nur zusammen erreichen.

Deshalb schlage ich ein Roundtable-Ge-

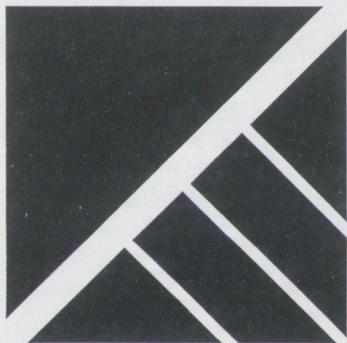
spräch zwischen FV-Spitze und DAZ-Spitze vor. Als Gastgeber biete ich den unparteiischen Phillip Verlag an.

3. Lieber Herr Kollege Gutmann, ich bin bereit, am 3. Dezember vor dem Landesvorstand zu erscheinen und weitere Fragen zu beantworten. Auch wenn dies nicht möglich sein sollte, wäre es sinnvoll, daß wir mal miteinander reden.


In diesem Sinne bin ich
mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr
Dr. Josef Schmidseher

Verfasser und Redaktion sehen einer Reaktion der FVDZ noch immer erwartungsvoll entgegen.



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

Darum: 

Pressemitteilung

der Liste Demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Delegiertenversammlung der Landeszahnärztekammer Hessen

In der Delegiertenversammlung am 3.12.1988 in Bad Orb schob die Landeszahnärztekammer die Aufarbeitung ihrer Berufsgeschichte im Nationalsozialismus an einen Doktoranden der Universität Gießen ab. Damit wies die Berufsvertretung der hessischen Zahnärzte einen Antrag der Liste Demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte zurück, in eigener Verantwortung und mit klarer Zielsetzung einen Forschungsauftrag zu vergeben, um die Namen, beruflichen Werdegang und Schicksal der von den Nationalsozialisten verfolgten Zahnärztinnen und Zahnärzte im Bereich des heutigen Hessen zusammenzutragen. Die oppositionelle Liste hatte vorgeschlagen, die Ergebnisse als Denkschrift zur Ehrung der Opfer des Faschismus zu veröffentlichen.

Die Opposition im Kammerparlament kritisierte die Ablehnung ihres Antrages als eine Weigerung der Kammermehrheit, die Vergangenheitsbewältigung der Zahnärzte und die Ehrung der Opfer zur eigenen Sache zu machen. Die Vertretung der hessischen Zahnärzte drücke sich um diese Aufgabe herum, wenn sie die Dokumentation des Schicksals ihrer Kolleginnen und Kollegen in den akademischen Bereich abschiebe.

Der einlenkende Vorschlag der Opposition, sowohl eine wissenschaftliche Aufarbeitung anzuregen als auch in eigener Betroffenheit unverzüglich tätig zu werden, wurde ebenfalls abgelehnt. Diese Tatsache ist besonders bestürzend, weil eine Woche zuvor die Delegierten der Landesärztekam-

mer Hessen einen gleichlautenden Antrag einstimmig angenommen haben und sofort aus der Versammlung heraus drei Ärzte mit der Vorbereitung der Dokumentation beauftragt haben.

Anders als bei den Ärzten hat die Aufarbeitung der Berufsgeschichte im Nationalsozialismus durch die offiziellen Verbände der Zahnärzte noch nicht begonnen. Statt dessen bewilligten die hessischen Zahnärztevertreter im Haushalt der Zahnärztekammer für das Jahr 1989 erneut DM 8.000,- für den Ehrenpreis der Kammer. Benannt ist dieser Ehrenpreis nach Prof. Otto Loos, dem ehemaligen Direktor der Frankfurter Zahnklinik, der von 1933 bis zu seinem Tod 1936 den Nationalsozialisten als Reichsdozentenführer der zahnmedizinischen Hochschul-lehrer diente.

Dr. Rolf Schlömer
Mitglied der Delegiertenversammlung der
Landeszahnärztekammer Hessen

Kontakte:
Sprecher der Liste Demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte:
Dr. Burghard Hahn
Mainzer Ldstr. 147, 6000 Frankfurt 1
Tel.: 069/732049

Dr. Rolf Schlömer
Schützenstr. 18, 6100 Darmstadt
Tel.: 06151/22822

Landes Zahnärztekammer Hessen
- Geschäftsstelle -
Lyoner Str. 21
6000 Frankfurt 71

**Antrag zur Beratung in der Delegierten-
versammlung der Landes Zahnärztekam-
mer Hessen am 3.12.1988:**

Der Vorstand der Landes Zahnärztekam-
mer Hessen soll in Zusammenarbeit mit dem
Vorstand der Landes ärztekammer Hessen
einen Forschungsauftrag mit dem Ziel ver-
geben, Namen, beruflichen Werdegang und
Schicksal der zahnärztlichen und ärztlichen
Kolleginnen und Kollegen zusammenzutrag-
en, die durch Berufsverbote und Verfolgung
Opfer der nationalsozialistischen Ge-
waltherrschaft wurden.

Die Forschungsergebnisse sollen in einer
Denkschrift zur Ehrung dieser Opfer des
Faschismus veröffentlicht werden.

