
DAZ **FORUM**

Ein Berufsstand ist handlungsunfähig

Die Zahnärzte und der Medizinische Dienst

Die Zahnarzthelferin, ein aussterbender Beruf?

Quecksilbervergiftung durch Amalgam



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde



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

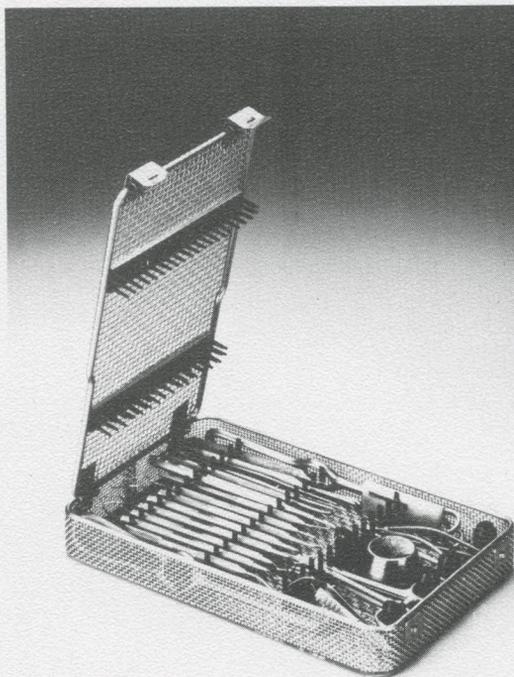
04680 Zschadraß

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

Rudolf Hegen
Postgasse 3
Postfach 1136
D-7090 Ellwangen
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

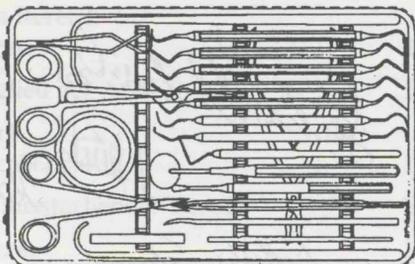


Parodontal-Chirurgie-Set Modell Münster

DB 960

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

- BT 405 Wangenhaken nach Middeldorpf
- 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.

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid²⁵¹ Bore Hoffmann
J. Kutsch Marg Doris
Bettina Schuster Maria Lück
Sieglinde Zistler Robertus Leski
Gerald Peter Steve Michaela
Klaus Fink Adare Kollmann Daniel
Klaus Fink Kirsten Willden
Renée Grindel Wipar Haselbacher Albert
Lips Rüter Schwimmer Mangit Grindel

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

Editorial – Ein Berufsstand ist handlungsunfähig	81
Alles fließt	84
Zur Situation der Zahnärzte und Zahnheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland	91
Die Zahnärzte und der Medizinische Dienst	103
Beitragsatzstabilität?	107
Empfehlung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Gesamtvergütung Zahnärzte	113
Der noble Herr E. ist Mitglied der AOK	117
Impressionen aus Stuttgart	
Keine Glosse - ein Tatsachenbericht	121
Die Zahnarzhelferin, ein aussterbender Beruf?	126
Hilfe ich finde keine Helferin	129
Zielgerichtetes Gruppenprophylaxe	132
Quecksilbervergiftung durch Amalgam	
Leitsymptom: Kopfschmerzen	138
„Amalgam macht krank“?	144
Gesundheitsgefährdung durch Quecksilber im Amalgam	149
Die Qualitätssicherung bei der zahnärztlichen Versorgung	153
Der Zahnarzt 1912	157
Twiggys Comeback	161
Härtefallregelung 1989	165
Wie arbeitet eine Balint-Gruppe?	170
Guter Rat ist teuer	
2. Teil: Rechtsschutzversicherung für den Privatbereich	173
Impressum	179





Ihr leistungsstarker Partner

*Reiner
Habenschaden*
Zahntechnikermeister

- Zukunftsorientiert
- Modernste Technik
- Perfekter Service

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

KFO-Depot

Kieferorthop. Fachdepot

Hertha Kothrade

*Telefonnummer
0941/ 2 75 00*

*Wir verkaufen unter anderem
Produkte der Firmen:*

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

Editorial

Ein Berufsstand ist handlungsunfähig

G. Ebenbeck

Abgesehen von den ungelösten Problemen Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe, neue KFO-Richtlinien, bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen, neuer PAR-Vertrag, Medizinischer Dienst, bereitet die Umsetzung der Kostenerstattung beim Zahnersatz und der Kieferorthopädie sowohl den niedergelassenen Zahnärzten als auch den Patienten erhebliches Kopfzerbrechen. Die Verwirrung wird gesteigert durch eine Fülle kontroverser Rundschreiben und Zeitungsanzeigen, bei denen ein wichtiger Punkt zu kurz kommt.

Unabhängig vom Zahlungsfluß bleibt der Sicherstellungsauftrag der KZV'en erhalten, was bedeutet, daß alle Abrechnungen zur Prüfung und statistischen Erfassungen diesen zugeleitet werden müssen.

Sollten einzelne KZV'en die gebührensordnungsmäßige Prüfung und statistische Erfassung ablehnen, geht der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen über.

Dies kann für die Zahnärzte erhebliche Folgen hinsichtlich der Bemessung ihrer Punktwerte als auch hinsichtlich einer möglichen Plafondierung haben.

Völlig unklar wird die Problematik der Kostenerstattung, wenn entgegen den politischen Leitlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzelne KZV'en mit Landesverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen abschließen, die weiterhin die Abrechnung über die KZV'en voll ermöglichen (z. B. Hessen, Westfalen-Lippe und Bremen). In den Bundesländern Berlin, Saarland und in den KZV-Bereichen Karlsruhe und Stuttgart wird weiterhin über ein duales Abrechnungsverfahren verhandelt. Es kann nicht sinnvoll sein, wenn Landesverbände von Krankenkassen oder Krankenkassen Einzelvereinbarungen mit Zahnärzten anstreben und auszuhandeln.

Dies alles zeigt, daß ein Kompromiß zwischen den Vertragspartnern dringend geboten erscheint. Eine Lösung muß ohne ideologische Vorbehalte gefunden werden, umso mehr, als die Kostentransparenz bei der prothetischen Behandlung im Grunde schon immer gegeben war und der Versicherte genau wußte, welche Leistungen seine Krankenkasse übernimmt und welche Leistungen er selbst bezahlen muß. Es gäbe in der medizinischen Versorgung viel wichtigere

Gebiete, die den Versicherten hinsichtlich ihrer Kosten transparenter gemacht werden müßten, als die Versorgung mit Zahnersatz. Hierbei können auch die Interessen der Krankenkassen nicht ignoriert werden, deren Verwaltungsaufwand durch die notwendige Einzelzahlungsvorgänge extrem vergrößert wird, was die Versicherungsgemeinschaft erneut finanziell belastet. Das weitere Verzögern einer sinnvollen Lösung gefährdet

nicht nur die Glaubwürdigkeit der einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, sondern sie gefährdet die Einheit des Berufsstandes, der letztlich im Bereich der Kassenzahnärztlichen Versorgung seine Fachkompetenz und seine politische Kompetenz aufs Spiel setzt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Gerd Ebenbeck

Sedanstr. 18

8400 Regensburg

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

Darum



Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Alles fließt

R. Ernst

Im Monat 4 nach Inkrafttreten des GRG ist kaum ein Schlagwort aus dem zahnmedizinisch-sozialpolitischen Vokabular derselben Quelle noch so sicher zuzuordnen wie vor Jahresfrist.

Als Beispiel steht hier das Wort von der Kostenerstattung, die seit dem Beschluß der KZBV vom 18.01. nicht mehr als ihr prioritäres Ziel zum Einstieg in die Reprivatisierung der Honorare zu gelten hat. Andererseits aber findet es der BdB aus Marketing-Gesichtspunkten überlegenswert, vor allem höherverdienende Angestellte im Rahmen des Erstattungsverfahrens auch in den Genuß einer Privatbehandlung kommen zu lassen. Er prüft daher zur Zeit, ob auch nach GoÄ oder GoZ liquidiert werden darf.

Solche Aufweichungen der Fronten finden sich zur Zeit überall, sie gelten auch für andere Bereiche und Termini wie

- z.B. *prozentuale ZE-Zuschüsse* oder *Festzuschüsse*,
- z.B. *Individualprophylaxe* oder *Intensiv-* in der *Gruppenprophylaxe*,
- z.B. *Ausbau der Selbstverwaltung* als Chance zu mehr Freiheit oder als *Ausbau des Gefängnisses*, in dem die Leistungserbringer ausgepreßt werden,
- z.B. *Mobilisierung von Wirtschaftsreserven* zur Vermeidung des Kol-

lapses oder zum *Andrehen der Dauerschrauben* für die Ärzte und Zahnärzte,

- z.B. *Beitragsatzstabilität* als Chance zur internen Umstrukturierung nach qualitätsorientierten Prioritäten oder Weg in den Konkurs durch einnahmenorientierte Ausgabenpolitik.
- z.B. *Medizinischer Dienst* als unabhängiger Beraterpool für das Gesamtsystem oder als datengespicktes *Bespitzelungsbüro* für die Leistungserbringer.

Diese Auflistung ließe sich beliebig fortsetzen.

In den gegenwärtig stattfindenden Auseinandersetzungen werden sich diejenigen durchsetzen und an Einfluß gewinnen, die bereit und in der Lage sind, ihre Betrachtungsweise den geänderten Bedingungen anzupassen – ohne dabei aber ihre essentiellen Standpunkte aus den Augen zu verlieren.

Ich will hier versuchen, mich dem Gegensatzpaar *Sachleistung/Kostenerstattung* zu widmen und verschiedene Aspekte aufzuzeigen.

CSU-MdB SEEHOFER, einer der Ingenieure der Kostenerstattung – geistige Väter sind ja andere – sieht in der Sachleistung den Keim von Bürokratie, Reglementierung und Kontrolle; sie ist für ihn anonym, steht für den verwalteten und nicht für den mündigen Patienten. Ähnlich äußern sich LAMBS-DORFF und THOMAE von der FDP, die in der Kostenerstattung gar den Weg in ein „freiheitliches Gesundheitswe-



*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

Kopierer • Faxgeräte • Schreibsysteme
Anrufbeantworter • Diktiergeräte

sen“ ausmachen. Der Versicherte verantworte dabei seine Leistungen mit, er sei an der Kontrolle beteiligt und das Arzt-Patienten-Verhältnis würde gestärkt.

GOETZKE, Dipl. Kaufmann und Berater des Freien Verbandes, kommt zu dem Schluß, daß „das Gesundheitssystem aufgrund der Gesetzmäßigkeiten der Dienstleistungsökonomie und aufgrund der Motivationsmechanismen im Sachleistungssystem der sozialen Krankenversicherung keinerlei Selbstbeschränkungen und Selbstregulierungen enthält. Ohne dirigistische Eingriffe muß ein solches instabiles System deshalb über kurz oder lang finanziell kollabieren. „... In einem System, das nicht durch Selbstregulierungskräfte begrenzt und kontrolliert ist, braucht es Ersatzregulative aus der staatsdirigistischen Klamottenkiste.“

Gerechte Honorarverteilungspflicht und Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die KZVen finden danach offenbar nicht statt. Das wirft ein bezeichnendes Licht auf das Selbstbild, das die zahnärztliche Selbstverwaltung von sich hat. Wie kann eine zahnärztliche Selbstverwaltung selbstbewußt und offensiv nach außen und nach innen auftreten, wenn Herr BIEG sie folgendermaßen charakterisiert (Davos 1989): „Die Selbstverwaltung ist in Wirklichkeit nur noch die Lageraufsicht hinter dem Stacheldraht, und selbst da herrschen noch die Krankenkassen mit dem Rückenwind des BMA über den unterprivilegierten Teil der Lageraufsicht, nämlich die Vertre-

tung der Ärzte und Zahnärzte.“

Was aber nun ist das Wesen der Kostenerstattung, daß sie eine solche Euphorie auslöst? Sie regelt die Modalitäten des Zahlungsflusses zwischen Patient und Zahnarzt anders. Das ist alles. Das hört sich wenig an, mehr ist es aber nicht. Die KfO- und ZE-Versorgung, für die die Kostenerstattung eingeführt wurde, bleiben voll im Rahmen der kasenzahnärztlichen Verträge und Richtlinien. Die Spitzenverbände der Kassen wollen nun folgende Forderungen durchsetzen, und sie befinden sich damit unter dem Schutz des BMA, das sich bereits eindeutig geäußert hat:

1. Abschlagszahlungen sind unzulässig
2. alle Abrechnungsunterlagen zwischen Zahnarzt und Patient sind der Kasse bei der Abrechnung vorzulegen
3. alle Abrechnungen sind von der KZV zu prüfen, gleichgültig ob über die KZV oder über den Patienten abgerechnet wird
4. die Kasse erstattet erst dann, wenn die KZV geprüft hat
5. die Gesamtvergütung wird an die KZV gezahlt
6. der Patient muß erst bezahlen, wenn die Kasse ihren Kostenanteil erstattet hat
7. in den Statistiken sind auch die Leistungen zu erfassen, die direkt zwischen Zahnarzt und Patient abgerechnet werden
8. Mängelansprüche sind innerhalb von

- 12 Monaten beim Prothetik-Einigungs-Ausschuß anzumelden
9. es gilt der BEMA-Z in der um § 85/2 geänderten Fassung (Material-Pauschalen und HKP).

Das bestätigt, was der DAZ seit Anbeginn der Diskussion gesagt hat: Die Direktabrechnung wird nicht die erhoffte Verwaltungssparnis bringen, sondern eine Verwaltungsflut. Die Hoffnung auf Erleichterung konnten nur die Wunschdenker und Tagträumer hegen, die geglaubt haben – und immer noch glauben, daß die Kassen sich einmal erworbene Schutzrechte für ihre Mitglieder nehmen ließen. Die Politiker werden das auch nicht zulassen. Die Leistungserbringerseite – die Zahnärzte – wird weiterhin die Kosten für Verwaltung und die Risiken des Inkasso tragen.

Was also ist die Ursache für die Direktabrechnung, den Spaltbreit Tür, den das GRG aufgemacht hat, wie sich BIEG ausdrückt? Ist es das Raus aus der Anonymität, das Mehr an Freiheit für den Patienten?

GOETZKE gibt die Antwort: „Bei Direktabrechnung mit dem Patienten könnte die Erbringung und Berechnung zusätzlicher Leistungen, die über die mehr oder weniger willkürliche fiskalisch gezogene versicherungstechnische Grenze hinausgehen, bald wieder eine ganz normale Angelegenheit werden, über die sich Zahnarzt und Patient im Einzelfall unter Würdigung der individuellen Präferenzen einigen. Der Zahnarzt könnte sich langsam aus der Rolle des Spar-

kommissars für die Krankenkassen befreien und sich wieder voll als Anwalt seines Patienten in Sachen Zahngesundheit verstehen.“

Oder noch deutlicher der Antrag des FV-Bayern-Landesvorstand 1986: „Die endgültige Schaffung des so dringend notwendigen Freiraums in der prothetischen Behandlung, in dem wir unser Schicksal in die eigenen Hände nehmen. Das bedeutet die Loslösung des nicht immer notwendigen, nicht wirtschaftlichen, dem Wunschdenken entsprechenden Zahnersatzes aus der Zahlungspflicht der Krankenkassen und seine unzweideutige Hinführung in den Bereich der Privatvereinbarung zwischen Zahnarzt und Patienten.“ Wieviel das für den Freien Verband ist, drückt er gleich in Zahlen aus: „Würde ein erheblicher Teil (z.B. 30 bis 40%) unserer Leistungen beim Zahnersatz aus den statistischen Zahlenspielen der Krankenkassen und somit der Konzentrierten Aktion verschwinden, wäre das zahnärztliche Einkommen kein öffentliches Thema mehr.“ (Bayern Aktuell 1/86).

Das ist also die Freiheit, die sie meinen. Daraus allerdings ein Mehr an Freiheit für den Patienten gegenüber dem jetzigen Status ablesen zu wollen, ist wohl blanker demagogischer Zynismus. Meßlatte für die Versorgung mit Zahnersatz ist nicht mehr die medizinische Notwendigkeit, wie sie in jahrelang gemeinschaftlich erarbeiteten und fachlich einwandfreien bewährten Richtlinien und Verträgen niedergelegt

sind, sondern Image und Marketingkonzept einer Praxis, die Geldbörse und das Vertrauen des Patienten und der Wille und die Fähigkeit des Zahnarztes, mit diesem Vertrauen pfleglich umzugehen.

Dazu meint wieder GOETZKE: „Der Patient würde merken, daß es nicht der Zahnarzt ist, der Kassenleistungen zuteilt oder verweigert, sondern daß der Konflikt über die Erstattung oder Nichterstattung von Behandlungskosten richtigerweise in der Beziehung zwischen Patient und Krankenkasse angesiedelt ist.“

Dieses alles läßt sich nicht erreichen, solange die Leistungen weiterhin im BEMA verankert bleiben und sich nur die Zahlungsmodalitäten oder die Prozentsätze der Bezuschussung ändern. Es muß also ein weiterer Faktor hinzu – und auch dafür hat das GRG im § 30/2 eine Tür geöffnet. Der Terminus heißt *Festzuschüsse*. Danach haben die Spitzenverbände der Kassen bis zum 31.12.89 den 50%-Zuschuß (60% minus 10% Bonus) durch Zuschüsse zu ersetzen, deren Höhe sich nach der Versorgungsform richtet. D.h. für zahntechnisch aufwendige Versorgungsformen einen Zuschuß von 40%, für mittlere Versorgungsformen einen Zuschuß von 50% und für einfache Versorgungsformen einen Schuß von 60%. „Für die in Satz 2 genannten Zuschußgruppen können sie auch *Festzuschüsse* oder andere ... Zuschußhöhen festlegen.“ Die Aufwendungen der Kassen für diese Zu-

schüsse dürfen aber nach § 30/3 im Jahre 1990 insgesamt 50% der Gesamtaufwendungen der Versicherten und der Krankenkassen für die medizinisch notwendige Versorgung mit ZE im jährlichen Durchschnitt der Jahre 1986 und '87 nicht übersteigen (SGB V).