Begründung:

Mit der 5. Verordnung über die „Zulassung
von Zahnärzten und Dentisten zur Tätigkeit
in den Krankenkassen“ wurde am 12.1.1938
eine Reihe von Verordnungen der national-
sozialistischen Regierung abgeschlossen, die
das Berufsverbot für jüdische Zahnärztinnen
und Zahnärzte und „politisch unzuverlässige“
Kolleginnen und Kollegen zum Ziel
hatten. Am 15.1.1989 jährt sich zum 50. Mal
der Tag, an dem die letzte dieser Unrechts-
verordnungen in Kraft trat.

Über das Schicksal dieser zahnärztlichen
und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen,
die ihre Praxen zum Spottpreis verkaufen
mußten, in die Emigration gezwungen wur-
den, in Konzentrationslager verschleppt
wurden oder in den Suizid getrieben wurden,
ist nichts bekannt. Da der Leidensweg dieser
Kolleginnen und Kollegen aber unauslösch-

barer Bestandteil der Geschichte der Zahn-
heilkunde und der Medizin ist, muß das
darüber noch vorhandene Wissen aufgespürt,
zusammengetragen und dokumentiert wer-
den. Es soll damit der heutigen und den
nachfolgenden Generationen erhalten wer-
den.

Rolf Schlömer



*Die Intinktionen des
FVDZ haben uns Zahnärz-
ten viel Sympathien scho-
tet! Wir brauchen Freunde!*

Darum:



Unwahrheit

*Die Einsparungen gehen nicht zu Lasten
der Patienten, sondern schlagen auf die An-
bieter durch. Denn die Patienten erhalten
auch weiterhin das medizinisch Erforderli-
che ohne jede Zuzahlung, egal wie teuer dies
ist. Gerade um dies auch künftig bezahlbar
zumachen, ist es nötig, bei wirkstoffgleichen
Produkten nur die preiswerteren aus der
Solidarkasse zu bezahlen. Der Festbetrag
kombiniert das medizinisch Sinnvolle mit
dem solidarische Richtigen und dem ökonomisch
Vernünftigen.*

Die Betriebskrankenkasse 1 '88, S. 2

Buchbesprechung

Guggenbichler, Norbert (1988):

Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz

**Zahnärzteopposition vor 1933,
NS-Standespolitik 1933–1939.
Frankfurt am Main. 305 Seiten.
DM 24,80**

Auf einer von der „Vereinigung demokratische Zahnmedizin e. V.“ am 13.11.1982 in Hannover veranstalteten Tagung kam es *erstmalig* in der Bundesrepublik zu einer öffentlichen Auseinandersetzung zu dem Thema „Zahnmedizin und Faschismus“. Wenige Monate später erschien ein Sonderheft der Zeitschrift „der artikulator“ zu diesem Thema. Obgleich sehr lesenswert, fand dieses Heft nur eine geringe Verbreitung, und eine Rezeption in der zahnmedizinischen Fachpresse unterblieb. Ende 1987 erschien eine erweiterte, von Wolfgang Kirchhoff herausgegebene Fassung dieses Sonderhefts in Buchform.

Dem vorliegenden Buch „Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz“ kommt das große Verdienst zu, dieses Thema erneut aufgegriffen und im Rahmen einer zahnmedizinischen Dissertation ausführlich abgehandelt zu haben.

Der Autor beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der standespolitischen Lage der Zahnärzteschaft und ihrer Berufsverbände vor 1933 und den Veränderungen, die die „Machtergreifung“ der Nationalsozialisten für den berufsständischen Aufbau und die zahnärztliche Opposition zur Folge haben.

Der Prozeß der Diffamierung, Diskriminierung und schließlich „Eliminierung“ oppositioneller Kollegen, insbesondere Zahnärzte jüdischen Glaubens bzw. linker politischer Gesinnung, wird mit großer Genauigkeit rekonstruiert. Die Schilderung von Einzelschicksalen betroffener Kollegen läßt das Unrecht, das diesen Zahnärzten von den Nationalsozialisten zugefügt wurde, erahnen.

Im Anschluß hieran erfolgt eine Erörterung des zahnärztlichen Zulassungsrechts nach 1933, das im Interesse nationalsozialistischer Politik mißbraucht wurde.

Die abschließenden Kapitel behandeln die Entwicklung der „Zahnambulatorien“ der Krankenkassen von 1903 bis zu deren Auflösung im Jahre 1933, die Situation der Jugendzahnpflege bis zum Jahre 1939 und Fragen zahnärztlicher Prophylaxe im Rahmen nationalsozialistischer „Rassenpflege“.

Bei diesen Kapiteln hätte es sich angebotenen, Parallelen zur heutigen Situation zu ziehen und Fragen über den Stellenwert der Individual- und Gruppenprophylaxe und der Kinder- und Jugendzahnpflege in unterschiedlichen politischen Systemen zu stellen. Hierdurch hätte die Darstellung dieses wichtigen Themenbereiches interessanter und aktueller gestaltet werden können.

Dieses Buch ist aus einer wissenschaftlichen Arbeit hervorgegangen, und hierunter leidet die Lesbarkeit. Die Lektüre erfordert, insbesondere wegen thematischer Unübersichtlichkeiten, Aufmerksamkeit und Ausdauer. Allerdings erhält der Leser hierfür zahlreiche interessante Informationen über die Geschichte der Zahnmedizin während

der Weimarer Republik und während des Nationalsozialismus.