Aus dem Arbeitsministerium hört man wachsende Sympathien für das Festzuschußsystem. Dies verwundert, wenn man sich an die o.a. Auslassungen von GOETZKE und des FV-Bayern erinnert. Meinen beide dasselbe? Ich meine nicht, und dies ist der fundamentale Trugschluß unserer standespolitischen Freiheitskämpfer. Es gibt zwei Gründe, warum dieses Modell im BMA favorisiert wird:

Erstens

– erhofft man sich einen preisdämpfenden Effekt auf die zahntechnischen Leistungen. Es liegt auf der Hand, daß ein Festpreis für den Zahn-Ersatz-Komplex (Honorar + M+L-Kosten) den Zahnarzt dazu veranlassen wird, den kostengünstigsten Techniker zu beauftragen. Das Ziel soll darin liegen, daß ZE zukünftig nur wenig teurer für Versicherte als bisher sein soll. Die Einsparungseffekte für M+L sind also schon verplant! Dabei sind nach SAEKEL (BMA) zahntechnisch aufwendige Versorgungsformen nicht immer erforderlich und genügen lediglich gehobenen Komfort-Anforderungen der Patienten. „Voraussetzung für Festzuschüsse ist allerdings ein vorher geändertes BEL-Leistungsverzeichnis, in

dem definierten zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen definierte zahntechnische Leistungskomplexe zugeordnet sind.“

Zweitens

– mit der Festzuschußregelung kann man uns über die Manipulation einer einzigen Größe von der Finanzierungsquelle Gesetzliche Krankenversicherung nach und nach ausschließen – ohne Zutun der zahnärztlichen Selbstverwaltung.

Festzuschüsse bieten also Vorteile bei der zentralen Ausgabensteuerung. Man sieht allerdings auch im BMA, daß bei zu niedrigem Festzuschuß zusätzliche unkalkulierbare Zahlungen auf den Patienten zukommen.

Beide Motive für die Einführung des Festzuschußsystems eröffnen auch nicht spaltbreit die Tür für eine Ausweitung der zahnärztlichen Abrechnungsmöglichkeiten – schon gar nicht auf dem privaten Sektor. § 30 ist eindeutig: Es geht nur um „die im Rahmen der kasenzahnärztlichen Versorgung durchgeführte medizinisch notwendige Versorgung mit ZE (zahntechnische Leistungen und ZÄ-Behandlung)“.

D.h.: es gelten insbesondere die Bestimmungen über die Gesamtvergütung (§ 85), über Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106), über Qualitätssicherung (§§ 135, 136). „Allein für die Modalitäten des Zahlungsweges ist durch die Einführung der Kostenerstattung eine von der Sachleistung abweichende Regelung vorgesehen.“

Insofern ist das unter Zahnärzten populäre Gerede von THOMAE (FDP) die offene Unwahrheit: Er behauptet, daß „Kostenerstattung wirtschaftlich sei, weil der Versicherte die Leistungen mitverantwortet und an der Kontrolle beteiligt wird. Plausibilitätsprüfungen, pauschale Abrechnungsmanipulationsvorwürfe bis hin zu voreiligen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen würden schnell ein Ende haben, wenn durchgängig in allen Leistungsbereichen Kostenerstattung eingeführt wäre.“

Ebenso falsch ist seine Aussage zu den Festzuschüssen. Er sagt: „Festzuschüsse erscheinen mir auch sinnvoller, weil sich oberhalb von ihnen ein Markt bildet und die vom Patienten gewünschte Mehrleistung nicht mehr von der Solidargemeinschaft getragen werden muß.“

Diese Äußerungen stehen im exakten Gegensatz zur Realität, und man braucht nicht lange zu spekulieren, für wen diese Speckseite ausgelegt ist.

Das BMA (Saekel) droht ganz offen, daß es „am Erfolg bei gutem Willen der Beteiligten nicht zweifelt.“ Wenn sich die Zahnärzte verweigern, könnte mit dem Teil der Zahnärzteschaft, „der bereit ist, zahnärztliches Tun mit sozialpflichtigem Handeln zu verbinden“, zukünftig Vereinbarungen über die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung getroffen werden. – Z.B. „bei gleichen Honorarsätzen wie bisher, aber stärker an gesundheitspolitischen Zielen und an bestimmten Qualitätsstan-

dards orientiert, zahnärztlichen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu bieten. Zahnärzte, die hierzu nicht bereit sind, müßten sich auf den privaten Bereich beschränken.“

Fazit:

die Einführung der Kostenerstattung kombiniert mit Festzuschüssen ist das größte Bubenstück der Verfasser des GRG. Sie greifen eine Vokabel aus dem zahnärztlichen Forderungskatalog auf, setzen sie in einen Paragraphen um, verhindern aber mit den Rahmenbedingungen, daß er mit Sinn und Leben erfüllt wird. Sie geben uns die Fahrerlaubnis für ein neues Auto, verbieten uns aber, damit die Straße zu benutzen. Sie tun gut daran, denn die Selbstverwaltung braucht noch ein paar Fahrstunden.

Bei realistischer Einschätzung der gegenwärtigen und wohl auch der zukünftigen politischen Konstellationen werden wir uns darauf einstellen müssen, Wirtschaftlichkeitsreserven weiterhin innerhalb unseres Budgets zu suchen. Wir tun gut, daran zu arbeiten, daß die Qualität und die Effektivität unserer Arbeit auch in Zukunft ihren Preis rechtfertigt. Dann haben wir eine ehrliche Chance – die einzige!

Zitierte Quellen:

BIEG

Planwirtschaft im Gesundheitswesen ..., Davos 89

GOETZKE

Direktabrechnung von Kostenerstattungsleistungen ...

BAYERN AKTUELL 2/89

LV des FVDZ Bayern

Antrag bei der LV der KZBV am 25.04.86,

BAYERN AKTUELL 1/86

SAEKEL, WESTERMANN

Gesundheitsreform, ...,

Die Betriebskrankenkasse 2-3189

SEEHOFER

Wer das Sachleistungsprinzip zementiert, DFZ 3/89

SGB V

Ausgabe der KZBV (Auszug)

THOMAE

Der Patient muß handeln,
DFZ 2/89

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst

Waldblick 2

2905 Edewecht

Zur Situation der Zahnärzte und der Zahnheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland

W. Westermann

Der folgende Beitrag gibt in vielen Punkten nicht die Meinung der Redaktion wieder. Herr Kollege Westermann ist als Beratungszahnarzt für das Bundesarbeitsministerium tätig und dieser Beitrag ist sicherlich in vieler Hinsicht ein interessantes Beispiel für das Denken der Politiker.

Seit Jahren weht den bundesdeutschen Zahnärzten der Wind kräftig von vorn entgegen. In der Standespresse ist daher von der Notwendigkeit des Zusammenhaltens immer öfter die Rede, um die schweren Zeiten der Zukunft gemeinsam meistern zu können.

Während jedoch in den offiziellen Standestexten das Klagen über die derzeitigen Zustände immer lauter wird, sollte man fragen, woher der jetzige Zustand rührt und wer dafür verantwortlich zu machen ist.

Zahl der Zahnärzte

In der Bundesrepublik arbeiten derzeit 32.032 Zahnärzte und Zahnärztinnen in freier Praxis. Sie beschäftigen 4.779 Assistenten. An den Universitätszahnkliniken sind 1.305 Zahnärzte tätig. Der

Anteil der ausländischen Zahnärzte beträgt 2.024, wobei die Tendenz steigend ist (Quelle: Zahnärztl. Mitt. Heft 6/1989). Die derzeit als Assistenten tätigen Zahnärzte werden sich in den nächsten Jahren niederlassen und aus den Universitäten streben nur schwer zu bewältigende Kapazitäten an Zahnärzten nach. Die Abgänge aus den Praxen (Praxisübergaben, Praxisschließungen) stehen in keiner gesunden Relation zu den Neuniederlassungen und Alternativen zur Niederlassung gibt es für die jungen Kollegen nicht, da ein Ausweichen in z.B. den öffentlichen Gesundheitsdienst oder in die Forschung wegen der knapp kalkulierten Stellenpläne nicht möglich ist. Die Folge wird in den nächsten Jahren ein gewaltiges Überangebot an Zahnärzten in der Bundesrepublik sein.

Hinzu kommt zudem ein voraussichtlich deutlicher Rückgang der Karies in den nächsten Jahrzehnten, bedingt durch ein steigendes Gesundheitsbewußtsein breiter Bevölkerungsschichten und erste Erfolge von Maßnahmen im Bereich der Gruppen- und Individualprophyla-

xe. Dieser Rückgang der notwendigen therapeutischen Maßnahmen wird aus der Sicht der Zahnärzte zusätzlich durch leere Kassen bei den Kostenträgern und auch den Patienten problematisiert. Die Zeiten, in denen beinahe jeder Patient ohne Murren bereit war, einen erheblichen Eigenanteil an den Kosten der zahnärztlichen Versorgung zu tragen, sind seit langem vorbei.

Bild der Zahnärzte in der Öffentlichkeit

Zu allem Überfluß hat sich das Bild der Zahnärzte in der Öffentlichkeit in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Meldungen über Abrechnungsmanipulationen und das großspurige Auftreten einiger Spitzenverdiener in unserer Branche haben ein Bild des Zahnarztes geprägt, das vielleicht auf etliche Standeskollegen zutrifft, aber dem Großteil unseres Berufsstandes Unrecht tut. Nur wenige Standesvertreter sehen hier Handlungsbedarf und schmücken sich gern mit den Umfrageergebnissen, die als beliebtesten Berufsstand den Beruf des Arztes ausweisen, ohne hierbei zu bedenken, daß der Bürger sehr wohl zwischen Arzt + Zahnarzt differenziert.

Nicht ohne Grund warnte der damalige BDZ-Präsident Dr. Horst Sebastian vor den Kollegen, „die am Wochenende mit der Segelyacht im Schlepp der Nobelkarosse durch die Stadt fahren“. Eben dieses Auftreten einiger Weniger macht heute die Argumentation in der Öffentlichkeit für unsere berechtigten Interessen zu nichte.

Honorar-Situation

Nicht nur, daß diese Spitzenverdiener unser Image verderben, sondern ihnen ist auch die ständige Absenkung der Honorare in den letzten Jahren zu verdanken. Da die KZVen sich beständig weigern, Umsatz- und Einkommenstatistiken ihrer Mitglieder zu veröffentlichen, sind der Gesetzgeber und die Kostenträger gezwungen, auf die Zahlen des Statistischen Bundesamtes oder die Ausgabenstatistiken der Kostenträger zurückzugreifen.

Aus den Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung läßt sich danach „ganz einfach“ der durchschnittliche Umsatz pro Praxis errechnen, wenn man die Gesamtmenge der Ausgaben durch die Anzahl der Praxen oder der Zahnärzte teilt. Daß diese *Durchschnittsangaben*, aus denen sich auch das *durchschnittliche* Jahreseinkommen jedes Zahnarztes berechnen läßt, in 80% der Fälle nicht den Realitäten entspricht, stört dabei anscheinend niemanden; am wenigsten unsere Standesvertreter, die über Jahre nichts Konkretes gegen diese Fehlbeurteilungen unternommen haben. Jetzt, wohl bedingt durch den Druck aus der Basis und die ersten Insolvenzen, weist der Freie Verband Deutscher Zahnärzte erstmals mit aufgeschlüsselten Zahlen auf diese Problematik hin, wenn auch viel zu leise und zu zaghaft (Quelle: Westfalen Lippe aktuell. Mitteilungsblatt des FVDZ WL. Nr. 1/89).

Schlüsselt man nämlich die Kassensätze der einzelnen Praxen einer KZV nach Umsatzmengen auf, kommt man

zu dem Ergebnis, daß ca. 25 % der Zahnärzte ca. 60 % des Umsatzvolumens erbringen (siehe Statistik der KZV WL von 1986). Wenn bei 3.157 Praxen 867 nicht einmal einen Kassenumsatz von 300.000,- DM erwirtschaften, wie sollen diese ca. 900 Praxen dann ein Jahreseinkommen von ca. 230.000,- DM vor Steuer haben?

Verständlich werden diese Durchschnittszahlen erst, wenn man erfährt, daß es im gleichen KZV-Bereich 386 Praxen mit einem Kassenumsatz von über 1 Millionen DM und 34 Praxen mit einem Kassenumsatz von über 2 Millionen DM gibt.

Was liegt näher, als nach Berechnung des *durchschnittlichen* Umsatzes und des *durchschnittlichen* Einkommens der Zahnärzte zu dem Schluß zu kommen, daß unser Berufsstand eine Absenkung der Honorare für seine Leistungen ohne allzu große Schwierigkeiten verkraften kann, wenn das *Durchschnittseinkommen* in der Vergangenheit bei ca. 250.000,- DM lag?

Wen hat es denn gestört, daß die Zeche dieser Maßnahmen ausschließlich der ehrlich arbeitende Zahnarzt zu bezahlen hatte, der bei einem Umsatz von 500.000,- DM im Jahr (oder weniger) jede Kürzung der Honorare schmerzlich merkt, während der Großumsetzer, der die Menge seiner Leistungen ohnehin nur durch geringere Qualitätsanforderungen erbringen kann, die Kürzung der Honorare entweder gut verschmerzen kann oder durch noch schnelleres Arbeiten den zu erwartenden Rückgang

seines Einkommens auffängt?

Um es deutlich zu sagen: die *durchschnittlichen* Einkommen unseres Berufsstandes sind so hoch, daß alle Kollegen der Nachbarländer nur neidisch über unsere Grenzen schauen. Die logische Konsequenz hieraus kann nur die Kürzung der Honorare sein, so lange wir selbst nicht in der Lage sind, den Vielabrechnern das Handwerk zu legen. Solange es Praxen gibt, die mit ca. 200,- DM Honorar für eine Krone (Zeitdauer bei lege artis Arbeit einschl. Einsetzen: ca. 90 Minuten), mit ca. 50,- DM für eine 3-flächige Füllung (einschl. Politur ca. 20 - 25 Min.), mit ca. 120,- DM für die Aufbereitung von 3 Kanälen an einem Molaren (ca. 45 Min.) oder mit ca. 60,- DM für das Abfüllen dieser Kanäle (ca. 30 Min.) noch erhebliche Gewinne erzielen, so lange werden wir keine Argumentationsbasis zur Verbesserung dieses untragbaren Zustandes haben. Legt man Zeitstudien für zahnärztliche Leistungen zugrunde, die vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte und von der KZBV als Richtwerte angegeben werden, muß ein Zahnarzt bei einem Umsatz von ca. 800.000,- DM ca. 17 Stunden pro Tag arbeiten, um dieses Leistungsvolumen lege artis zu erbringen!

Oder ist etwa jemand in der Lage, die oben geschilderten Leistungen (und der Katalog ließe sich beliebig fortsetzen) auch nur kostendeckend zu erbringen? Anders sieht es dagegen bei Positionen aus, die in den Großumsatzpraxen gerne erbracht werden, wie z.B. der Metallba-

sis (ca. 300,- DM Honorar in ca. 30 Min.) oder bei Reihen-Überkronungen (Summationseffekt).

Als Ausweg aus dieser Honorarmisere fordern die Führungsspitzen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte schon seit Jahren den teilweisen oder kompletten Ausstieg aus der Kassenleistung mit gleichzeitiger Aufhebung der Preisbindung zahnärztlicher Leistungen. Dies wäre zwar auch ein Lösungsweg zur Anhebung der Honorare für die einzelnen Leistungen, jedoch ist diese Möglichkeit einerseits in der derzeitigen

politischen Landschaft undenkbar, also realitätsfremd, und andererseits würde gerade bei einer solchen Lösung der Vielabrechner wiederum bevorzugt, weil er keiner Kontrolle mehr unterstehen würde. Der Kontrollmechanismus Patient kann so lange nicht funktionieren, wie ihm die Kenntnis und die Beurteilungsmöglichkeit über eine lege artis durchgeführte Arbeit fehlt.

Die Frage bleibt offen, warum Standespolitiker trotz der Kenntnis der Umsatzstatistiken nicht schon seit Jahren massiv gegen Vielabrechner vorge-

Statistik der KZV WL Jahr 1986

<i>Umsatz in 1.000 DM</i>	<i>Umsatz in 1.000 DM gesamt</i>	<i>Anzahl der Praxen</i>
10	188	49
20	367	26
30	563	22
50	1.871	45
75	3.981	65
100	5.780	66
200	38.303	248
300	59.271	346
400	102.246	419
500	125.672	395
600	187.613	341
700	204.153	315
800	166.887	224
900	149.394	176
1.000	112.488	119
1.250	171.285	156
1.500	100.841	74
1.750	59.670	37
2.000	39.238	21
2.250	2.200	1
2.500	2.335	1
2.750	5.325	2
3.000	8.642	3
über 3.000	26.071	6
Summe:	1.700.168	3.157

gangen sind, um dem ehrlich arbeitenden Zahnarzt die derzeit gefährdete Existenzgrundlage für die Zukunft zu erhalten.

Glaubwürdigkeit zahnärztlicher Argumente und zahnärztlicher Standesvertreter

Bedingt durch lautstarke und in der Regel polemisch geführte Aktionen in der Öffentlichkeit hat die zahnärztliche Standesführung und damit die zahnärztliche Argumentation sowohl bei den Kostenträgern als auch beim Gesetzgeber und in der Öffentlichkeit an Glaubwürdigkeit verloren.