Der Autor hat viele Quellen, insbesondere die zeitgenössische Standespresse, ausgewertet, sehr sorgfältig recherchiert und sein Buch mit zahlreichen Anmerkungen, Abbildungen, Tabellen und Dokumenten verse-

hen. Diese Dokumentation vermeidet jegliche einseitige Darstellungsweise und ermöglicht es jedem interessierten Leser, sich ausführlich und sachlich über eine bisher viel zu wenig beachtete Zeit in der Geschichte der Zahnheilkunde zu informieren.

Michael Laier

Ungeordnet aufgelesen

Hypomochlionwirkung kann verschwinden?

Es ist klinisch belegte Realität, daß ein Hypomochlion auf endständigen Zähnen ein Kippen des Unterkiefers verursacht, indem der Kiefergelenkspalt verbreitert wird. Diese anatomische und elektromyographische Studie konnte eine neue Erklärung zu dieser Erscheinung liefern. Bei einer Schließbewegung auf eine distale Erhöhung, gefolgt von einer vertikalen isometrischen Kontraktion, sind nicht nur die Hebemuskeln aktiv, sondern die gesamte mastikatorische Muskulatur. Nach einer Angewöhnungszeit paßt sich das motorisch-mastikatorische Reflexprogramm der neuen Situation an.

Die Elektromyographie hat gezeigt, daß der Patient lernt, spezifisch die horizontalen Bündel des Musculus temporalis und in einem kleineren Ausmaß die unteren Fasern des unteren Schenkels des Musculus pterygoideus externus zu gebrauchen. Dies erlaubt ihm die rotatorische Kippbewegung um das Hypomochlion.

Die Ausnützung dieses Ablaufes eröffnet neue therapeutische Horizonte.

SSO 5/88, S. 463

Composite statt Amalgam: Für Milchzähne keinen Bedenken

Trotz einer sehr guten Randdichte wird auch in Amerika aufgrund der mangelnden Verschleißfestigkeit keine Empfehlung für Composites als Füllungsmaterialien bei bleibenden Seitenzähnen abgegeben. Dies geht aus einer Untersuchung von Dr. Oldenburg, über die im Journal Dental Materials 3/87 berichtet wird, hervor. Er stellt fest, daß zur Versorgung von Milchzähnen Composite eine gute Alternative zu Amalgam darstellen kann.

In einem Recall waren bei Amalgam - insgesamt 150 Füllungen - nach zwei Jahren in vier Milchzähnen Wiederholungsfüllungen nötig. Bei Composites mußte bei gleicher Anzahl neben zwei Milchzähnen auch bei zwei bleibenden eine Wiederholungsfüllung vorgenommen werden. Vor allem weist Oldenburg darauf hin, daß der Verschleiß bei Composites sich insgesamt innerhalb der 2-Jahres-Untersuchungen als größer herausstellte.

Die Zahnarztwoche 20/88, S. 1

Ausführungen des Präsidenten zum Thema „Qualitätssicherung“

Den Schlüssel zu einer Verbesserung zahnärztlicher Behandlungsgüte haben die Zahnärzte selbst in der Hand. Wodurch?

Durch Schärfung ihres Gewissens.

Jeder Mensch und das fast in jedem Beruf, läuft Gefahr durch Routine Qualitätsverluste in Kauf zu nehmen, die ihm zudem häufig gar nicht bewußt werden. Das gleiche gilt für Zahnärzte und ihre Behandlungstätigkeit.

Es kommt also darauf an, im Sinne einer Art moralischer Aufrüstung, das Gewissen auf für Nachlässigkeiten, die sich in die Behandlungstätigkeit einschleichen, erneut und immer wieder zu schärfen.

Es ist nicht nur unmoralisch, einem Patienten eine abgenommene Krone nicht zurückzugeben,

oder Leistungen auf dem Schein abzurechnen, die so nicht erbracht wurden,

es ist auch unmoralisch z. B. eine Kavität nicht restlos zu excavieren, bloß weil die Zeit dränge, oder

eine Caries profunda nicht mit einer exakten Abdeckung und Unterfüllung zu versehen, oder

Amalgam in eine Kavität zu stopfen, ohne eine verkeilte Matrize zu verwenden, oder

eine kieferorthopädische Behandlung einfach für abgeschlossen zu erklären, nur weil man die Lust verloren hat oder sich eingestehen muß, daß man seine fachlichen Grenzen verkannt hat, und, und, und. . .

Sie sehen, ich steige hinab in die „Niederungen“ des zahnärztlichen Alltags; aber all das ist unmoralisch und darüber hinaus eben auch schlechte Behandlungsqualität.

Was die Zahnärzteschaft also nach Innen, in den Stand hinein tun sollte, habe ich ausgedrückt: auf eine moralische Aufrüstung hinarbeiten, dafür Sorge tragen, daß die

Schlamperei bekämpft wird, die sich während der Prothetik-Boomjahre eingeschlichen hat; und das nicht nur da und dort, wie manchmal so verniedlichend gesagt wird, sondern in erschreckend breitem Maße.

HV der Bundesärztekammer
16./17.9.88 in Wiesbaden

Kondylenbahnbewegung beim Kiefergelenkknacken

Der Diskus hat normalerweise in saggitaler Richtung eine bikonkave Form. Unter pathologischen Veränderungen kann er sich jedoch deformieren und seine Bikonkavität verlieren; er kann flach oder sogar konvex werden (Eriksson 1985). Auch solche Formveränderungen des Diskus verhindern die normale Mobilität des Kondylus und müssen als mögliche Ursachen des Knackens betrachtet werden. Um eine solche Diskusabnormität zuverlässig zu diagnostizieren, muß die Arthrographie hinzugezogen werden. In den Fällen, wo die Lokalisation des Knackens beim Öffnen und Schließen deutlich differierte, kann aber ein deformierter Diskus kaum als Ursache des Knackens angenommen werden.

Die zweidimensionale fluoroskopische Darstellung der Kondylusbewegung erlaubte eine Detailanalyse der Bewegungsstörung, welche mit dem Kiefergelenkknacken einherging. Aus der Form der Bewegungsstörung konnten gewisse Rückschlüsse in Bezug auf die mögliche Pathogenese gezogen werden. Doppelblindstudien, in denen die anhand einer Bewegungsstudie gestellte Diagnose mit derjenigen aus arthrographischen Aufzeichnungen verglichen wird, sind notwendig, um mehr über den diagnostischen Wert von Kondylenbahnaufzeichnungen aussagen zu können.

SSO 5/88, S.470

Die Denkanstöße des NAV

Mit Denkanstößen, die jedoch keine „Thesen“ darstellen sollen, will der NAV die Diskussion über wichtige, die Ärzteschaft angehende existentielle Fragen des Gesundheitswesens beleben. Nachfolgend einige Auszüge:

- Zukünftige Aufgabe der Ärzteschaft muß es sein, innerhalb der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen überzeugende eigene Vorstellungen zu entwickeln, anstatt in Abwehrhaltung und Selbstmitleid zu verharren.

- Es muß vorurteilsfrei darüber nachgedacht werden, welche negativen Entwicklungen das derzeitige Einzelleistungssystem belasten und ob es eine Modifizierung durch andere Bemessungskriterien erfahren muß.

- Es bedarf näherer Durchleuchtung, warum trotz einer von der Struktur und Zahl her ausreichenden Versorgung mit Spezialärzten im ambulanten Bereich die Krankenhäuser häufig in Fällen in Anspruch genommen werden, in denen dafür objektiv kein Anlaß besteht.

- Es besteht kein Zweifel, daß medizinischer Fortschritt, Erweiterung gesundheitlicher Aufgabenbereiche und höhere Anforderungen der Gesellschaft, besonders auch im Hinblick auf die demographischen Veränderungen, in der Bundesrepublik einen größeren Anteil am Bruttosozialprodukt notwendig machen.

- Wichtigste Aufgabe insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen als Genossenschaft der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, aber auch der Ärztekammern, muß es sein, über ihre historisch gewachsenen Aufgaben - Sicherstellung, Gewährleistung und Interessenwahrung der Ärzte - nicht in bürokratischer Administration zu verharren oder gar als hemmendes Element zu wirken, sondern zum Motor notwendiger Innovationen

zu werden.

- Es muß die Möglichkeit zur sachlichen Information über die jeweiligen Leistungsangebote gegeben sein. Dies ist aber mit der derzeitigen Berufsordnung für die deutschen Ärzte nicht vereinbar, die den sich im Fluß befindenden Wandel der Rechtsauffassung der obersten Gerichte auf nationaler und internationaler Ebene noch nicht berücksichtigt. Ein „Werbeverbot“ wird durch jüngste höchstrichterliche Entscheidungen als unabdingbar nur noch für unlautere Werbung angesehen. Das Informationsrecht der Bevölkerung gilt als übergeordnet.

ZM 2 '89, S. 159

Freedom in Zentrik

Neuere Definitionsversuche der Gnathologen zur Punktzentrik oder Okklusion in zentrischer Relation haben die Kritik nicht verstummen lassen, Gnathologie sei „die Wissenschaft vom Kauerhalten des Artikulators.“

Phillip Journal 1/87, S. 10

Praxis ist, wenn man nichts weiß und alles läuft.

Theorie ist, wenn man alles weiß und nichts läuft.

Wortwörtlich

Die untere Ebene im Hause Blüm hat zwar ein wenig Zeit, anzuhören, bedauert aber, keine Kompetenz zu haben. Die obere Ebene beruft sich auf politische Kompetenz, hat aber in den sich überstürzenden Terminen keine Zeit, den politischen Kern des Strukturgesetzes mit den Fachleuten zu diskutieren. Das ganze ist sicherlich so gewollt.