Wenn im Juni 1987 im Rahmen der Beratungen zur neuen GOZ auf einer Groß-Veranstaltung in Köln Transparente mit dem Text „no future“ (so in der Hand eines ca. 6-jährigen Zahnarztsohnes im Fernsehen zu sehen auf der Veranstaltung in der Eissport-Halle Köln) auf die problematische Finanzsituation der Zahnärzte nach der neuen GOZ hinweisen sollten, und wenn dann die Ausgaben im Bereich der PKV im Jahre 1988 trotz der später noch eingeführten „Verböserungen“ (Zitat BDZ-Präsident Dr. Pillwein) gegenüber dem Referentenentwurf um ca. 12 % über den Ausgaben des Vorjahres lagen, dann wird es gegenüber den Politikern schwer sein darzustellen, daß die neue GOZ, wie behauptet, die Einkommen der Zahnärzte erheblich reduziert. Zum ersten mal in der Geschichte der Bundesrepublik waren wegen der erheblichen Ausgabensteigerungen vor Ablauf des Jah-

res die Kassen der Beihilfestellen leer. Wie will man das dem Gesetzgeber erklären, wo doch zusätzlich der Prothetik-Boom gegen Ende des Jahres 1988 Aktivitäten bei Privatpatienten einschränkte?

Wer mit falschen Zahlen und Halbwahrheiten in der Öffentlichkeit argumentiert, dem kann man nur mit Vorsicht und Mißtrauen bei Verhandlungen gegenüber sitzen. So haben sich denn auch bei allen Verhandlungspartnern die zahnärztlichen Standesvertreter in den letzten Jahren Barrieren aufgebaut, die nur schwer abzubauen sind. Vor allem sind hier die polemischen Aktionen des FVDZ gegen die GOZ und das GRG für das derzeitige Bild der zahnärztlichen Standesführung verantwortlich zu machen. Namen wie Bieg, Raff, Dygatz und einige andere mehr erschweren so die Verhandlungspositionen ehrlich argumentierender Standesvertreter wie z.B. des KZBV-Vorsitzenden Schad oder des Vorsitzenden der KZV WL Plöger. Gelingt hier nicht in kürzester Zeit ein Wechsel weg von Polemik und Lautstärke hin zu Ehrlichkeit, Offenheit und einsichtigen und seriösen Argumenten, werden wir bei allen anstehenden Verhandlungen (PAR-Vertrag, Ausführungen des GRG, Novellierung der GOZ) einen schweren Stand oder sogar keine reelle Chance zu Verbesserungen haben.

Qualitätskriterien

Zu dieser Offenheit gehört auch das Eingeständnis, daß zur besseren Kon-

trolle der Vielabrechner geeignete Maßnahmen ergriffen werden müssen. Es paßt aber leider in das Bild der derzeitigen zahnärztlichen Standesspitzen, daß z.B. Forderungen des Vorsitzenden der kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Prof. Dr. Severing, nach einem chronologischen Krankenschein zur besseren Kontrolle von Vielabrechern als „bedenkliche Eingriffe in die Freiberuflichkeit der Kassenärzte“ angesehen werden (Quelle: Zahnärztl. Mitt., ZM-Aktuell 2/89). Dementsprechend wird auch die baldige Ablösung von Herrn Prof. Severing gefordert, da solche Vorstellungen als unakzeptabel angesehen werden.

Es mag dahingestellt sein, ob der von Severing vorgeschlagene Weg sinnvoll ist. Fest steht jedoch, daß es in unseren Reihen mehr als genug Kollegen gibt, die selbst bei teilweise unakzeptablen Honoraren noch erhebliche Gewinne machen (siehe oben). Fest steht auch, daß etliche Leistungen unterbewertet sind, andere Leistungen zu hoch honoriert werden. Wollen wir eine gerechte Honorierung unserer Leistungen erreichen, müssen wir die einzelnen Leistungen neu beschreiben (Ablauf, Zeitaufwand, Qualitätskriterien) und danach neu bewerten.

Es müßte auch deutlich gemacht werden, daß selbst bei exzessivem Arbeitsinsatz ein bestimmtes Honorarvolumen nicht überschritten werden kann, weil zur Erbringung aller Leistungen bei lege artis Arbeitsweise eine Mindestzeitdauer erforderlich ist, die nicht nach unten

variiert werden kann.

Hier sollten Offenheit, Ehrlichkeit und Bereitschaft zum Gespräch an erster Stelle stehen. Doch auch hier ist wieder das Gegenteil der Fall. Die Qualitätsstudie zur Versorgung mit Füllungen von Herrn Prof. Klaus Pieper (ZMK-Klinik Göttingen) wurde vom FVDZ mit dem Kommentar abgetan, daß eben krasse Unterschiede zwischen den Hochschul-Füllungen und den Füllungen in der täglichen Praxis bestehen. Außerdem wurde die Kompetenz von Prof. Pieper mit der Frage angezweifelt, wieviel Füllungen er denn wohl bisher selbst gelegt habe.

Fest steht jedoch, daß an jede zahnärztliche Leistung *Mindestanforderungen* gestellt werden können, die definiert werden können. Fest steht auch, daß in der täglichen Praxis diese Mindestanforderungen realisiert werden könnten, in nicht wenigen Fällen aber nicht realisiert werden. So lange eine zahnärztliche Leistung, die unter fehlenden Qualitätskriterien erbracht wird, besser honoriert wird, als die qualitätsorientierte Leistung, so lange muß man sich über eine Kontrolle der Qualität den Kopf zerbrechen, um die qualitativ hochwertige Leistung bezahlbar zu machen oder bezahlbar zu erhalten (Eine schlechte Leistung wird deshalb besser honoriert, weil sie in kürzerer Zeit mit demselben Honorar bezahlt wird wie die zeitaufwendigere lege artis erbrachte Leistung).

Es ist dabei nicht wünschenswert (und auch nicht realisierbar) „hinter jeden Zahnarzt einen Kontrolleur der Kran-

kenkassen zu stellen“, wie dies als Schreckgespenst häufig vom FVDZ dargestellt wird. Es ist aber durchaus möglich, bei Auffälligkeiten im Honorarvolumen vermehrt Gutachter (Zahnärzte!) einzuschalten, die die Qualität der zu erbringenden oder der erbrachten Leistung beurteilen. Außerdem ist es möglich Leistungsspektren zu erstellen, die die Relationen von konservierenden und parodontologischen Leistungen zu Leistungen aus dem Zahnersatzbereich darstellen. Auch hieraus können über die Struktur einer Praxis Rückschlüsse gezogen werden und beurteilt werden, ob eine zeitgemäße systematische Therapie durchgeführt wird.

Dies kann nur als Beispiel für eine Vielzahl von Instrumenten gelten, wie bei gutem Willen die Zahnärzteschaft über ihre KZVen qualitätssichernde Maßnahmen durchführen könnte (unter Ausschaltung der Kostenträger).

Das bisher geübte Verfahren der Beurteilung nach Durchschnittszahlen hat jedenfalls zur Qualitätssicherung und damit zur Eindämmung nicht notwendiger Ausgaben versagt.

Prophylaxe und Einsatz qualifizierter Hilfskräfte

Eine zeitgemäße Zahnheilkunde mit Schwerpunkt auf den Bereichen Zahnerhaltung und Prophylaxe ist ohne den Einsatz qualifizierter Hilfskräfte auf breiter Basis weder durchführbar noch bezahlbar. Untersuchungen von KERSCHBAUM (1984) zeigen, daß alleine zur Hygiene-Betreuung der Teil-

prothesenträger in der Bundesrepublik bei ca. 34.000 Zahnärzten 118 Stunden pro Jahr und Zahnarzt erforderlich wären (4 Recall-Sitzungen à 30 Minuten pro Jahr). Würden diese Leistungen allein von ZMF's erbracht, so bestände nur hierfür ein Bedarf von ca. 2.200 ZMF's (Quelle: DGP-Nachrichten, 2/88).

Eigene Berechnungen belegen, daß bei nur 10 motivationsbereiten Patienten pro Monat und einem Zeitaufwand von 90 Min. pro Patient (1 Stunde Motivation, Instruktion und Zahnreinigung, 1/2 Stunde Kontrollsitzung) und danach folgenden 2 Recall-Sitzungen pro Jahr (je 30 Minuten) rein rechnerisch nach 6 Jahren ein Zeitaufwand von ca. 600 Stunden pro Jahr (gleich 40 % der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Zahnarztes) erforderlich sind, um dem berechtigten Wunsch nach Prophylaxe von nur diesen wenigen Patienten zu entsprechen.

Fazit: Schon alleine vom Zeitaufwand her ist es nicht möglich, daß der Zahnarzt auf breiter Basis präventive Maßnahmen am Patienten selber durchführt. Dies geht nur dann, wenn die Prävention auf wenige auserwählte Patienten beschränkt wird, was ethisch nicht tolerierbar ist.

Ein anderer Gesichtspunkt ist der Kostenfaktor. Prävention ist die zeitaufwendigste Maßnahme am Patienten und damit vom Kostenfaktor her gesehen die teuerste Behandlungsform. Mit Individualprophylaxe kann kein Geld eingespart werden, sondern die Kosten werden lediglich vom Zahnersatzbereich

hin zur Prävention verlagert, da in der Summe weniger Laborkosten anfallen. Will man daher auf breiter Basis Individualprophylaxe machbar machen, muß sie schon aus Kostengründen an qualifizierte Praxismitarbeiter delegiert werden, weil die Arbeitsstunde einer ZMF oder Prophylaxehelferin weniger kostenintensiv ist als die Arbeitsstunde des höher qualifizierten Zahnarztes.

In der Vergangenheit haben sich die bundesdeutschen Standesvertreter vehement gegen eine Ausweitung der Anzahl von ZMF's gewehrt und damit den Einzug der Individualprophylaxe unter erträglichen Bedingungen für Zahnarzt und Patient auf breiter Basis verhindert. Hier war wohl die Überlegung, mit der Individualprophylaxe neue Behandlungsbereiche für den Zahnarzt zu erschließen, die auch bei zunehmenden Zahnarztzahlen ein gesichertes Einkommen garantierten, für das Abblocken der Ausbildungskapazitäten verantwortlich.

So kann man auch heute noch häufig in Kreisen des FVDZ das Argument hören, daß man als Zahnarzt bei steigender Zahnarzt-dichte „noch einmal dankbar sein wird, wenn man Zahnstein selbst entfernen darf“.

Diese irrierte, realitätsfremde Argumentation hat zu fatalen Mißständen beim Einsatz qualifizierter Hilfskräfte geführt und wird vom gesamten Ausland belächelt. Während im Arzt- und Krankenhausbereich der weitergehende Einsatz von Hilfskräften eine Selbstverständlichkeit darstellt, und ohne diesen Ein-

satz der Hilfskräfte die anfallende Arbeit auch garnicht zu bewältigen wäre, wird in unserem Bereich sogar der Einsatz von ZMF's bei der Entfernung von Zahnstein oder bei der Politur von Füllungen in Frage gestellt und mit Honorarkürzungen gedroht.

Bei ca. 32.000 Zahnärzten in freier Praxis gibt es derzeit in der Bundesrepublik ca. 2.250 ZMF's (Stand April 1988: 2.191).

Zusätzlich gibt es in Bayern und Baden-Württemberg das Berufsbild der Prophylaxehelferin. Insgesamt gesehen besteht jedoch ein gewaltiges Defizit zwischen Angebot und Nachfrage, wie der Stellenteil in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ in jeder Ausgabe zeigt.

Jetzt, nachdem in der neuen GOZ Prophylaxeleistungen enthalten sind, nachdem im GRG individualprophylaktische Leistungen in Aussicht gestellt werden und nachdem mit dem BDB ein Prophylaxe-Vertrag abgeschlossen wurde, erkennen selbst die Standesvertreter, daß die Anzahl der qualifizierten Mitarbeiter zur Bewältigung der in der Zukunft gestellten Aufgaben im Bereich der Prophylaxe angehoben werden muß (Beschluß des BDZ-Vorstandes Ende 1988). Hier war wohl die Erkenntnis ausschlaggebend, daß das Konzept der Vergangenheit, zahnärztliche Honorare für diese an sich delegierbaren Leistungen auszuhandeln, endgültig nicht aufgegangen war. Der mangelnde politische Weitblick der Vergangenheit und die schwere ethische Fehleinschätzung ist nun aber nicht in kurzer Zeit auszubü-

geln, so daß auch in der nächsten Zeit nicht genügend Fachkräfte zur Verfügung stehen werden. Dies führt zu schweren wirtschaftlichen Nachteilen präventiv-orientierter Kollegen, weil diese nun minder-honorierte, an sich delegierbare Leistungen selbst erbringen müssen.

Noch deutlicher wird diese Problematik im Bereich der systematischen Parodontaltherapie. Die seit Jahren dauernden Verhandlungen über neue PAR-Verträge sind nach dem Stadium der Leistungsbeschreibung und der Richtlinien-Erstellung in's Stocken geraten, weil zwischen Kostenträgern und zahnärztlichen Standesvertretern unterschiedliche Vorstellungen über die Bewertung der einzelnen Leistungspositionen bestehen. Ein großer Teil der PAR-Therapie ist an qualifizierte Hilfskräfte delegierbar. Hierzu zählen die Initialtherapie (Motivation, Instruktion, Erstellen von Indizes, Zahnreinigung, Politur der Oberflächen), die Nachsorge nach parodontalchirurgischen Eingriffen (Nachreinigung) und das Recall (Remotivation, Erstellen von Indizes, Zahnreinigung, Politur der Oberflächen). Abgesehen davon, daß diese Leistungen aus Zeitgründen von einem Zahnarzt gar nicht zu erbringen sind (siehe Berechnung des Zeitaufwandes präventiver Leistungen, weiter oben), ist die Menge der erforderlichen Leistungen auch gar nicht bezahlbar, wenn das Honorar einer Zahnarztstunde hier eingesetzt werden soll. Errechnet man den Zeitaufwand einer systematischen PAR-Therapie für einen Patienten über z.B. einen Zeit-

raum von 4 Jahren, so stehen dem rein operativen, zahnärztlichen Zeitaufwand von ca. 3 Stunden (angenommener Fall: Erwachsenen-Parodontitis bei 28 Zähnen, Taschentiefen ca. 4-6 mm) insgesamt ca. 7-8 Stunden für die Initialtherapie und die Betreuung nach der chirurgischen Behandlung (Nachsorge, Erhaltungstherapie) gegenüber. Soll für diesen Zeitaufwand ein zahnärztliches Honorar angesetzt werden, wird die PAR-Therapie für unser Sozialversicherungssystem und auch für den Patienten auf breiter Basis unbezahlbar. Die Folge wäre die Beschränkung dieser Maßnahmen auf wenige betuchte Patienten, die vielleicht nicht einmal die nötige Motivation zur Erhaltung ihres Kauorgans mitbringen, während der nicht so liquide Normalbürger den Verlust seiner Zähne aufgrund seines sozialen Standes in Kauf nehmen müßte.

Ändert sich die Einstellung unserer Verhandlungsführer in diesem Punkt nicht, so ist dies der Grund für das Scheitern eines neuen PAR-Vertrages. Nur das Eingeständnis, daß ein Großteil der parodontologischen Leistungen delegierbar ist und auch delegiert werden muß, kann zu einem Vertrag führen, mit dem sowohl die Zahnärzte als auch die Patienten und Kostenträger leben können.

Der einzige Ausweg aus dieser Misere wäre die schnelle Ausbildung von Prophylaxehelferinnen nach dem Vorbild Bayerns und Baden-Württembergs, um bestehende Engpässe kurzfristig zu beseitigen. Weiterhin müßte der Einsatz

entsprechend autorisierter und weitergebildeter Hilfskräfte nicht ständig in Frage gestellt, sondern berufspolitisch und berufsrechtlich abgesichert werden.

Die Halbherzigkeit der Standesvertreter im Bereich der Prophylaxe zeigt sich auch in einem Beschluß der Bundeszahnärztekammer von 1988. Darin heißt es:

„Die Hauptversammlung beschließt: in der Gruppenprophylaxe ist eine Reihenuntersuchung in Schulen und Kindergärten abzulehnen. Die Kammern werden aufgefordert, für Untersuchungen das Verweisungssystem durch die Praxis der Hauszahnärzte durchzuführen“.

Auch hier geht es den Standesvertretern wieder nicht um eine Optimierung der Ergebnisse im Bereich der Gruppenprophylaxe, sondern um die zweifelhafte Sicherung zahnärztlicher Leistungen in den Zahnarztpraxen. Eine Gruppenprophylaxe ohne vernünftige Befundung und Dokumentation ist aber halbherzig und unwirksam!

Studium und Ausbildung

Die bisher geschilderten Probleme der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik haben ihren Ursprung in uns praktizierenden Zahnärzten und unseren Standesvertretungen.

Die Einstellung des Zahnarztes zu seinem Beruf wird aber sowohl durch das Bild des Zahnarztes in der Öffentlichkeit geprägt (warum wird man Zahnarzt?), als auch durch die Art der Ausbil-

dung an den Hochschulen. Hier wird die grundsätzliche Einstellung zum Patienten und zur Therapie aufgebaut.

Seit Jahren wird von den Gesundheitspolitikern und auch von Seiten der Zahnärzteschaft eine Korrektur der zahnärztlichen Ausbildung gefordert. Es ist unverständlich, daß bei den heutigen Kenntnissen über die Möglichkeiten der Prävention und der Zahnerhaltung immer noch der Schwerpunkt der Ausbildung im Zahnersatzbereich liegt.

So lernen die Studenten in den ersten Semestern zwar die Herstellung von Kronen, Brücken, Teil- und Totalprothesen, erfahren aber erst im 6. oder 7. Semester was eine Motivation des Patienten bewirken kann und wie durch Mundhygiene die Zahngesundheit zu beeinflussen ist.

In der Bundesrepublik gibt es lediglich 2 Lehrstühle für Präventive Zahnheilkunde (Hamburg: Prof. Gülzow; Gießen: Prof. Wetzel) und nur 3 Lehrstühle für Parodontologie (Münster, Düsseldorf, Frankfurt). Kinderzahnheilkunde ist an den meisten Universitäten nicht mal in Form einer eigenen Abteilung zu finden.

Präventive Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde und Parodontologie sind keine eigenständigen Prüfungsfächer, sondern werden im Rahmen der Konservierenden Zahnheilkunde mitgeprüft. Unter diesen Umständen kann sich das Bild der Zahnheilkunde und die Tätigkeit des Zahnarztes nur schwer den Erfordernissen und Möglichkeiten der heutigen Zeit anpassen!

Dringend erforderlich wäre eine Neugestaltung des zahnärztlichen Studiums. Der Student müßte zuerst die Erhaltung des gesunden Kauorgans erlernen (Motivation, Instruktion, Zahnreinigung, Fluoridierung), danach die Restauration kleiner Defekte (Füllungstherapie, Einzelkronen, PAR-Therapie) und zum Schluß die Restauration großer Defekte (Brücken, Teil- und Totalzahnersatz) üben. Das Ziel muß nicht die Wiederherstellung eines reduzierten Kauorgans auf 28 Zähne sein, sondern das ständige Bemühen, dem Patienten die vorhandenen Zähne zu erhalten.

Zu diesem Zweck ist auch eine abteilungsübergreifende Instruktion erforderlich, die eine systematische Therapie vermittelt (Initialtherapie, Konservierende Th., Parodontologie, Zahnersatz, Erhaltungstherapie). Diese Systematik der Behandlung kann derzeit an den Hochschulen nicht vermittelt werden, weil durch eine weitestgehende Spezialisierung der einzelnen Fachgebiete kein Hochschullehrer mehr in der Lage ist, eine umfassende Therapie durchzuführen, so wie es aber die tägliche Praxis verlangt. Der Einsatz qualifizierter Praktiker in Form von Assistenten-Professoren, deren Aufgabe die Vermittlung einer sinnvollen Erhaltungs- und Sanierungstherapie wäre, könnte ein gangbarer Weg sein.

Zusammenfassung

Die Situation der Zahnärzte und der Zahnheilkunde in der Bundesrepublik ist nicht systembedingt problematisch,

sondern einen Großteil der derzeitigen Probleme haben wir selbst verschuldet. In kaum einem Land stehen für zahnmedizinische Zwecke derartige Gelder zur Verfügung, in kaum einem Land haben Zahnärzte die Freiheiten in der Therapie, die wir genießen. Wir Zahnärzte und unsere Standesvertreter haben es in all den Jahren nicht geschafft, auf breiter Basis mit diesen Freiheiten so umzugehen, daß diese Freiheiten auch weiterhin unangefochten bestehen bleiben können.

So lange wir nicht offen über Mißstände in unserem eigenen Berufsstand reden, so lange werden wir diese Mißstände nicht beseitigen können. So lange Unkorrektheiten unter dem Deckmantel der „Therapiefreiheit“, der Kollegialität und des Nicht-Sehen-Wollens weiterhin möglich sind, gefährden einige wenige Kollegen einen gesamten Berufsstand in seiner Freiheit, seinem Ansehen und seinem Einkommen.

Ein Neuanfang, beginnend mit der Ausbildung und weiterführend über Qualitätskriterien bis hin zur Verbesserung unseres Ansehens in der Öffentlichkeit und dadurch zu einer solideren Basis für unsere berechtigten Anliegen ist dringend erforderlich.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Wolfgang Westermann
Nordwalderstr. 48
4407 Emsdetten

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 0 72 31 / 37 05-0
Telex 7 83 607



Die Zahnärzte und der Medizinische Dienst

Chr. Nielsen

In früheren Entwürfen des Gesundheitsreformgesetzes war der Medizinische Dienst als unabhängige Behörde in Form der Körperschaft des Öffentlichen Rechts mit dem Auftrag weitgehender Datensammlung und Kontrollfunktion vorgesehen. Diese Version mit der Gefahr des ‚gläsernen Patienten‘ provozierte – mit Recht – die Ablehnung durch alle Verbände der Ärzte- und Zahnärzteschaft und wurde fallengelassen.

Nach dem jetzt geltenden GRG wird der Medizinische Dienst als ‚Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherung‘ auf Länderebene eingerichtet. Mitglieder dieser AG sind alle ehemaligen RVO-Kassen und der Verband der Angestelltenkrankenkassen. Der MD tritt an die Stelle des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD), seine Aufgaben sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) §§ 275-278 geregelt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung verfolgt – nach eigenen Angaben – mit der Entwicklung ihres Medizinischen Dienstes die ‚Ziele

- einer qualitativ hochwertigen, sozialmedizinisch begründeten und auf der Höhe der gebietsärztlichen Standards befindlichen Einzelfallbegutachtung,

- der Entwicklung qualitativer Kriterien für die Beurteilung und Bewertung von medizinischen Leistungen, Heilverfahren und Hilfsmitteln sowie
- der Herausbildung spezialisierten Sachverständigen für die Beratung der Krankenversicherung vor und bei Vertragsverhandlungen in allen Leistungsreichen.

Diese Ziele ergeben sich aus der im GRG verankerten, jetzt erheblich erweiterten Aufgabenstellung der GKV. Waren die Krankenkassen bisher mehr oder weniger nur Verwalter von Budgets, Verteiler von Versichertenbeiträgen, so sind sie nun auch mit der Entwicklung und Durchführung gesundheitspolitischer Strategien beauftragt. Ihre schon bisher bestehende Option auf die Prüfung medizinischer Leistungen wird also erweitert durch Steuerungskompetenzen bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung.

Dadurch entsteht ein erheblicher Bedarf an medizinischer Beratung hinsichtlich

- Art und Umfang der vorgehaltenen Kapazitäten,
- Zahl und Qualifikation der Leistungserbringer,

- Systematisierung und Weiterentwicklung der Leistungsstruktur und
- der medizinischen und ökonomischen Analyse und Bewertung des Leistungsvollzuges (Qualitätssicherung).

In welchem Maße betrifft uns Zahnärzte dieser Kompetenzzuwachs der Krankenkassen?

Diese Frage wird von den Verantwortlichen in den KZVen sehr unterschiedlich beantwortet. Die Einen sehen keine wesentlichen Berührungen mit dem MD. Sie verweisen auf die – in der Tat marginal erscheinende – Einschränkung bei der ‚Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung‘, bei der gemäß § 275 (3) 1.SGB V ‚die Krankenkassen in geeigneten Fällen die Voraussetzungen prüfen lassen ... können‘. Ebenso sind gelegentliche Vor- und/oder Nachbegutachtungen bei Zahnersatzleistungen zu erwarten. Andere, die größere Gruppe von Kollegen folgt der wilden Polemik des FVDZ, nach der der Medizinische Dienst eine ‚Peitsche für gewissenhafte Zahnärzte‘, eine ‚Kontrollschikane für Ärzte und Patienten‘, ja eine ‚gigantische Bespitzelungsbehörde‘ darstelle.

Eine realistische Einschätzung dürfte wohl in der Mitte dieser Extreme liegen. Es sollte klar sein, daß neben den genannten Bereichen KfO und ZE ‚umfassende Prüfungsaufgaben in allen Bereichen‘ (Neue Juristische Wochenschrift 16, S. 1001-1006 (1989) bei Bedarf möglich sein können.

Der DAZ hält es deshalb für politisch

klug, in der Vorbereitung des MD maßvoll Einflußmöglichkeiten und gewisse Mitverantwortlichkeiten auszuloten, um dem Gesetz zu einer vernünftigen Umsetzung zu verhelfen.

Die Einrichtung des MD hat eine Vorgeschichte, die sich im wesentlichen als Dauerkrise der Selbstverwaltung rekonstruieren läßt. Die ‚gemeinsame Selbstverwaltung‘ als ordnungspolitisches Prinzip der medizinischen Betreuung unserer Bevölkerung hat zunehmend versagt. Permanente Interessenkollisionen überlagerten die gemeinsame Verantwortung für den Sicherstellungsauftrag. Eine fehlende ‚anbieterunabhängige‘ Medizinberatung der Krankenkassen führte zu einem – mindestens so empfundenen – Ungleichgewicht am Verhandlungstisch. Das daraus resultierende Mißtrauen verhinderte mehr und mehr wirksame und zukunftsfähige gesundheitspolitische Konzepte. An dieser Demontage der Selbstverwaltung haben alle Beteiligten, auch die Zahnärzte, kräftig mitgewirkt.

Gleichwohl wäre der Medizinische Dienst besser als gemeinsame Einrichtung der Selbstverwaltung installiert. Diese Idee eines ‚Beratungspools‘, der allen Beteiligten – Patienten, Ärzten, Krankenkassen, Gesundheits- und Sozialpolitikern – zur Verfügung steht, halten wir immer noch für so gut, daß wir im Zuge zukünftiger Korrekturen des GRG auf eine entsprechende Berücksichtigung hoffen.

Der Gesetzestext zum MD drosselt den

Informationsbedarf und die Kontrollfunktion auf das notwendige Maß für eine medizinisch begründete Systemsteuerung. Daß Versorgungssysteme auf regulierende Instrumente angewiesen sind, dürfte unter Realisten unstrittig sein. Diese Regulative haben jedoch auf keinem Sektor überzeugend und zuverlässig funktioniert. Richtige und dem Standard entsprechende medizinische Leistungen brauchen den Medizinischen Dienst nicht zu fürchten. Im Zweifelsfall dürfte verantwortliches ärztliches Handeln in Zukunft eher gewürdigt werden, als es unter dem bisherigen Diktat statistischer Durchschnitte und verwaltungsmäßiger Prioritäten üblich war.

Auf den Stil und die Akzeptanz der Arbeit des MD haben die ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften einen nicht geringen Einfluß. Eine Hinhaltepolitik, ja eine Verweigerungsstrategie könnten sich nur nachteilig auswirken. Konfrontationen bis in die Einzelfallprüfung wären damit vorprogrammiert. Wir plädieren deshalb dafür, das Klima nicht zusätzlich zu vergiften und vertrauen auf einen Restbestand funktionierender Partnerschaft, auf deren Basis sich Risiken und Möglichkeiten des MD klären lassen. Es kommt darauf an, daß sich die Krankenkassen bald einer verantwortlichen Kooperation durch die Körperschaften sicher sein können.

Der DAZ empfiehlt, daß erfahrene, niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte dem MD ihre Mitarbeit zur

Verfügung stellen. Für seine Mitglieder plant der DAZ eine Arbeitsgruppe, um Erfahrungsaustausch und Koordination zu fördern. Im Medizinischen Dienst tätige Kollegen dürfen nicht als Erfüllungsgehilfen oder gar Kollaborateure diffamiert werden. Sie sind nach § 275 (5) SGB V, 'nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen'. Diese eindeutige Priorität dürfte die Gefahr von Loyalitätskonflikten gering halten.

Andererseits muß vermieden werden, daß sich Kollegen mit fachlichen oder anderen Defiziten für den MD melden und – besonders in der Aufbauphase – den Stil von Prüfungs- und Beratungsfunktionen prägen.

Wir appellieren deshalb an die KZBV und an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, dem Medizinischen Dienst zu Kompetenz und Handlungsfähigkeit zu verhelfen.

Je konstruktiver unsere Haltung gegenüber dem MD ist, desto weniger haben wir ihn als Supervisionsinstanz zu fürchten!

Hinter der kooperativen Haltung des DAZ steht weder billiges Harmoniebedürfnis, noch eine besondere Nähe zu Aufgaben oder gar Funktionären der Krankenkassen.

Wir erwarten jedoch auch, daß die Krankenkassen den Medizinischen Dienst nicht als Schaltstelle von Machtinteressen mißbrauchen und ihn nicht zum Anlaß nehmen, die schon jetzt überdimensionierte Bürokratie weiter auszubauen. Ein Hauptmotiv für die Etablierung des MD war die Suche nach

sogenannten Wirtschaftlichkeitsreserven. Die dürften nach unserer Beobachtung im Bereich der Krankenkassen mindestens so üppig vorhanden sein wie in der Pharmaindustrie. Die Zahnärzte jedenfalls haben ihre ‚Reserven‘ fast ausgeschöpft.

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

Ärzte für Qualitätssicherung

Die Bundesärztekammer hat die Forderungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Versorgung nachhaltig begrüßt. Bereits lange bevor der Gesetzgeber und die Politiker auf dem Gebiet der Qualitätssicherung tätig geworden sind, habe die Ärzteschaft aus eigener Initiative Pilotprogramme zur Durchführung der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich ergriffen und interne wie externe Vergleichsmöglichkeiten erprobt. Verschiedene Anstöße hätten schon die Grundlagen zu einer verbreiteten Qualitätssicherung gelegt. Ein weiterer Durchbruch für qualitätssichernde Maßnahmen sei in naher Zukunft zu erwarten, nachdem das „Gesundheits-

Wiedergewinnung
ärztlicher Autorität

Wiederherstellung
des Ansehens unseres
Berufsstandes

Wiederaufbau
des politischen Einflusses

Darum



Reformgesetz“ den Krankenkassen nunmehr eine klar definierte finanzielle Mitverantwortung für die erheblichen zusätzlichen Kosten der Qualitätssicherung auferlegt habe. Die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder könnten diese Zusatzkosten weder aus Mitgliedsbeiträgen noch aus der Verwaltungskostenumlage bestreiten, noch komme eine Vorfinanzierung dieser von den Kassen zu übernehmenden Kosten in Betracht.

Die Qualität der ärztlichen Versorgung müsse gleichberechtigt neben der Forderung nach mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz im Gesundheitswesen stehen. Qualitätssicherung dürfe nicht durch sachfremde Entscheidungen und Richtlinien überlagert oder einseitig für politische Ziele - etwa eine starre Kostendämpfung - eingespannt werden.

ZM-Aktuell 5 '89, S. 7

Beitragssatzstabilität?

eine wertende Zusammenfassung der Aussagen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

R. Ernst

Mit den folgenden Anmerkungen soll zum Stichwort Beitragssatzstabilität ein Überblick über die Auslassungen des Sachverständigenrates (SR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gegeben werden, die er in seinem Jahrgutachten 1989 veröffentlicht hat.

Auf Bewertungen will ich weitgehend verzichten, weil der Rat zu diesem Thema ein gespaltenes Votum abgegeben hat und beide Seiten ihre Argumente nebeneinander veröffentlicht haben. Dieses Vorgehen verschafft uns einen brauchbaren Einblick in die Problematik.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (BS) ist im Sozialgesetzbuch (SGB V) in den § 71 und § 141 (2) verankert. Sie seien hier zitiert:

„§ 71: Beitragssatzstabilität

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten.

§ 141 (2)

Die Konzertierte Aktion gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Die Beteiligten berichten über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse.“

Soweit die gesetzlichen Vorgaben. Was der Sachverständigenrat 1989 zum Thema Beitragssatzstabilität (BS) zu sagen hat, findet sich zuerst unter Punkt 70:

BS soll „im Rahmen einer flexiblen Ausgabenpolitik durch die Selbstver-

waltung in die Praxis umgesetzt werden.“ BS ist als Ziel umstritten und wird von Teilnehmern der Konzertierte Aktion unterschiedlich eingeschätzt! Das gesundheitspolitische Ziel der BS im Kontext der Strukturreform wird auch von den Mitgliedern des Sachverständigenrates kontrovers beurteilt:

Es folgen die Gründe, die für den Grundsatz der BS sprechen

(72 - 74)

BS erlaubt eine Ausweitung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen bis max. zur Höhe der Einnahmensteigerungen.

Eine Begrenzung der Ausgabenzuwächse bringt einen *Prozeß zu mehr Wirtschaftlichkeit* in Gang. (**Wirtschaftlichkeitsreserven**).

Ein **Suchprozeß nach mehr Wirtschaftlichkeit** wird eingeleitet, der ohne solchen externen Druck auf die Leistungserbringer nicht zu erwarten wäre.

BS ist die *Lösung des Zielkonfliktes zwischen Knappheit der Ressourcen und den Zielen der Medizin*.

Die politische Forderung nach Beitragssatz-Konstanz muß im Zusammenhang mit der Entwicklung der **Lohnnebenkosten** und des **Staatsanteils** gesehen werden.

Der Rat befürchtet durch zu hohe Abgabenbelastung eine tendenziell negative Beeinflussung der *internationalen Wettbewerbsfähigkeit*. Dabei schätzt er allerdings die gesetzlichen Nebenkosten durch Arbeitgeberbeiträ-

ge zur gesetzlichen Krankenversicherung gering ein.

Argumente gegen den Grundsatz der BS

(75 - 77)

Es wäre Zufall, wenn die Entwicklung der Beitragseinnahmen dem Bedarf an Gesundheitsleistungen entspräche. Z.B.: *Je mehr Übertritte zur PKV stattfinden, desto niedriger ist die Grundlohnsumme/Mitglied*. Das müßte zu einer Ausgaben senkung je Leistungsberechtigten führen. Völlig fernliegende Entscheidungen würden die Finanzierungsbasis des Versorgungssystems also gefährden. Die Ausgaben folgen der ökonomischen Entwicklung und nicht dem Bedarf und den Wünschen der Bevölkerung. Das führt z.B. zu einer Verschlechterung der Versorgung der Versicherten bei Rezession. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben aber nichts mit der zufälligen Entwicklung der Einnahmen zu tun (75).