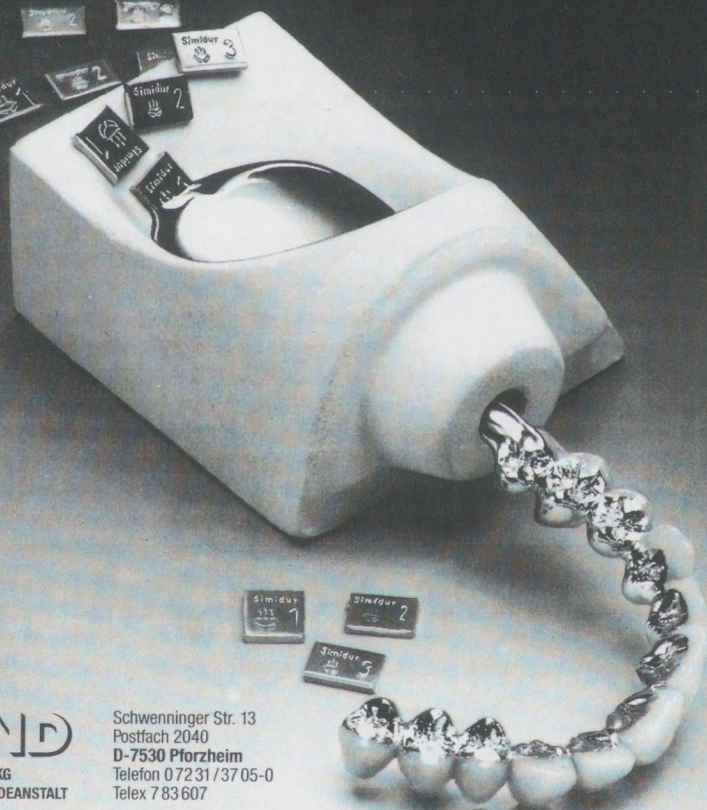
Hans-Henning Bieg, Bundesvorsitzender des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte
Arzt und Wissenschaft 6/88, S. 17

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 / 37 05-0
Telex 783607

Die Schwere einer Parodontalerkrankung steht in keiner Relation zum supragingivalen Plaquelevel

Professor Jan Lindhe, Göteborg, hielt ein Referat mit dem Thema „Gegenwärtige Trends und Zukunftsaspekte in der Ätiologie, Epidemiologie und Prävention parodontaler Erkrankungen“. Er stellte in parallel gezeigten Dias den Stand der Parodontologie 1967 und 1988 gegenüber. So wurde eindrucksvoll demonstriert, was sich im Verständnis der Erkrankung geändert hat und welche Auswirkungen die neuen Erkenntnisse für die Prävention haben. Die entscheidende Aufgabe ist heute die Identifizierung der Risikopatienten und ihrer Risikozahnflächen. Früher bestand die Vorstellung, daß sich aus jeder Gingivitis eine Parodontitis entwickelt, und: je tiefer die Plaque wächst, desto tiefer wird die Tasche. Es konnten jedoch in vielen Erhebungen keine Relation zwischen Mundhygiene und Parodontitis gefunden werden. In Tansania z. B. besteht durchweg in allen Altersgruppen eine schlechte Mundhygiene, die aber sehr selten zum Zahnverlust führt. Wir müssen uns heute die Frage stellen, ob wir eine Gingivitis vermeiden oder ob wir die schwere Paro-

dontopathie mit drohendem Zahnverlust bekämpfen wollen. Also ist die Identifikation von Risikogruppen wichtig, um Zeit und Geld in der Prävention richtig einzusetzen.

In einer 1978 durchgeführten Untersuchung von Axelsson und Lindhe wurden bestehende Parodontalerkrankungen 6 Jahre lang nicht behandelt, nur beobachtet. Bei 50 Prozent der unbehandelten Patienten war kein weiterer Attachmentverlust eingetreten. 50 Prozent des gesamten gemessenen Attachmentverlustes entfielen auf fünf(!) Prozent der beobachteten Patienten, und auch bei diesen war der Attachmentverlust auf nur wenige Zahnflächen begrenzt. Somit hatten 95 Prozent der Patienten gar keiner Behandlung bedurft. Leider konnte man nicht voraussagen, wer ein hohes Erkrankungsrisiko hatte.

Früher sah man die Parodontopathien als langsam verlaufende Destruktionen in direkter Relation zur Plaquemenge. Heute wissen wir, daß es plötzliche Aktivitätsexplosionen nach langen Ruhephasen gibt. So erscheint es heute epidemiologisch als völlig unsinnig, eine Parodontalerkrankung als durchschnittlichen Attachmentverlust in Millimetern pro Individuum zu beschreiben.

Phillip Journal 6 '88, S. 337

Erhalt der Einzelleistungsvergütung
vernünftige Therapiefreiheit
Integration der Qualitätssicherung

Darum:



Schon jetzt einplanen!

*DAZ-Jahreshauptversammlung
im Hafen von Hamburg
vom 6.–8. Oktober 1989
an Bord des Museumsschiffes
CAP-SAN-DIEGO*

Wegen des knappen Kabinenkontingentes teilen Sie uns bitte bald mit, ob Sie

1. eine der Einzel- oder Doppelkabinen mit Dusche/WC buchen möchten, oder
2. bei Kollegen in Hamburg untergebracht werden wollen (die wir dadurch evtl. auch wieder mehr an das DAZ-Leben heranführen können), oder
3. eine Hotelunterkunft in Hamburg reserviert haben möchten, und
4. an Karten für das Musical „Cats“ interessiert sind – gerade hierfür ist **boldige Meldung** erforderlich.

Interessenten wenden sich bitte an:

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2164 Steinkirchen

Tel.: 0 41 42-43 77 (Praxis)
oder -13 77 (Privat)

**Fluoride schützen,
sie können aber auch heilen**

Stephen J. Moss aus New York referierte über den neuesten Stand in der Fluorid-Forschung. Die Mehrheit der Wissenschaftler sieht die Hauptursache für den weltweiten dramatischen Kariesrückgang in der weiten Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten. Es ist zu hoffen, daß eine detaillierte Kenntnis der Wirkungsweise des Fluoridions helfen wird, den größten Nutzen daraus zu ziehen. Die Untersuchung auf der Insel Lewis, 1983, zeigte, daß allein durch die Einführung fluoridierter Zahnpasta bei einer Population eine drastische Kariesreduktion bewirkt wird, mit signifikant mehr völlig kariesfreien Jugendlichen.

Fluoride wirken multifunktionell

- Fluoride, die an die Plaque gebunden sind bzw. als Calciumfluorid im Schmelz vorliegen, werden langsam aufgelöst und erhalten so für längere Zeit einen geringen Fluoridspiegel an der Speichel-Schmelz-Grenze.
- Fluoride wirken der Demineralisation des Schmelzes entgegen, indem sie die mineralisch kristalline Sättigung des Speichels und der Plaqueflüssigkeit stabil erhalten.
- Die Anwesenheit von Fluoridionen in Plaque und Speichel erhöht die Bildungsgeschwindigkeit neuer Hydroxylapatit- und Fluorapatitkristalle in der Schmelzoberfläche. Die Kristalle werden größer und säureresistenter.
- Die Fluorionen stören den Metabolismus der Bakterien und verringern damit die Säuremenge in der Plaque.

Zur Erzielung einer optimalen Wirkung wird ein intraorales Fluorreservoir entwickelt. Ein kleiner Plastikknopf, aus dem konstant kleine Fluoridmengen abgegeben werden, wird an einen Molar geklebt. So soll unabhängig von allen anderen Faktoren Ka-

ries verhindert werden. Fluoride wirken am effektivsten auf den Glattflächen der Zähne. In Kombination mit einer geeigneten Fissurenversiegelung kann Karies bei Kindern praktisch völlig verhindert werden. Der beste Zeitpunkt der häuslichen Fluoridierung ist nach dem Frühstück und direkt vor dem Schlafengehen. Es besteht die geringste Speichelsekretion und wenig Bewegung im Mund, so daß das Fluoridreservoir lange Zeit einwirken kann.

Der Praktiker sollte kariöse Läsionen nicht zu schnell restaurieren. Der Remineralisation des Defekts sollte durch tägliche oberflächliche Fluoridapplikation und Fluoridspülungen eine Chance gegeben werden.

So muß der kariöse Defekt heute neu beschrieben werden. Er sollte nicht mehr nach dem röntgenologischen Erscheinungsbild klassifiziert werden, sondern nach der Art der Behandlung: Ist eine Remineralisation möglich, oder muß exkaviert werden? „Prevention instead of extension“.

Phillip Journal 6 '88, S. 344



Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!

Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:

30. 5. 1989

**Großbritannien:
Führer über Arztpraxen mit
Qualitätsnoten**

Quelle: „Ärzte-Zeitung“, 6. Juli 1988

In Großbritannien gibt es Pläne, Ärzte und Arztpraxen in einem „Nationalen Ärzteführer“ aufzulisten. Die Qualität jeder Praxis soll mit Sternchen bewertet werden.

Das geplante Ziel: Dem Patienten sollen bessere Vergleichsmöglichkeiten bei der Auswahl seines Arztes an die Hand gegeben werden. Ferner soll der Wettbewerb unter den Medizinern gefördert werden.

Der umstrittene Vorschlag kommt aus der Grafschaft Yorkshire/Mittelengland. Das Family Practitioner Committee West-Yorkshire

argumentiert, daß jede siebente Arztpraxis in England schlechten Service bietet. Diese Behauptung basiere auf der landesweiten Inspektion von Praxen im Auftrag des Gesundheitsministers.

Die Prüfer beklagten schlecht belüftete Wartezimmer, unfreundliche Arzhelferinnen und schmutzige Toiletten. Fazit des Reports: „In einigen Fällen kann ein Arztbesuch zum Gesundheitsrisiko werden“. Andere Gesundheitsverwaltungen haben den Vorschlag aufgegriffen und werden innerhalb der nächsten Wochen debattieren, ob in ihrer Region ein „Ärzteführer“ erstellt werden soll.

Gesundheitspolitische Informationen
GPI 3/88, Nr. 4725

DENT CARE

**IHR
PROPHYLAXE
SPEZIALIST**

Dent-o-care . Postfach 1151 . 8011 Brunthal



PROXIMAL-und CPS-Bürsten
in vielen Größen
auch für enge Zwischenräume

2-Tone-Liquid
zeigt alten und neuen Belag

Unseren Katalog mit interessanten Angeboten für Ihre Praxis erhalten Sie bei Einsendung des Coupons. Oder rufen Sie uns einfach an:
Tel. (081 02) 41 12

Bitte senden Sie einen Katalog an:

Name _____
Str./Hausnr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____

Prothesenpflege bei alten Menschen

Neben dem Nachlassen der oralen Ste-reognosie und der oralen muskulären Fein-koordination ist beim alternden Menschen ein Nachlassen der fünf Sinne überhaupt zu beobachten. Dies mag an der Pflege des Zahnersatzes verdeutlicht werden.