„Beitragsatzstabilität birgt die Gefahr einer Festschreibung von Versorgungsstrukturen und Verteilungsmustern in sich, da am Status quo zur Aufrechterhaltung des Besitzstandes festgehalten wird. Die im Zuge der Beitragssatzstabilität anfallenden Mehreinnahmen werden von den Leistungserbringern als Mindesteinnahmen interpretiert und daraus ergibt sich eine Tendenz zu einer weitgehenden Quotierung der Einnahmen bzw. Ausgaben nach den Mustern der Vergangenheit. Erforderliche Struk-

turveränderungen werden erschwert. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, müssen die Konzertierte Aktion und der Sachverständigenrat neue Methoden finden, welche die erforderlichen Umstrukturierungen der Ausgaben über alle Verwendungszwecke hinweg zufriedenstellend regeln lassen.

Selbst wenn die Umstrukturierung der Gesundheitsausgaben gelingt, „... muß der Nutzen der gesamten Gesundheitsversorgung auch im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken (z.B. Verteidigung, Verkehr, Subventionen in der Landwirtschaft) gesehen werden. Gegen den Grundsatz der Beitragsatzstabilität spräche, daß Nutzenzuwächse bei der Verwendung der Mittel außerhalb des Gesundheitswesens geringer ausfallen können als bei ihrer Verwendung für die Gesundheitsversorgung und umgekehrt.“ (76)

Mit anderen Worten: Geld, was in der Medizin dringend gebraucht, aber durch den Grundsatz der BS gespart worden ist, wird vielleicht woanders zum Fenster hinausgeworfen.

(77)

Die Fixierung des Grundsatzes der BS auf den einzigen Ausgabenträger GKV ist problematisch:

- Sie führt zu Mehrausgaben der privaten und öffentlichen Haushalte,
- der Arbeitgeber,
- der privaten Kassen und weiterer Ausgabenträger.

Die Folge ist, daß es keine Ausgaben-

dämpfung im Gesamtsystem gibt; die Kosten bekommen nur andere Träger.

Die Schlußfolgerung: (78)

Der Rat respektiert, daß der Grundsatz der BS im SGB V verankert ist. Beitragsatzstabilität kann Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren! Der Rat meint, daß die „gleiche Menge an Gesundheit und Versorgungsqualität“ mit weniger Mitteln als zur Zeit erreicht werden kann. Eine Anbindung an die Einnahmen ist aber nur zu rechtfertigen, wenn vorhandene Organisationsstrukturen nicht akzeptable Ausgabensteigerungen hervorrufen.

Die Kehrseite der einnahmenorientierten Ausgaben-Politik ist: Wenn Vollbeschäftigung und Konjunkturbelebung vorhanden sind und der Mittelzufluß die Strukturprobleme überdeckt. (Anmerkung: Diese Annahme ist wohl allein aus demographischen Gründen abwegig).

Der Rat hält eine *qualitative Budgetierung* durch die Selbstverwaltung für nötig. Dazu sind neben den Kassen auch die medizinischen Fachgesellschaften aufgerufen. (Anmerkung: Diese Forderung an die DGZMK erhebt der DAZ seit einigen Jahren ohne Erfolg).

Läßt sich Beitragsatzstabilität verwirklichen? (266-275)

In den letzten 10 Jahren (77 - 87) lagen die Zuwachsraten der gesamten Leistungsausgaben bei 64,5 %. Das ist ein stärkerer Anstieg als der der Grundlöhne (53,9 %). Die ambulante ärztliche

und zahnärztliche Behandlung hielt sich im Rahmen der *Grundlohnsummen-Entwicklung*

- Ärzte: 54,7 %
- Zahnärzte: 47,8 %
- Zahnersatz: 6,9 %.

Eine rückläufige Ausgabenentwicklung ergab sich nur für Zahnersatz in den Jahren 1986 und 1987!

- Die Arzneimittel stiegen aber um 77 %
- Krankenhaus 77 %
- Heil- und Hilfsmittel 116 %

Ausblick

Die BS ist bis 1990 nicht gefährdet, weil die Kassen durch die Minderausgaben des GRG erheblich entlastet werden. Danach sind grundsätzliche Reformen nötig, sonst erscheint dem Rat eine langfristige Stabilisierung zweifelhaft. „Die steigende Arztdichte hat andererseits zur Folge, daß der Arzt im Durchschnitt weniger Patienten zu betreuen hat. Werden die Anreize zur Mengenausweitung beseitigt, so mindert sich die Arbeitsbelastung des einzelnen Arztes und die Chancen für eine Verringerung der Kontaktzahlen oder eine Verlängerung der Kontaktzeiten verbessern sich.

Für die zahnmedizinische Versorgung gilt in der Tendenz das Gleiche. Die für das Leistungsgeschehen relevante Bevölkerung unter 60 Jahren sinkt nach allen Prognosemodellen bis zum Jahre 2000 absolut um rund 10 %. Entsprechend wird der Leistungsbedarf sinken, denn es ist kein Grund dafür ersichtlich,

warum der Leistungsbedarf je Leistungsberechtigtem ansteigen sollte.“ ...“ Die Anzahl der Zahnärzte wird sich bis zum Jahr 2000 um rund 50 % erhöhen und hieraus ergibt sich eine deutliche Verringerung des erforderlichen Arbeitsanfalles je Zahnarzt.“

„Im *ambulanten Bereich* führt die Anbindung der Gesamtvergütung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen zu unterproportionalem Zuwachs des Einkommens pro Arzt, doch wird die Qualität der Versorgung nicht beeinträchtigt. Im *stationären Bereich* wird es mit dem bisher vorhandenen Instrumentarium nicht gelingen, den Ausgabenzuwachs auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen zu begrenzen. Die Durchsetzung der BS hängt wesentlich von der Realisierung der Einsparpotentiale im *Arzneimittelsektor* ab.“

Ich teile die Auffassung, daß Beitragsatzstabilität auf längere Sicht nur unter Qualitätseinbußen durchzuhalten ist.

Der BS stehen entgegen:

- die demographische Entwicklung
- der Morbiditätswandel
- der medizinisch-technische Fortschritt
- die steigenden Arzt- und Zahnarztzahlen.

Die Einführung dieses Grundsatzes ist medizinischem und sozialpolitischem verantwortlichen Denken fremd. Sie folgt allein ökonomischen und fiskalischen Prioritäten. Die qualifizierte Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlicher Leistung wird bei schmaleren Budgets nur dann aufrechtzuerhalten

sein, wenn endlich Rahmenbedingungen geändert bzw. geschaffen werden, die gesundheitlich sinnvolle und qualitativ hochstehende Tätigkeit besser bewerten.

Wir meinen im Gegensatz zum Freien Verband, daß in diesem Etat noch Wirtschaftlichkeitsreserven stecken. Der DAZ zeigt sie seit Jahren auf.

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

Eine Begebenheit aus einer Kieferchirurgischen Praxis

Ein 84-jähriger Totalprothesenträger wandte sich im Spätsommer an seinen Hausarzt mit einem irritierenden Gefühl am Gaumen. Dieser empfahl ihm eine neue Totalprothese. Der Patient wandte sich nicht an einen Zahnarzt sondern an einen Zahntechniker. Ende 1987 wurde eine neue Totalprothese vom Zahntechniker eingegliedert.

Da innerhalb von 3 Monaten keine Besserung des „Gefühls“ eintrat, wandte sich der Patient erneut an seinen Hausarzt, der ihm eine Überweisung an den Kieferchirurgen ausstellte. Bei dem Patienten handelte es sich um ein Carcinom.

Seit ca. 2 Jahren hatte ein 73-jähriger Mann am Gaumen ein Fleckchen bemerkt. Sein Hausarzt riet ihm zum Zahnarztbesuch zur Anfertigung einer neuen Totalprothese, da das Fleckchen wahr-

scheinlich eine Druckstelle sei. Der Patient begab sich jedoch direkt zu einem Zahntechniker, der eine neue Totalprothese anfertigte.

Da die Beschwerden nicht verschwanden, konsultierte der Patient April 1988 erneut seinen Hausarzt, der nun zum Kieferchirurgen überwies. Es handelte sich auch hier um ein Carcinom.

Im Einverständnis mit beiden Patienten wurden die Fälle im Oktober 1988 der „Medizinischen Inspektion für Volksgesundheit“ (Medizinischer Dienst??) gemeldet mit der Anfrage, ob staatsanwaltschaftliche Ermittlungen wünschenswert seien. Im Januar 1989 ging die Antwort der „Medizinischen Inspektion für Volksgesundheit“ ein, daß die Klage als abgelehnt zu betrachten sei. Aus dem der Antwort beigefügten Schriftverkehr geht hervor, daß zwar derzeit die Eingliederung von Totalprothesen durch Zahntechniker noch strafbar sei, das Gesetz zur Ausübung der Heilkunde aber in Bälde dahingehend geändert werden würde, daß auch andere Personen außer Zahnärzten und Ärzten Totalprothesen eingliedern dürfen.

Dem Artikelschreiber scheint bemerkenswert, daß in der Gesetzesvorlage nicht ausdrücklich von Zahnprothetikern und Zahntechnikern die Rede ist, sondern von anderen Personen als Zahnärzten und Ärzten.

Anm. des Übersetzers (Dr. Teenwen): s. auch NT Nr. 17 v. 16.9.1988 „Der Zahnprothetiker kommt“

Niederländisches Zahnärzteblatt
5 '89, S. 202/203

Probleme bei Anwendung von Kalziumhydroxyd-Präparaten

Die Verwendung von **Kalziumhydroxyd-Präparaten als Pulpaschutz** bzw. Unterlage macht die **Amalgamfüllung fraktur anfällig!** Eine Unterlage aus DYCAL von nur 0,5 mm erhöht die Fraktur anfälligkeit um 60% (von 101 lbs auf 391 lbs) (J. DENT. RES. 60:372 Abs. 247 1981). Stopfen des Amalgams vor **Erhärtung** des Kalziumhydroxyd-Präparates kann das noch weiche Material zum Füllungsrand verschieben. 28% der zweiflächigen Amalgamfüllungen weisen **ausgewaschenes Pulpaschutzmaterial am Füllungsrand** auf. (OP. DENT. 14 (1): 33 1989).

Bei der **Zementunterlage** ist nicht nur der **thermale Schutz bescheiden** (Mitteilungsblatt Vol. 3 Nr. 7 1981), sondern eine Zementdicke von nur 2,5 mm macht die Füllung um ca. 35% schwächer (von 101 lbs auf 651 lbs) (J. DENT. RES. 60:372 Abs. 247 1981).

Die Abbindezeit von Kalziumhydroxyd-Präparaten ist z.T. von der Luftfeuchtigkeit anhängig. Bei trockenen Verhältnissen wird die **Erhärtung verzögert**. Die neuen lighthärtenden Materialien für den Pulpaschutz ermöglichen eine **sofortige Abbindung**. Lighthärtendes DYCAL (VLC DYCAL, De Trey) soll angeblich pulpafreundlich sein. Aber aufgrund seiner mangelhaften Druckfestigkeit sollte VLC DYCAL mit **lighthärtendem Glasionerzement**

(z. B. VITRABOND, 3M; VLC ZIONOMER, Den Mat) bedeckt werden. (Prof. R. Jordan, W. Ontario, Canada). Als **indirekter Pulpaschutz** und Unterlage für die Amalgamfüllung scheint **lighthärtendes CAVALITE** (Kerr) besonders geeignet. Hydroxyapatit dient als Kalziumquelle; das Material ist in 20 Sek. mit der Lichtquelle abgebunden und weist eine **sehr hohe Druckfestigkeit** auf. Die Druckfestigkeit wird mit 29,500 psi nach 24 Stunden angegeben und ist höher als diejenige für Glasionerzement (13,500 psi für KETACCEM) (Reklamebehauptung). Das Material wird als „hybrid liner“ bezeichnet - eine Kombination von Hydroxyapatit und Glasionerfüllstoff.

Pulpaschutz und Unterlage sollten dünn aufgetragen werden. Obwohl unabhängige Untersuchungen und Langzeitstudien fehlen, könnten die neuen Materialien als indirekter Pulpaschutz („hybrid liner“) oder als Unterlage (VLC Glasionomer) mit ihrer großen Druckfestigkeit und sofortigen Abbindung die Fraktur anfälligkeit der Amalgamfüllung reduzieren und einen großen Fortschritt darstellen.

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt für den Praktiker 3 '89

Empfehlung

der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Bereich Gesamtvergütung Zahnärzte

1. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erwartet, daß besonders der zahnprothetische Bereich in den kommenden Jahren mit einem deutlich gesenkten Ausgabenniveau zur Beitragsatzstabilität beitragen wird und die für die Zeit ab 1990 zu treffenden Vergütungsvereinbarungen dieses Ziel nicht gefährden.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß aufgrund des Ankündigungseffektes des Gesundheits-Reformgesetzes die Ausgaben für Zahnersatzleistungen im Jahre 1988 um über 38 % bzw. um mehr als 2,3 Mrd. DM höher sind als 1987.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt, daß die Gesamtvergütung der Zahnärzte für konservierend-chirurgische Behandlungen im Jahre 1990 mit der Grundlohnentwicklung in Einklang bleibt, soweit nicht unvorhersehbare Mengenentwicklungen im kurativen Bereich durch die neuen Präventionsmaßnahmen ein Überschreiten rechtfertigen. Für den Bereich der kieferorthopädischen Behandlung empfiehlt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, daß die Ausgaben auf-

grund der Umsetzung der vom Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Indikationseinschränkung geringer ausfallen.

2. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nimmt zur Kenntnis, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV darum bemüht sind, entsprechend § 30 Abs. 2 SGB V eine Zuschußdifferenzierung bzw. Festzuschüsse beim Zahnersatz vorzunehmen, um entsprechend dem Aufwand für die Zahnersatzversorgung eine differenzierte Bezuschussung durchführen zu können. Die Höhe der Zuschüsse sind so zu bemessen, daß die Ausgabenbegrenzung nach § 30 Abs. 2 SGB V im Jahre 1990 eingehalten werden kann.

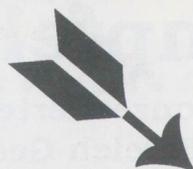
3. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Spitzenverbände und die KZBV auf, die nach § 29 und § 30 SGB V vorgeschriebene Kostenerstattung bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung entsprechend den Vorstellungen des Gesetzgebers zügig umzusetzen. Dabei ist zu beachten, daß die kassenzahnärztlichen Bezüge gewahrt bleiben (sachliche und rechneri-

30sche Richtigkeit, Statistik, Stichprobenprüfung) und daß eine unzumutbare Belastung der Versicherten vermieden wird.

4. Die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV auf, das Instrumentarium des Gesundheits-Reformgesetzes für den Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Interesse einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu nutzen.

In diesem Zusammenhang stellt die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen fest, daß eine hohe fachliche Qualifikation des Zahnarztes notwendig macht, die Ausrichtung der Zugangskriterien zum Studium der Zahnmedizin an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten vorzunehmen.

Dieser Empfehlung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV zugestimmt.



Das sollten Sie wissen:

Bundesbürger am seltensten zahlos

Die Bundesbürger gehören zu den Europäern, die am wenigsten unter Zahnlosigkeit leiden. Nur 1,1 Prozent der 35- bis 44jährigen seien davon betroffen, teilte die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein in Köln mit.