Die Prothesen alternder Menschen sind oft in erschreckendem Maße verunreinigt und haben starken Geruch angenommen. Mit Plaquerevelatoren färben sich die Prothesen über und über rot an. Dies alles, obwohl die Patienten beteuern, daß sie ihren Ersatz regelmäßig reinigen, woran zu glauben schwerfällt. Dadurch aber tut man dem alten Menschen unrecht. Der alternde Mensch nimmt den schlechten Geruch und den schlechten Geschmack nicht wahr. Auch sieht er den Belag nicht. Mit den Händen ist er nicht mehr so geschickt. Als Konsequenz ergibt sich daraus:

Die Oberfläche von Prothesen muß so modelliert und ausgearbeitet werden, daß sie leicht sauber, d. h. plaquefrei zu halten ist. Schafft dies der Patient dennoch nicht, so muß von anderer Seite in entsprechenden Abständen eine Grundreinigung vorgenommen werden, sei es durch Angehörige oder Pflegepersonal, sei es professionell vom Zahnarzt und seinen Mitarbeitern. So wird auch unter dem Aspekt der „denture care“ die Forderung nach kontinuierlicher Betreuung bestätigt. Eine saubere Prothese ist nämlich keineswegs als Luxus anzusehen, in vielen Fällen führen Prothesenplaque zu hartnäckigen, unspezifischen Schleimhautentzündungen.

Einfache Formen sind zu bevorzugen. Alles, was konvex gestaltet werden kann, sollte konvex geformt werden, weil konvexe Flächen infolge guter Politur plaquefrei sind, während konkave Flächen zumeist mit Plaque bedeckt sind, weil ein Politurdefizit vor-

liegt. Ein sauberes Oberflächenfinish und durchgestylte Konstruktionen helfen, daß die Prothese plaquefrei bleibt. In gewissen Abständen kann der Ersatz in Chlorhexidinlösung gelegt werden.

Dtsch. Zahnärztl. Z. 1 '89, S. 18

Muskeluntersuchungen in Funktion sind wichtiger

Auch auf die diagnostische Palpation wird bei der statistischen Untersuchung viel Wert gelegt. Dieses Untersuchungsverfahren verlangt viel Erfahrung, ist jedoch nicht besonders präzise. Oft verspürt man Schmerzen an einem vom Ursprung des Schmerzes relativ weit entfernten Ort (Projektionsschmerz). Der Palpationsbefund kann auch positiv sein, weil darunterliegende Gewebe - wie Knochenprominenzen oder entzündete Lymphknoten - gereizt werden. Außerdem können wichtige Strukturen mit dem palpierenden Finger überhaupt nicht erreicht werden. Hierzu gehören die wesentlichen Kieferöffnungsmuskeln, die unteren Ansätze der Mm. pterygoidei laterale.

Die Funktionsanalyse ähnelt der Untersuchung eines Gebrauchtwagens durch einen potentiellen Käufer. Den Wagen zu berühren und in ihm zu sitzen, ist kein Ersatz dafür, seine Vorgeschichte zu kennen und ihn zu fahren. Bei der Untersuchung des Kiefergelenkes werden nach sorgfältiger Anamnese Spielraum, Richtung, Geschmeidigkeit und Geräusche während der Kieferbewegungen des Patienten genau registriert. Ein wichtiger Teil der Untersuchung ist der isometrische Test der Kaumuskulatur. Wird ein Muskel - oder eine Muskelgruppe - isoliert belastet, dann führt eine Muskeldysfunktion zum Auftreten von Symptomen, d. h. zu Kopf-, Kiefer- oder Kiefergelenkschmerzen oder zu einem Druckgefühl.

Phillip Journal 3'88, S. 156

Der entscheidende Durchbruch in der Füllungstherapie.

ESPE

KETAC-[®] FIL

Mit der molekularen Verankerung an Schmelz und Dentin. Im verarbeitungssicheren Glas Ionomer Applic-System. Speziell für den Frontzahnbereich



First Class 
SYSTEM 

Mehr Vermögen. Mehr Sicherheit.

Es gibt ein neues, flexibles System für Ihre Vermögensbildung, Sicherheit und private Altersvorsorge.

Variable Investment Police

Bei der Variablen Investment Police können Sie Ihren persönlichen Schwerpunkt frei wählen: Mehr Vermögensbildung, oder mehr Versicherungsschutz. Dazu kommen weitere Freiheiten der Entscheidung und eine neue Transparenz. Wollen Sie mehr wissen? Wir informieren Sie gern.



Soviel
Vermögen
wie möglich.
Soviel Sicherheit
wie nötig.

Herbert Richthammer

Versicherungsmakler
Zum Burgstall 40
8480 Weiden 7

Nutzen Sie unser
Service-Telefon:
09 61/70 69

Guter Rat ist teuer

Rechtsschutzversicherung für Praxis und Privatbereich

H. Richthammer

Die Zahl der Prozesse nimmt ständig zu und sehr schnell steht man unverhofft in einer gerichtlichen Auseinandersetzung. Neben Zeit und Ärger kann auch der finanzielle Aufwand oft sehr erheblich sein.

Für einen wesentlichen Teil von beruflichen und privaten Risiken kann das Kostenrisiko durch eine Rechtsschutzversicherung abgedeckt werden.

Um vor bösen Überraschungen geschützt zu sein, sollte man aber beachten, daß die Bedingungen der Rechtsschutzversicherer die enthaltenen Leistungen detailliert aufzählen. Alles was nicht ausdrücklich erwähnt wird, ist auch nicht versichert.