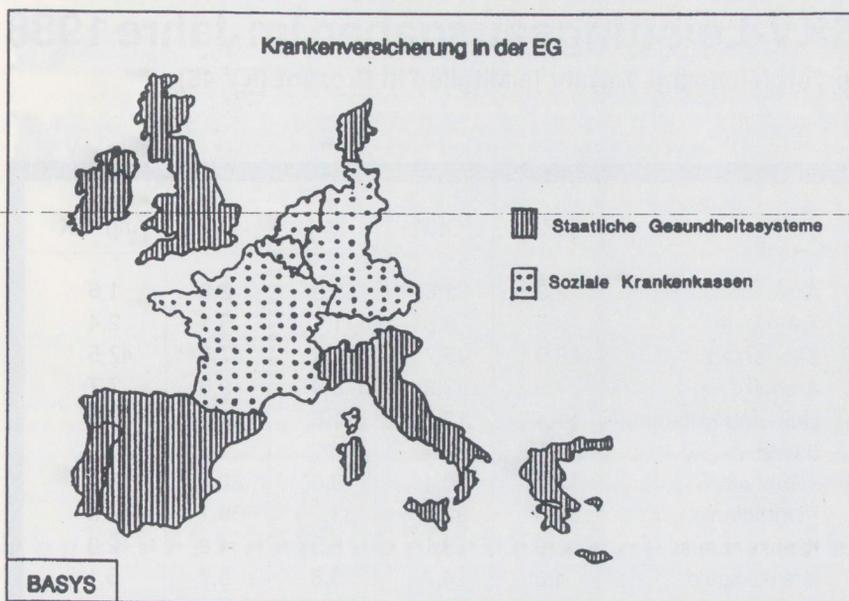
Münchner Merkur vom 16.3.1989

Zahnärztlicher Anzeiger 8'89

Gesundheitspolitik untergeordnetes Thema

Nur jeder 10. Bundesbürger hält die Gesundheit für ein Problem. Das zeigte eine Befragung der GfK-Marktforschung in Nürnberg. Echte Sorgen machen dagegen Arbeitslosigkeit und Umweltverschmutzung. 57 Prozent der Befragten sehen hier dringenden Handlungsbedarf. Die Rentenreform und die Friedenssicherung liegen mit 14 bzw. 13 Prozent noch vor der Gesundheitspolitik in der Problem-Hitliste. Aufklärung tut also not, wenn Sie Ihren Patienten die Folge der Gesetzesänderungen verdeutlichen wollen. Vor allem kommt es darauf an, grundsätzliches Interesse zu wecken.

dent-tax 1'89, S. 4



Der niedergelassene Arzt 4 '89, S. 1

Zahnbehandlung:

Neue Abwasservorschriften

Nach den Plänen des Gesetzgebers darf das Abwasser Ihrer Praxis schon bald keine halogenierten organischen Substanzen enthalten. Das jedenfalls sieht nach Auskunft des Informationsdienstes iwU-Umweltbrief (Köln) der Entwurf einer „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über Mindestanforderungen an das Einleiten von Abwasser in Gewässer und über Anforderung an die Entsorgung des Abscheidegutes“ vor. Vom Zahnarzt werden außerdem ein Nachweisbuch und Herstellerangaben

über den Ausschluß halogenorganischer Substanzen gefordert. Das betrifft damit nicht nur leichtflüchtige chlorierte Kohlenwasserstoffe, sondern auch Desinfektionsmittel. Außerdem soll das abgeschiedene Amalgam in einem dafür vorgesehenen Behälter aufgefangen und verwertet werden. Die strengen Vorschriften eröffnen offensichtlich den Markt für eine neue Dienstleistung. Laut Degussa sollen bereits zwei Entsorgungsfirmen Amalgamreste einsammeln, desinfizieren und trocknen, um sie der Metallscheide zuzuführen.

dent-tax 1 '89, S. 5

GKV-Leistungsausgaben im Jahre 1988

im Vergleich zum Vorjahr je Mitglied in Prozent (KV 45)

	GKV	OKK	IKK	BKK	Ang.-EK
Ärzte	2,3	2,6	3,8	2,8	1,6
Zahnärzte	3,5	3,8	1,7	5,1	2,4
Zahnersatz	46,5	45,7	43,6	47,5	47,5
Arznei	7,9	7,8	8,9	9,0	7,7
Heil- und Hilfsmittel	11,4	12,2	11,6	12,9	9,5
davon					
• Sehhilfen	19,9	20,4	19,6	22,1	18,1
• Hörhilfen	34,5	32,2	33,7	38,1	40,3
Krankenhaus	3,0	3,1	3,5	4,2	2,0
Krankengeld	4,6	4,7	5,8	5,7	5,1
Leistungsausgaben	6,5	6,2	6,9	7,4	6,5
Einnahmen	5,4	5,5	5,2	5,8	5,0

ZM-Aktuell 6 '89

Privater Einsatz hilft schneller

Weniger Karies gibt es seit 15 Jahren bei den Kindern der Grund- und Hauptschule Engter bei Bramsche in Niedersachsen. Die Anzahl der naturgesunden Zähne ist bei diesen Kindern doppelt so hoch wie bei ihren Altersgenossen aus anderen Schulen. Grund dafür ist privates Engagement: 1973 hat aufgrund der Initiative des Bramscher Zahnarztes

Rudolf Nollmann der Rotary-Club die Mittel für eine gezielte Karies-Prophylaxe bereitgestellt. Es wurde ein Zahnpflegeraum eingerichtet. Mitentscheidend für den Erfolg war die kontinuierliche ehrenamtliche Mit- und Motivationsarbeit der Zahnärzte und der Lehrerschaft. Das würdigte auch Prof. Dr. Klaus König aus Nijmegen/Niederlande in seiner Festansprache.

BZB 9'88, S. 35

Der noble Herr E. ist Mitglied der AOK

Herr E. gehört zu den Menschen, die es schätzen, in korrekt geschnittenen Textilien von exzellenter Qualität gekleidet zu sein, und die es sehr begrüßen, wenn sich wenigstens sechs Zylinder um das Fortkommen ihres Automobils bemühen. Auch ist er trotz seiner zweiundsiebzig Lebensjahre sehr darauf bedacht, stets hygienisch einwandfrei und für anderer Leute Geruchssinn angenehm zu erscheinen. Er kann es sich leisten, seinen Arzt schlicht mit „Doktor“ anzureden, und er läßt es sich angelegen sein, diesem von einer seiner Weltreisen schon mal eine besonders edle Havanna mitzubringen.

Herr H. ist zweifellos denen zuzurechnen, die man gemeinhin als noble Herren bezeichnet. Eigentlich würde man nicht erwarten, daß er zur Behandlung mit einem Schein der Allgemeinen Ortskrankenkasse kommt. Doch es ist in der Tat so, und Herr E. gibt sich keine Mühe, seine Unkenntnis und wohl auch sein Desinteresse an den mancherlei Formalien zu verbergen, die eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse mitsichbringen. Beiläufig streut er von Zeit zu Zeit ein, daß er selbstverständ-

lich für alle Kosten aufkommen werde, die von der Kasse nicht übernommen würden.

Es sind bereits einige Wochen her, da verspürte Herr E. eines Morgens ziemlich unvermittelt ein merkwürdiges Kratzen im Hals, für das er keine Erklärung fand, das ihn aber zunehmend belästigte. Manchmal erschien es ihm wie ein scharf lokalisiertes Stechen, bald wie ein kaum zu ortendes Ziehen im Rachenraum.

Nach einigen Stunden des Abwartens griff Herr E. zum Telefon und rief seinen Hausarzt an. Leider hatte er keinen Erfolg, denn er konnte lediglich der freundlichen aber automatischen Anrufbeantwortung entnehmen, daß sein Hausarzt verreist sei, um Urlaub zu machen. Wenn also schon ein fremder Arzt konsultiert werden mußte, so dachte sich Herr E., dann sei es zweckmäßig, gleich einen Facharzt für den Halsbereich aufzusuchen. Am allerbesten würde es wohl sein, sich an die entsprechende Abteilung des städtischen Krankenhauses zu wenden.

So schlüssig die Überlegungen zunächst auch erschienen, die Fahrt zur

Klinik und der Besuch der dortigen Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten brachten ebenfalls keine Lösung des Problems. Es stellte sich nämlich heraus, daß die betreffende Abteilung über keine Ambulanz verfügte, was natürlich eine Behandlung seines Falles ausschloß. Immerhin war man dort sehr kooperativ und riet Herrn E., sich an die kieferchirurgische Station desselben Krankenhauses zu wenden. Herr E. war für diesen hilfreichen Vorschlag dankbar und begab sich unverzüglich zu dem beschriebenen Gebäude.

Im Warteraum der Abteilung für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten galt es dann, etwas mehr als zwei Stunden auszuhalten. Die Zeit konnte teilweise dadurch ausgefüllt werden, die Fragen des umfänglichen Anmeldeformulars ordnungsgemäß zu beantworten.

Dann endlich war es soweit, und ein junger aber offenbar seiner Sache sehr sicherer Assistenzarzt hörte sich die moderat vorgetragene Klage des Herrn E. an. Er nahm sozusagen die Anamnese auf. Daß eine gute Anamnese häufig schon „die ganze Therapie“ ist, erwies sich auch hier: Der Arzt erkannte sogleich, daß es sich offenbar um ein Problem im Bereich des Halses handelte. Daher wäre eine Therapie in dieser Abteilung leider nicht möglich, und Herr E. müsse sich doch zu einem Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten begeben, wurde ihm mit einiger Anteilnahme seitens des Assistenzarztes bedeutet. Da die Anamnese gründ-

lich genug war, erschien eine Inspektion entbehrlich.

Herr E. ist es gewohnt, sich auf den Rat von Spezialisten zu verlassen. Also nahm er auch diesen Rat an und fragte noch, ob er für diese Konsultation etwas schuldig sei. Der Assistenzarzt hatte mittlerweile offenbar erkannt, daß er in dem Kassenspatienten einen großzügigen Herrn vor sich hatte. So wollte er wohl nicht zurückstehen und erklärte: „Bei solchen Kleinigkeiten machen wir nichts.“

Bedauerlicherweise war es inzwischen spät geworden, so daß Herr E. nicht mehr daran denken konnte, einen Facharzt während seiner normalen Sprechzeiten zu erreichen. Er war nicht so unbescheiden, sich für einen Notfall zu halten. So fügte er sich in sein Schicksal, nahm die Unbequemlichkeiten des Kratzens in seinem Hals auf sich und hoffte auf den kommenden Tag.

Die Hoffnung erfüllte sich auf geradezu wundersame Weise und viel rascher, als Herr E. zu hoffen gewagt hatte. Bereits beim Frühstück, dem Herr E. eigentlich mit gemischten Gefühlen entgegengesehen hatte, waren Kratzen und Stechen im Hals ganz plötzlich verschwunden.

Sogar eine Aufklärung der Mißbelligkeiten erfolgte: Ein Spelz, die Schale eines Getreidekorns, hatte sich in das Gaumensegel gespießt und diese Position für vierundzwanzig Stunden erfolgreich behauptet. – Herr E. achtet nicht nur sehr auf seine äußere Erscheinung, er hält auch viel von einer gesunden Ernährungsweise. Aus diesem Grund pflegt

er regelmäßig zum Frühstück ein Müsli zu sich zu nehmen.

Die Beschwerden waren also von einer Minute auf die andere verschwunden, die Geschichte des Herrn E. war damit jedoch noch nicht beendet. Etwa vierzehn Tage waren vergangen und der Vorgang bereits wieder vergessen, als Herr E. von der Stadt als dem Träger des Krankenhauses einen Mahnbrief zugestellt bekam. Er wurde darin aufgefordert, unverzüglich einen Überweisungsschein für die Behandlung in der kieferchirurgischen Abteilung der städtischen Kliniken nachzureichen. Im Falle, daß dies nicht geschehe, müsse Herr E. mit einer Privatliquidation rechnen.

Wie bereits angedeutet, hat Herr E. sich nie um die Regularien der gesetzlichen Krankenversicherung gekümmert. Da er erst nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben seine Mitgliedschaft erworben hatte, war es ihm nicht mehr der Mühe wert gewesen, sich mit allen Spielregeln vertraut zu machen. Ihm war diese Basisversorgung nützlich vorgekommen, er vermutete, daß er dafür einen gewissen Papierkrieg auf sich nehmen müßte.

In dem Mahnbescheid der Stadt war von einem Überweisungsschein des Arztes oder Zahnarztes die Rede. Weil ja der Hausarzt aus seinem wohlverdienten Urlaub noch nicht zurück war, begab Herr E. sich in die Praxis seines Zahnarztes und ersuchte die dortige Rezeptionshelferin, ihm den von der Stadt gewünschten Überweisungsschein auszustellen.

Die Helferin tat, was sie in einer solchen Situation zu tun gewohnt ist, sie holte die Karteikarte des Herrn E. aus der Ablage. Es stellte sich heraus, daß der letzte Besuch von Herrn E. einige Monate zurücklag. So sah sie sich gezwungen, Herrn E. zu ihrem großen Bedauern mitteilen zu müssen, daß sie einen Überweisungsschein nicht ausstellen könne, da er ja im laufenden Quartal noch gar nicht in Behandlung gewesen sei, mithin auch noch kein Krankenschein vorliege. Ein Überweisungsschein setzt aber einen Krankenschein voraus, das leuchtete auch Herrn E. ein.

Da Herr E. an dem betreffenden Tage nicht zur Behandlung sondern lediglich wegen eines Formulars gekommen war – er war ja auch ohne Termin erschienen –, hatte er keinen Schein für die zahnärztliche Behandlung bei sich. Die Helferin erkannte das Problem und vereinbarte mit Herrn E. einen kurzfristigen Termin.

Zur vorgemerkten Zeit erschien Herr E. und erzählte seinem Zahnarzt die Geschichte. Da diese nicht in wenigen Worten darzustellen war, gingen wohl eine halbe Stunde der stets knappen Behandlungszeit dahin. Obwohl Herr E. nur „dazwischengeschoben“ worden war, nahmen alle diese eingehende Beratung durch einen Patienten geduldig auf sich und amüsierten sich dabei nicht unbeträchtlich. Jedem wurde deutlich, daß auch eine gesunde Ernährungsweise zu mancherlei Kontakten mit der Medizin führen kann.

Zahntechnik

Scharl

Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



Zahntechnik Scharl
Kleinraigering 66 · 8450 Amberg · Tel. (0 96 21) 3 79-0

Impressionen aus Stuttgart

Keine Glosse – ein Tatsachenbericht!

T. Ropers

Also ährlich, der Günter Stoll kann nix dafür. Der hat auch mit hartem Einsatz seines wuchtigen Körpers bewegt, was zu bewegen war.

Als wir mit dem Bundesbahn-Schlafwagen langsam neckaraufwärts frühstückten und zufrieden bemerkten, daß der Rotwein des Vorabends gut gewesen sein mußte, da war die Welt noch in Ordnung.

Auf dem Stuttgarter Bahnhofsvorplatz zeigte man uns den Bus zum Killesberg; Taxen, hörten wir, kämen gewiß nicht schneller voran, und das Geld könne man ja auch sparen. Wir zogen also mit unseren Taschen und Koffern in den Bus, der sich sardinenbüchsegleich vollgestopft zum Tagungsort durchkämpfte. Endlich angekommen, gab es dort viele Hallen mit zum Teil offenen Türen mit Menschenschlangen. Wir reiheten uns dort ein, wo wir glaubten, zum Tagungsbüro zu kommen, mußten dann aber – Koffer in der Hand – außen an dieser Halle um die Ecke in eine andere Tür, wo dann tatsächlich die Tagungsunterlagen zu erhalten waren. Weil wir jetzt die Koffer nicht mit in den Hörsaal

nehmen konnten, fragten wir nach einer Garderobe. Die war gar nicht weit weg: Wir fanden eine Schlange von vierzig Kollegen, die warteten, von einer einzigen Dame hinter dem Tresen bedient zu werden. Der Hörsaal war dann überfüllt, viele mußten stehen, obwohl der Günter Stoll – aber das habe ich ja schon gesagt. Richtig unterhaltsam wurde es auch, weil hier – im Zentrum des Technologie-Ländles – in loser Folge demonstriert wurde, welche Fehler bei Dia-Projektion und Tonübertragung so auftreten können.

Wenn wir beim wissenschaftlichen Programm etwas geschwänzt hätten, hätten wir in der Mittagspause auch sicher etwas zu Essen bekommen. Wegen Überfüllung des Restaurants schauten wir dann kurz in die Dental-Schau, aus der wir bei besserer Beschilderung und erkennbarer Wegführung durch die unterschiedlichen Hallen und Stockwerke auch pünktlich wieder herausgekommen wären. So erreichten wir das wissenschaftliche Nachmittagsprogramm mit Mühe und Not. Da wir in einem Hotel in Sindelfingen untergebracht waren, konnten wir uns zwischen-

durch nicht umziehen und blieben bis zur festlichen Eröffnung, wo neben kräftigen leeren Worthülsen (Pillwein, siehe auch unter „Lob der Rhetorik“), einer Unerwartet-Noch-Ministerin (Lehr) auch ein OB Rommel zu erleben war. Der war gut.

Die „Zahnarzt-Hocketse“ schien von einem geschäftstüchtigen Optiker ausgerichtet zu sein: Keinen Pfennig dazu-bezahlt und ein Glas zum Mitnehmen. Die Unterhaltungskünstler auf der Bühne gaben ihr Bestes, die Beschallung war wie bei solchen Sälen üblich miserabel: Zu laut, um sich unterhalten zu können, zu leise, um im hinteren Teil des Saales noch eine Pointe mitbekommen zu können.

Also frühzeitig ab in die Koje. Wir ergriffen unsere Koffer und gingen auf den Ausgang zu, wo wir draußen einen Sanitätsgefreiten als Fahrer frierend auf seinen Generalarzt warten sahen. Aber die Tür war zugeschlossen. Alle Türen in dieser Eingangshalle waren verschlossen – und mußten es bleiben, wie die Saalordner uns versicherten. Man wies uns einen anderen Weg nach draußen, den wir nach bestem Wissen und Gewissen befolgten. Er führte durch lange unterirdische Gänge, für deren Beschreibung sicher Kafka der richtige Mann wäre. In Stuttgart lag es auch nahe, Gebäude in einem anderen Stadtteil zu assoziieren: Stammheim. Plötzlich waren wir in einer der Ausstellungshallen, die zur Nacht etwas vom Ambiente einer großen Leichhalle haben: Alle Ti-

sche mit weißen Tüchern zugedeckt. In der Hoffnung auf einen Wächter-Dienst fingen wir an, laut zu rufen: „Wir wollen hier raus!“ Das wirkte schnell. Die verdutzten herbeigeeilten Wächter belehrten uns, daß wir ganz verbotenerweise um diese Zeit an diesem Ort wären, ließen uns dann aber mit Gepäck doch unbürokratisch aus einem großen Feuerwehr-Tor seitwärts aus der Halle ins Freie, wo ein kräftiger kalter Regen uns erfrischte. Man zeigte uns noch den Weg zu Taxi- und Busstation: Es war dort, wo der Sanitätsgefreite fror. Da ein fast leerer Bus zum Bahnhof abfahrtsbereit wartete, stiegen wir ein. Wir hatten nicht damit gerechnet, daß Hotel und Tagungsstätte so weit voneinander entfernt waren: Eine Taxi-Fahrt vom Killesberg nach Sindelfingen hätte 50 Mark gekostet. Also öffentlicher Nahverkehr. Bei der S-Bahn-Haltestelle „Hauptbahnhof“ gibt es keine Beamte, sondern nur Automaten. Von ihnen kann man nicht erfahren, mit welcher Linie und wie weit man fahren muß, um nach Sindelfingen zu kommen. Durch Nachfrage bei Passanten erfuhren wir aber bald, daß wir mit der S-Bahn nach Böblingen fahren sollten. Bis zur Abfahrt unserer Bahn blieben uns noch gut zwanzig Minuten, in denen wir uns gemütlich auf dem Bahnsteig sitzend Geschichten aus unserem Leben erzählen konnten. Später, in Böblingen, war aus dem Regen ein schwerer Wolkenbruch geworden. Unter solchen Bedingungen sind fünf Minuten Taxisuche eine lange Zeit. Als ich durchnäßt, erschöpft, aber glücklich

mein Hotel betrat, war es Mitternacht, und seit meinem Aufbruch bei der „Hocketse“ waren zwei Stunden vergangen. Ich konnte aber nur knapp sechs Stunden in meinem über zweihundert Mark teuren Hotelzimmer (Mittelklasse) bleiben, weil mir wegen des morgendlichen zentripetalen Staus nur ein sehr früher Wecktermin die Chance offenhielt, tatsächlich gegen neun Uhr die Tagungsstätte am Killesberg wieder zu erreichen.

Das wissenschaftliche Programm am Freitag unter dem Motto: „Was gibt's Neues in den Teildisziplinen“ brachte mir kaum etwas Neues, ein Resultat, mit dem man bei positivem Denkansatz ja auch ganz zufrieden sein kann. Vielleicht dies: Die Amalgamfrage bzw. Entsorgungsproblematik erfährt eine unerwartete Wendung: Die Welt-Quecksilber-Vorräte gehen zur Neige (Klaiser, Würzburg: Quelle: Club of Rome). Mittags begleitete Motsch, Göttingen, ein kleines Kammer-Ensemble von Kollegen am Flügel: Ich habe ihn noch nie so nervös gesehen und empfand viel Sympathie für dieses Urgestein. Als abends Nolden, Bonn, zum neuen DGZMK-Präsidenten gewählt wurde (Gratulation, an der Wahl ist nichts auszusetzen), waren wir DAZ-Kollegen schon wieder in Sindelfingen zusammengetroffen. Wenn wir zusammensitzen und frei diskutieren, kommt schnell das „warme DAZ-Gefühl“ auf, selbst wenn es in Stuttgart ist. Der DAZ war die Reise wert.

Lob der Rhetorik

Die Kraft der freiberuflichen Selbstverwaltungen mit ihren strengen Auflagen (z.B. Werbeverbot) ist gefordert, um die im EG-Binnenmarkt drohende Vergewerblichung unseres Berufsbildes zu verhindern. Schizoide Standesfürsten tanzen bal paradox: BDZ-Präsident Pillwein fordert in einer energischen Ansprache zur Eröffnung des Zahnärztetages in Stuttgart die Stärkung der Selbstverwaltungen *und gleichzeitig* die Beschneidung der KZV-Kompetenzen durch Realisierung der Kostenerstattung. Die Choreographie des Kongresses funktioniert: Auch bei logischen Purzelbäumen kann man zuverlässig den Applaus des Auditoriums auslösen, wenn kraftvoll vorgetragen oder gar die Stimme gehoben wird. Nun gut: So ist eben die Politik – aber muß auch die Wissenschaft so sein?

Vorab: nichts gegen Homöopathie, auch in der Zahnheilkunde. Vor allem für die Prae- und Postmedikation bei chirurgischen Eingriffen kann sie nützliche Wege aufzeigen.

Aber über alternative Methoden in Medizin und Zahnmedizin sollte kontrovers diskutiert werden können: Homöopathie, Herdforschung, Elektroakupunktur und dergleichen. Mir fiel auf, daß sämtliche Befürworter der alternativen Methoden, wenn ihnen logische oder wissenschaftliche Unvereinbarkeiten nachgewiesen wurden, mit einem schon typisch zu nennenden

Seher-Blick verkündeten, dies liege an der eingeschränkten Denkweise des Fragestellers. Vage Hinweise ins Mythische (oder Transzendente?) sollen Argumentationslücken schließen: „Arbeiten Sie erst einmal auf unsere Weise, dann werden auch Sie erleben, daß es noch etwas darüber gibt“.

Wenn bei einer homöopathischen Aufbereitung eines Präparats so weit verdünnt wurde, daß in einem Liter der Trägerflüssigkeit noch ein Molekül Wirksubstanz ist, kann in einem Milliliter dieser Aufbereitung keine Wirksubstanz mehr enthalten sein. Von homöopathischer Seite wurden alle wohlmeinenden goldenen Brücken, die man ihnen baute, zurückgewiesen: Nein, auch bei solcherlei Verdünnungen könne man nicht von Placebo-Effekt reden; auch diese Aufbereitungen seien pharmakologisch wirksam.

Spätestens von hier ab mußte es als Ärgernis empfunden werden, daß die Moderatoren dieser Streitgespräche in der neutralen Ecke blieben. Innerhalb einer wissenschaftlichen Gesellschaft mußte flagrante Unwissenschaftlichkeit stehenden Fußes entlarvt und angeprangert werden.

Um es auf den Punkt zu bringen, berichtete ich über drei weitere Vorgehensweisen, die mir aus einer „Herdforschungspraxis“ bekannt waren:

1. Arzneimitteltestung durch Strommessung am Patienten, der das *geschlossene* Röhrchen mit dem Arzneimittel in der Hand hält (Stromfluß durch

Kunststoff oder Glas – oder wie?)

2. Bestimmung geeigneter Operationstage mit dem „Bio-Rythmogramm“ (hierbei einziges Parameter der Geburtstag des Patienten)
3. Farbttest nach Lüscher zur Erkennung psychogener Ursachen bei Knirschern („Ich sehe da eine Schwäche im Blaufeld – haben Sie Probleme mit Ihren Eltern?“)

Derlei wohl mehr aus dem Repertoire der Astrologen stammenden „Leistungen“ wurden den gläubigen Patienten mit eindringlichen Blicken und Reden aufgenötigt und als ärztliche Sonderleistungen privat berechnet.

Die Antwort auf diese Vorhaltungen durch einen der „Pro-Anwälte“ (ich glaube, er hieß Reichart) war ein demagogisches Meisterstück: Punkt 1 wurde in leiser, schneller Rede abgehandelt, etwa so: Wenn man bei dieser Anordnung dieses als Anode und jenes als Kathode interpretiere, dann seien sehr wohl von solcher Testung verwertbare Ergebnisse zu beziehen. Keine Pause zum Luftholen, plötzlich Änderung der Diktion, jetzt laut und voll Pathos: „Was die beiden anderen Punkte anbetrifft, so muß ich doch ernstlich fragen: Ja, wo stehen wir denn, sind wir denn schon so weit dem Kassendenken verfallen, daß wir derlei Honorierungsmöglichkeiten in Zweifel ziehen lassen?!“

Brausender Beifall des Auditoriums, kein zurechtrückendes Wort eines Wissenschaftlers.

Fazit:

Die wissenschaftliche Gesellschaft hat notwendige Ab- und Ausgrenzungen von pseudowissenschaftlichen Aktivitäten unterlassen. Hierdurch ist Scharlatanerie gesellschaftsfähiger geworden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

31. 8. 1989

Neuer Aids-Test

Neben HIV-1 kennt man inzwischen auch eine zweite Variante: HIV 2. Die Behringwerke in Marburg haben nun einen völlig neuen Test zum Nachweis einer Infektion auch mit diesem AIDS-Erreger HIV-2 entwickelt. Modernste Technologie macht es möglich: Mit einer einzigen Untersuchung können nun erstmals Abwehrstoffe des Körpers, sogenannte Antikörper, noch zuverlässiger als bisher nachgewiesen werden, die sowohl gegen das AIDS-Virus HIV-1 wie gegen den in Deutschland in seltenen Fällen aufgetretenen HIV-2-Erreger gerichtet sind. Der neue Anti-HIV-1+2-Test der Behringwerke wurde jetzt vom Paul-Ehrlich-Institut in Frankfurt, dem Bundesamt für Sera und Impfstoffe, nach eingehender Prüfung zugelassen. B. I.

ZM-Aktuell 6 '89

**Länder koordinieren
Gruppenprophylaxe**

Vertreter der Jugendzahnpflegereferenten der Kammern sowie die Vorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaften treffen sich Ende April im Kölner Zahnärztheaus, um die in Zukunft verstärkte Gruppenprophylaxearbeit zu koordinieren. Derzeit liegt auf Bundesebene der Entwurf der „Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe“ vor, an deren einzelnen Programmpunkten anlässlich der einberufenen Sitzung noch Feinarbeit geleistet werden soll. Offene Fragen hierzu sind unter anderem noch die Dokumentation, die Kontrolle sowie die Vergütung der zahnärztlichen Tätigkeit in der Gruppenprophylaxe. sp

ZM-Aktuell 5'89, S. 6

Die Zahnarthelferin, ein aussterbender Beruf?

I. Schuster

Eines Tages ist es soweit: Man steht in der Praxis ohne jede Helferin. Die Aufregung und der Druck sind so groß, daß man verstärkt alle Hebel in Bewegung setzt, um doch wieder in Ruhe weiterarbeiten zu können, mit geschultem Personal, das dem Behandler hilfreich, mitdenkend und auch selbständig arbeitend zur Seite steht. Doch zur Verwirklichung dieser Idealsituation muß man mühsame Wege gehen, und kommt letztendlich doch nicht zum Ziel:

Zeitungsannoncen in Norddeutschland für Auszubildende mit dem Versprechen, eine Wohnung zur Verfügung zu stellen, waren vergeblich.

Anzeigen in der Oberpfalz, einer Region mit hoher Arbeitslosenquote, bleiben ohne jede Resonanz. Auf die Nachfrage bei der Zeitungsredaktion, ob das Stellenangebot (für Helferin und Azubi) überhaupt erschienen sei, kam die vorwurfsvolle Antwort: Selbstverständlich, aber bei den hohen Mieten in München wolle dort niemand arbeiten.

Letzte Versuche in den großen Münchner Tageszeitungen, besondere, mit Hilfe

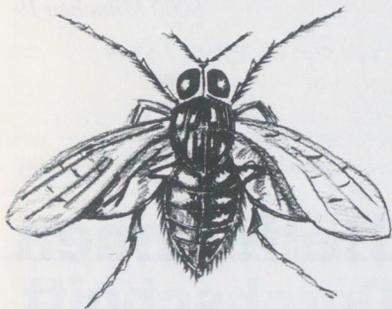
eines Grafikers gestaltete Anzeigen, dem Angebot der 35-Std.-Woche, zwei freien Nachmittagen und überdurchschnittlicher Gehaltsregelung brachten ebenfalls niederschmetternde Ergebnisse – eine einzige Bewerberin für die Stelle der Verwaltungshelferin, eine weitere für die der Assistenz.

Auf meine nachdrückliche Anfrage beim Arbeitsamt kam eines Tages die für Zahnarthelferinnen zuständige Dame persönlich in die Praxis. Jedoch nicht mit einer besondern Offerte, sondern um lapidar zu erklären, der Beruf der Zahnarthelferin sei ein aussterbender! Gründe dafür seien die ungünstigen Arbeitszeiten (der Freund habe schließlich um 17 Uhr Feierabend), die nicht vorhandenen Aufstiegschancen, die schlechte Entlohnung. Meine Einwände, daß in meiner Praxis die 35-Std.-Woche garantiert werde (bei pünktlichem Feierabend um 19 Uhr), zwei Nachmittage frei seien und die Verwaltungshelferin 3.500 DM verdiene, blieben unbeantwortet.

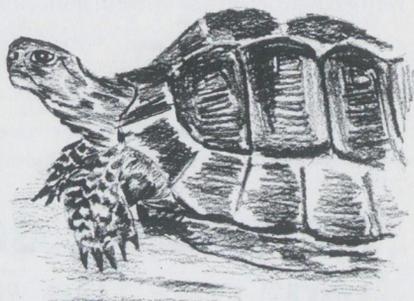
Wie soll es nun weitergehen, wenn offizielle Stellen, die für die Berufsbera-

Achten Sie auf den
Unterschied

in der Lebensdauer



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



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

Wir bürgen dafür

Hu-Friedy®

Bernard Quéting GmbH
Postfach 1380
6906 Leimen bei Heidelberg
Telefon (0 62 24) 7 60 71 - 74
7 44 77
Telefax (0 62 24) 7 73 83
Telex 466 612 hufrd

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

tung und Vermittlung zahnärztlicher Helferinnen zuständig sind, solch negatives Bild von diesem Beruf vermitteln?

Alle Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, sich gemeinsam an unsere Standesorganisation zu wenden, damit endlich etwas geschieht. Warum kann man nicht zum Beispiel im Rundfunk werben, wie ich es vor kurzem hörte, als

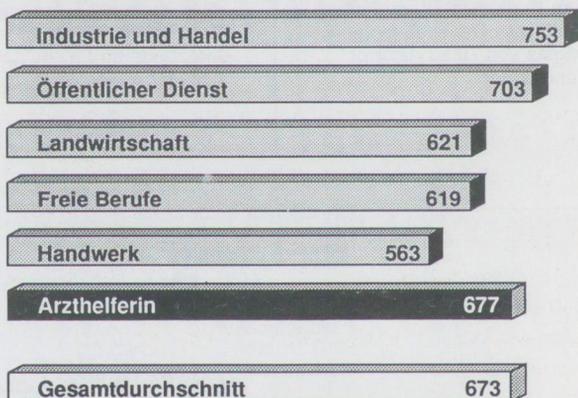
dort neben der üblichen Produktwerbung für den Beruf des Gas- und Wasserinstallateurs geworben wurde? Vielleicht ließe sich mit Hilfe einer guten Werbeagentur Interesse wecken?

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Ingrid Schuster
Ruffinstr. 16
8000 München 19*

Vergütung der Helferinnen liegt gerade im Durchschnitt

Ausbildungsvergütungen 1988

nach Ausbildungsbereichen in DM / Monat



ZM-Aktuell 5 '89, S. 4

Hilfe ich finde keine Helferin

K. Krützmann

Diese Klage von Praxisinhabern wird immer häufiger und lauter. Der „Pflegenotstand“ ist bereits im größten Teil der Bevölkerung ein Begriff. Er wird aber außer von Betroffenen nur mit „Krankenhaus“ und „Ärzten“ assoziiert.

Inzwischen hat auch der „Zahnarzthelferinnennotstand“ nicht nur in Großstädten bedenkliche Größenordnungen angenommen.

Die „Unkenrufe“ von Kollege Chr. Nielsen vor knapp 2 Jahren (Forum 18, Sept. 87) sind nicht nur in „süddeutschen Großstädten“ längst Realität geworden, sondern der Mangel an Fachkräften und solche, die es werden wollen ist – noch regional unterschiedlich – in der ganzen Republik spürbar. Jeder Kollege, der auf ein Inserat noch mehrere ernsthafte Bewerbungen erhält, kann sich glücklich schätzen.

Der „Verteilungskampf“ (dies schreckliche Wort kennen wird doch irgendwoher ...) um die Zahnarzthelferinnen hat

längst begonnen. Letzter von mir gesichtete Auswuchs sind 2000,- DM „Kopfgeld“ für ein junges Mädchen, das gewillt ist, Zahnarzthelferin zu werden! (SZ März 89). Es gibt inzwischen viele Kollegen, die zumindest zeitweilig ganz ohne Assistenz arbeiten müssen.

Die Ursachen hierfür sind sicher vielfältig.

Neben den bekannten demographischen Daten (Geburtenschwache Jahrgänge bei größerer Zahnarztpraxenzahl) hat die Zahnärzteschaft es versäumt, das Berufsbild der Zahnarzthelferin aufzuwerten und attraktiv zu erhalten. Restriktiv eingeengte Tätigkeitsfelder, fehlende Perspektiven für eigenverantwortliche Aufgaben, fehlende Aufstiegsmöglichkeiten, schlechte Bezahlung, lange Arbeitszeiten bei häufig nicht ausgeglichenen Überstunden und autoritäre Praxisführung werden von den Zahnarzthelferinnen als Hauptgründe für ihre Unzufriedenheit angegeben. Die Folgen davon sind eine große Fluktuation in andere Berufe, Abwanderung in artverwandte Tätigkeiten bei Krankenkassen und Versicherungen (geregelt, freizeitfreundliche Arbeitszeiten, bessere Bezahlung) und immer weniger Nachwuchs (ein ausgeprägtes Negativ-Image bei den Berufsberatungsstellen verschärft dies noch!).

Und dies alles zu einer Zeit, in der qualifizierte Mitarbeiterinnen immer dringlicher und notwendiger sind, wollen wir den Anforderungen und Mög-

lichkeiten einer modernen Zahnmedizin gerecht werden.

Der Zahnarztthelferinnen-Beruf ist eigentlich eine abwechslungsreiche, vielseitige und verantwortungsvolle Tätigkeit (wenn der Chef es erlaubt). Schauen wir uns doch nur die Überschriften der Themenkomplexe an, die in der ab 1. August gültigen neuen Ausbildungsordnung für Zahnarztthelferinnen enthalten sind:

1. Kenntnisse über das Gesundheitswesen und die Zahnarztpraxis
2. Arbeitsschutz, Umweltschutz und rationelle Energieverwendung
3. Maßnahmen der Arbeits- und Praxishygiene
4. Anwenden und Pflegen medizinischer Geräte und Instrumente in der Zahnarztpraxis
5. Anwenden von Röntgenstrahlen
6. Betreuen und Beraten von Patienten
7. Hilfeleistung bei Zwischenfällen
8. Ausführen begleitender Maßnahmen bei der Behandlung unter Anleitung und Aufsicht des Zahnarztes
9. Durchführen von Arbeiten im Zahnarztlabor
10. Grundwissen über Arznei- und Hilfsmittel
11. Anwendung medizinischer Fachausdrücke und Grundkenntnisse über Krankheiten
12. Anatomie, Physiologie und Pathologie
13. Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen
14. Organisation der Praxisabläufe
15. Durchführung des Abrechnungswesens einschließlich Textverarbeitung
16. Durchführen von Verwaltungsarbeiten
17. Umgehen mit Bestimmungen der Sozialgesetzgebung (aus ZM 6/89)

Eine gute Zahnarztthelferin vereinigt in sich Fähigkeiten aus mindestens acht anderen Berufen, nämlich medizinisch-pflegerische Fachfrau, Hygienikerin, Verwaltungsangestellte, Röntgenassistentin, Zahntechnische Handwerkerin, Sozialarbeiterin, Rettungsdienstlerin und Sekretärin. Das alles für ein tarifliches Gehalt von 1704,- DM im ersten Berufsjahr und **2500,- DM im 20. Berufsjahr!**

Ich höre schon das Stöhnen: „Wir haben schon genug Unkosten bei immer mehr Honorareinschränkungen!“ Richtig! Aber Kostendämpfung beim Personal zu beginnen ist sicherlich der absolut falsche Ansatz.