Ein Beispiel:

Wer für sein Einfamilienhaus den Rechtsschutz für Grundstückseigentum versichert, hat dennoch keinen Schutz bei Umlageungs- und Enteignungsmaßnahmen und bei Streitigkeiten aus Baumaßnahmen mit den Handwerkern, da hier allgemeine Ausschlüsse gelten.

Eine Vielzahl von Risiken muß eigens versichert werden. Um dies einigermaßen klar zu stellen, beschränkt sich dieser Artikel auf den beruflichen Bereich. Der noch umfangreichere private Bereich wird in der nächsten Ausgabe dargestellt.

Praxisbereich

Mit der Blüm'schen Gesundheitsreform ist die Möglichkeit größer geworden, daß Patienten das Honorar nicht bezahlen und die Anwälte Arbeit bekommen.

Die Kosten für diese Rechtsauseinandersetzung sind versicherbar. Der Bereich „Vertragsrechtsschutz“ schließt die „gerichtliche Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus schuldrechtlichen Verträgen“ ein. Dies gilt sowohl gegenüber Patienten als auch Lieferanten z. B. von technischen Geräten.

Dieser „Vertragsrechtsschutz“ ist jedoch nur als Erweiterung zu bekommen und setzt einen „Firmenrechtsschutz“ voraus.

Dieser umfaßt:

- Schadenersatzrechtsschutz
- Strafrechtsschutz
- Rechtsschutz vor Arbeits- und Sozialgericht

Die Jahresprämien für den „Firmenrechtsschutz“ betragen bei

D.A.S.: 0,9‰ der Jahreslohnsumme,
Mindestprämie DM 135.–

Winterthur:

bei 0–3 Beschäftigten	DM 143.–
4–6 Beschäftigten	DM 319.–
7–10 Beschäftigten	DM 495.–

Die Jahresprämien für den Zusatz „Vertragsrechtsschutz“ betragen bei

D.A.S.: 0,8‰ vom Jahresumsatz
Mindestbeitrag bei
0–3 Beschäftigten DM 236.–
Mindestbeitrag bei mehr als
3 Beschäftigten DM 337.–

Winterthur:

1,0‰ vom Jahresumsatz
Mindestbeitrag bei
0–3 Beschäftigten DM 300.–
Mindestbeitrag bei mehr als
3 Beschäftigten DM 495.–

Auf diesem Spezialgebiet ist somit - fast regelwidrig - ein großer Versicherer auch preiswert.

Die Mehrzahl der Rechtsschutzversicherer bietet den Zusatz „Vertragsrechtsschutz“ nicht an.

Bei der Problematik Rechtsschutz ist auch zu beachten, daß einen Teil der Rechtsschutzfunktion bereits die Berufshaftpflichtversicherung übernimmt. Beim Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung z. B. übernimmt die Haftpflichtversicherung die Kosten für die gerichtliche Auseinandersetzung über Berechtigung und Höhe eines eventuellen Schadensersatzes bzw. die Ablehnung dieser Ansprüche.

Die Rechtsschutzversicherung braucht hier nur für einen eventuellen Strafprozess Kostenschutz zu bieten, was jedoch auch von erheblicher Bedeutung sein kann.

Die Höhe der Kosten für einen Rechtsstreit nimmt ständig zu. So beträgt das Kostenrisiko bei einem Streit über eine Forderung von DM 8.000.- in zwei Instanzen bereits ca. DM 7.300.-

Mit einer Rechtsschutzversicherung und natürlich einem guten Anwalt im Rücken kann man eine Auseinandersetzung leichter angehen.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler VMV

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

Ich bitte um ausführliche Unterlagen über Rechtsschutzversicherung für die Praxis

Name: _____

Anschrift: _____

Mitarbeiterzahl: _____

Jahreslohnsumme DM: _____

Jahresumsatz DM: _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

Oder direkt an:

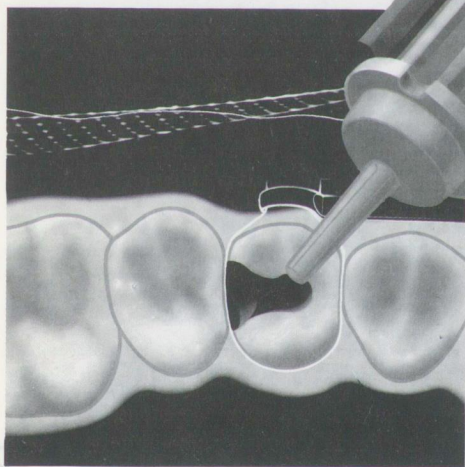
Herbert Richthammer, Versicherungsmakler • Zum Burgstall 40 • 8480 Weiden 7

Alle Zahlen unterliegen den Datenschutzbestimmungen.

Der entscheidende Durchbruch in der Füllungstherapie.

ESPE KETAC-[®] SILVER

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



First Class 
SYSTEM 

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid²⁵¹ Inge Hoffmann
I. Kutsch Marg. Doris
Bettina Schuchter Maria Lutz
Sieglinde Distler Stora. Kucharska
György Flisch Gerald Peter Radosław Leski
Adele Kollermann
Kaufhold Daniel Peter Wilhelmin
Renée Grindel Wopar K. B. S.
Lips Reiter Schwimmer Margit Grindel

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

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 Gesprächsabend 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.
- **Satz:**
GASSENHUBER dektop publishing
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg



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 Wohlgemuth, 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