Im Gegenteil, wir müssen was für unsere Mitarbeiterinnen tun, damit diese ein gesundes berufliches Selbstbewußtsein entwickeln, sich an befriedigenden Perspektiven orientieren und andere junge Mädchen für diesen Beruf motivieren können. Und das muß uns auch etwas *wert* sein. Sonst sägen wir uns den Ast ab, auf dem wir sitzen. Unsere Leistungen werden nämlich schlechter oder unmöglich, wenn wir keine oder inkompetente Mitarbeiterinnen haben. Die Investitionen im Personalbereich sind jetzt sicher wichtiger und zukunftssicherer als die Anschaf-

fung neuer Geräte oder sogenannter Praxisimmobilien. Voll steuerlich absetzbar sind sie auch.

Was ist noch zu tun?

Im individuellen Bereich z.B. den Mitarbeiterinnen kostenfreie, nicht urlaubsbelastende Fortbildungen zu ermöglichen. Den eigenen Praxisstil zu überdenken, sich der Kritik des Personals stellen, ohne daß dieses gleich Sanktionen fürchten muß. Gemeinsames Erarbeiten neuer Konzepte in der Praxis (Prophylaxe, Patientenbetreuung, Kinderzahnheilkunde, etc.). Warum nicht auch Teamsupervisionen, wie es in anderen unternehmerischen Bereichen längst üblich ist. Auch eine „Qualifizierung“ der (Sprechstunden-)HILFE in „Mitarbeiterin“ verändert das Klima! (oder wollen Sie „zahnärztlicher Helfer im Gesundheitswesen“ genannt werden?)

Im Bereich der Zahnärzteschaft (Kammern, KZV, BDZ, DAZ, FVDZ) müssen die vorhandenen Aktivitäten (Reaktivierungskurse, Fortbildungskurse) ausgebaut und verbessert werden. So muß es doch möglich sein, sich berufsbegleitend zur ZMV oder ZMF weiterbilden zu können.

Außerdem sind dringend durch Bestands- und Bedarfsanalysen realistische Daten zu ermitteln, die Gründe für die Unzufriedenheit zu klären und dagegen zu wirken. Professionelle Image- und Motivierungskampagnen müssen den Analysen folgen. Wenn das Zahnheil-

kundengesetz und die Berufsordnungen sinnvollen Verbesserungen des Berufsbildes und Images der Zahnarthelferin entgegenstehen, sollte zumindest auch denkbar sein, diese zu novellieren.

Auch im kleineren Bereich der örtlichen Kollegenschaft könnte einiges möglich sein, wenn uns nur erstmal klar geworden ist, daß wir auch von den Zahnarthelferinnen abhängig sind und diese nicht nur von uns und unseren Gehaltszahlungen!

Eine organisierte Veranstaltung, auf der sich Mitarbeiterinnen mehrerer Praxen treffen, um sich über positive und negative Aspekte ihres Berufes auszutauschen und/oder auch Fortbildung zu machen, kann auch für uns relativ bald spürbare Effekte haben.

Es gibt sicherlich noch vieles darüber zu sagen und auch zu erfinden. Ich möchte mit dem Artikel ein kommendes Problem mehr in den Mittelpunkt bringen und zur Diskussion anregen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Knut Krützmann

Wagmüllerstr. 21

8000 München 22

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK:

Zielgruppengerechte Prophylaxe

Wege zur Realisierung effizienter Gruppenprophylaxe nach § 21 GRG (Stand 11.2.1989)

Am 11. Februar 1989 beschäftigte sich die „Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe“ in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde intensiv mit dem Thema „Zielgruppengerechte Prophylaxe - Wege zur Realisierung effizienter Gruppenprophylaxe nach §21 GRG“, zu dem der Vorstand der AG das im folgenden abgedruckte Papier erarbeitete. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde begrüßt das schlüssige Konzept zur Realisierung einer effizienten Gruppenprophylaxe.

Da die Individualprophylaxe nach Willen des Gesetzgebers erst mit dem 12. Lebensjahr einsetzt, galt es Wege zu finden, den Risikogruppen, die genauer beschrieben werden, eine Intensivbetreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe teilwerden zu lassen. Das Konzept sieht Reihenuntersuchungen vor und ermöglicht dem Jugendzahnarzt die Behandlung.

Es ist zu hoffen, daß das Arbeitspapier Eingang findet in die Ausgestaltung des §21 GRG. Bevor Kritik an den Ausarbeitungen der wissenschaftlichen Ar-

beitsgemeinschaft durch unsere Standesführung einsetzt, sei die Frage erlaubt, warum beispielsweise der Vorsitzende des Ausschusses für vorbeugende Zahnheilkunde der Bundesärztekammer an der Sitzung der AG am 11. Februar 1989 nicht teilgenommen hat.

1. Adressaten

- Spitzenverbände der GKV
- Landesarbeitsgemeinschaften Zahngesundheits
- Sozialministerien der Bundesländer
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

2. Maßnahmen

2.1 Mit Eintritt in den Kindergarten erhalten Kinder in ihrer Gruppe „4-6mal pro Jahr eine Basisprophylaxe gemäß Abs. 1 der Grundsätze des DAJ vom 2.11.1988

2.2 Die in den Grundsätzen des DAJ festgelegten Maßnahmen

- Ernährungsberatung
- Mundhygiene (und als Angebot)
- Fluoridierung

Gesunde Zähne



Zymafluor[®]

Dosierungs-Tabelle

Altersgruppen	täglich 0,25 mg	täglich 0,7 mg	täglich 1,0 mg
0 bis 1 Jahr	○		
2 bis 3 Jahre	○ ○		
4 bis 5 Jahre		○	
ab 6 Jahre bis einschl. Erw.			○

Zusammensetzung: Zymafluor 0,25 mg: 1 Tablette enthält 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). Zymafluor 0,7 mg: 1 Tablette enthält 1,548 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,7 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg: 1 Tablette enthält 2,210 mg Natriumfluorid (entsprechend 1 mg Fluorid). **Indikationen:** Zur Vorbeugung gegen Zahnkaries. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. **Nebenwirkungen:** Wird eine höhere als die empfohlene Dosis über einen längeren Zeitraum (Monate) eingenommen, kann es zu einer fleckigen Veränderung des Zahnschmelzes kommen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium- und Magnesiumverbindungen wie auch die gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid.

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Die Dosierung ist abhängig vom Fluoridgehalt des Trinkwassers und vom Lebensalter des Kindes. Soweit nicht anders verordnet, ist folgende Dosierung einzuhalten: Säuglinge und Kinder mit 1 Jahr: Täglich 1 Tablette Zymafluor 0,25 mg, Kinder mit 2 und 3 Jahren: Täglich 2 Tabletten Zymafluor 0,25 mg, Kinder mit 4 und 5 Jahren: Täglich 1 Tablette Zymafluor 0,7 mg, Kinder ab 6 Jahren und Erwachsene: Täglich 1 Tablette Zymafluor 1 mg. Die angenehm schmeckenden Tabletten soll man langsam im Mund zergehen lassen, am besten nach dem abendlichen Zähneputzen; sind die Kinder dazu noch zu klein, sollen sie die Tabletten kauen oder einfach schlucken. **Handelsformen und Preise:** Zymafluor[®] 0,25 mg 250 Tabletten DM 7,60; 1000 Tabletten DM 18,43; Zymafluor[®] 0,7 mg 250 Tabletten DM 10,45; 1000 Tabletten DM 25,60; Zymafluor[®] 1 mg 250 Tabletten DM 12,45; 1000 Tabletten DM 27,95; Stand: April '89

werden ergänzt durch 1-2 mal pro Jahr stattfindende

- Reihenuntersuchungen

2.31 Diese Reihenuntersuchungen dienen der Beantwortung folgender Fragestellungen:

- Ist das Kind kariesfrei/saniert?
- Ist das Kind behandlungsbedürftig?
- Gehört das Kind zur Kariesrisikogruppe (s.u.)?

2.32 Die Reihenuntersuchungen

- werden dokumentiert
- sind entsprechend den Erfordernissen des Datenschutzes auszulegen
- erfüllen die Anforderungen an die zahnärztliche Hygiene.
- Die Ergebnisse sind den Eltern mitzuteilen

2.4 Aus epidemiologischen Untersuchungen geht hervor, daß der Kariesbefall in der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt ist. Insgesamt gesehen entfallen etwa 70 % aller von Karies befallenen Zähne/Zahnflächen auf eine kleine Gruppe von nur 30 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Diese werden als „Personen mit einem erhöhten Kariesrisiko“ bezeichnet und sind durch basisprophylaktische Maßnahmen allein nicht ausreichend zu schützen. Sie bedürfen vielmehr einer „zusätzlichen intensiven prophylaktischen Betreuung“ innerhalb der Gruppenprophylaxe.

2.41 Als Kriterien für die Einstufung in die „Risikogruppe“ schlägt die Ar-

beitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe folgende klinischen Befunde vor:

- Ein nicht mehr naturgesundes Gebiß (dmf-t 0) im Alter von 3 Jahren (Kindergartenalter)
- Mehr als 8 dmf-Flächen im Alter von 6-7 Jahren (Einschulung)
- Glatflächenkaries an bleibenden Zähnen im Alter von 10-11 Jahren (Eintritt in die Orientierungsstufe)

dmf-t (s)-Wert

International gebräuchlichster Karies-Index. Er bezeichnet die Anzahl der kariösen (d=decayed), fehlenden (m=missing) und gefüllten (f=filled) Zähne (t=teeth) oder Zahnflächen (s=surfaces).

2.42 Personen mit erhöhtem Kariesrisiko erhalten als Angebot eine zusätzliche „Intensivprophylaxe“

Diese findet in Abständen von 2 Monaten statt und beinhaltet:

- auf das Kind / den Jugendlichen abgestimmte Ernährungsberatung
- auf das Kind / den Jugendlichen abgestimmte Mundhygieneinstruktion
- Durchführung einer Zahnreinigung unter professioneller Anleitung
- Intensive Fluoridanwendung

3. Ausführende

3.1 Basis- und Intensivprophylaxe innerhalb der Gruppenprophylaxe werden in geschulten und die Kontinuität der Betreuung sicherstellenden Prophylaxeteams geleistet.

Zu einem derartigen Team gehören

1. Ein vollzeitbeschäftigter Zahnarzt
2. Eine vollzeitbeschäftigte Prophylaxehelferin
3. Zwei halbtags beschäftigte Zahnarthelferinnen

3.2 Die Prophylaxetätigkeit wird bei den zuständigen Stellen (Kommunen, LAG's ...) *vertraglich abgesichert*.

3.3 *Anstellung* finden sollen Zahnärzte/Zahnarthelferinnen, die auf die Realisierung des o.a. Konzeptes verpflichtet werden.

Dabei ist darauf zu achten, daß der IST-Zustand der örtlichen Jugendzahnpflege analysiert und bewährte Strukturen erhalten bleiben, so daß derzeit in der Jugendzahnpflege Tätige (Zahnärzte des ÖGD, niedergelassene Zahnärzte und ihre Helferinnen) eine Einbindung erfahren.

3.4 Die *Arbeitsplätze* der Prophylaxeteams sind so auszustatten, daß an einzelnen Nachmittagen im Rahmen der Intensivprophylaxe auch zahnärztliche Behandlungsangebote ergehen können. Intensivprophylaxe ohne Sanierung in besonders schwierigen und zeitaufwendigen Fällen bleibt Stückwerk!!

3.5 Für die Gruppenprophylaxe bei *Behinderten* gelten besondere Regeln der Betreuung. Die Zusammenarbeit mit Pädiatern, Logopäden, Allgemeinärzten und Krankengymnastinnen ist hier besonders dringlich.

4. Geschätzte Kosten

4.1 *Personalkosten*

Als Basis für eine Kostenschätzung kann – unbeschadet inhaltlicher Differenzen der Programme – ein Abrechnungsmodell herangezogen werden, wie es seinerzeit von Pfeiffer in der Zeitschrift Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1/83 (siehe Anlage 1) vorgetellt wurde.

In diesem Modell wird 60.000 Einwohnern 1 Prophylaxeteam zugeordnet; die jährlichen Kosten belaufen sich auf ca. DM 200 Millionen.

Das Modell und seine Grundlagen bedürfen allerdings noch einer eingehenden Diskussion und einer Überprüfung der Umsetzungsmöglichkeiten in die Praxis.

4.2 *Sonstige Kosten*

Sonstige Kosten entstehen dadurch, daß Behandlungsmöglichkeiten für die Teams geschaffen werden sollen.

Unter der Voraussetzung, daß für jedes Team ca. 200.000,- DM anfallen, bedeutet dieses Anfangsaufwendungen in Höhe von maximal ebenfalls ca. 200 Millionen DM.

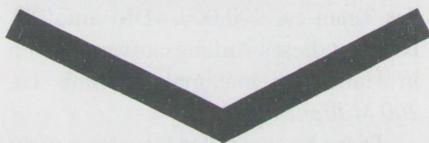
Diese Kosten fallen allerdings nicht auf einmal an, da augenblicklich in der Bundesrepublik Deutschland nicht genügend qualifiziertes Personal für eine effiziente Jugendzahnpflege zur Verfügung steht. Entsprechend langsam entwickeln sich auch die Kosten für die im GRG für die Altersstufe der 12–20-Jährigen vorgesehene Individualprophylaxe. Ohne das Volumen der für die Prophylaxe insgesamt zur Verfügung ste-

henden Mittel zu überschreiten (laut GRG 200 Millionen für Gruppenprophylaxe und 325 Millionen für Individualprophylaxe), dürften daher allein durch Umschichtungen eines Teiles der für die Individualprophylaxe vorgesehenen Mittel auf die Gruppenprophylaxe entsprechende Möglichkeiten der Finanzierung bestehen.

5. Qualifiziertes Personal

Es müssen Möglichkeiten für die Ausbildung qualifizierten Personals geschaffen werden. Dieses ist in der Bundesrepublik gegenwärtig weder auf der Seite der Zahnärzte noch der Hilfskräfte in ausreichendem Maße vorhanden.

Die Einrichtung von Lehrstühlen/Abteilungen für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe an den Universitäten ist in diesem Zusammenhang eine absolute Notwendigkeit.



*Die Instinktilongkeiten des
FVDZ haben uns Zahnärzten
viel Sympathien gekostet!
Wir brauchen Freunde!*

Darum:



Auswirkungen des Verzehrs von Käse auf Demineralisation und Reminerali- sation und auf den approximalen Pla- que - pH - Wert

Jensen, M. E.; Wefel, J. S.

*An fünf freiwilligen Probanden wur-
den De- und Remineralisation künstlich
erzeugter Kariesläsionen sowie inter-
proximale Plaque - pH - Werte beim
bzw. nach dem Verzehr von zwölf Käse-
sorten ausgewertet. Es zeigten sich in
allen Fällen qualitative Hinweise auf
eine Remineralisation, und zwar sowohl
im Kronen- als auch im Wurzelbereich.
Während sich in den Kontrollsektionen
die Läsionen vergrößerten, gingen sie
in der experimentellen Gruppe zurück.*

*Die Plaque - pH - Werte wurden mittels
Glas - pH - Mikroelektrode drahttele-
metrisch während einer Spülung mit
Zuckerlösung sowie während nachfol-
gendem Käsekonsum und erneut nach-
folgendem Spülen mit Zuckerlösung ge-
messen. Dabei zeigte sich, daß nach
Käsekonsum keiner der zuckerinduzier-
ten Säureangriffe den pH-Wert unter
5,7 drückte.*

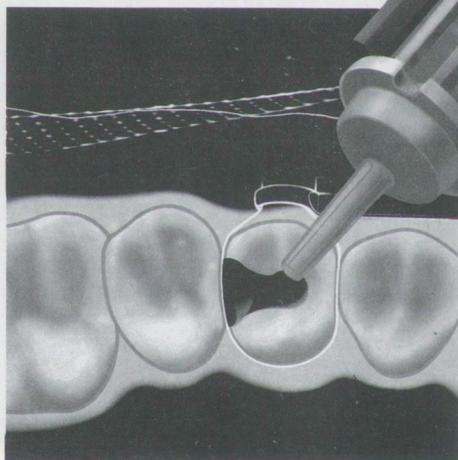
*Daraus kann gefolgert werden, daß
alle getesteten Käse antikariogen wir-
ken, da sie die Säurebildung verhindern
oder vermindern und die Remineralisa-
tion, z. T. signifikant, steigern.*

ORCA-Kongreß, Anger 1988

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 

Quecksilbervergiftung durch Amalgam

Leitsymptom: Kopfschmerzen

M. Dauderer

Der DAZ hat mit Interesse die folgenden Ausführungen des Münchener Toxikologen Dr. med. habil. M. Dauderer im Forum des Praktischen und Allgemein-Arzt 28 (1989) Nr. 3 zur Kenntnis genommen, die mit Einverständnis des Autors hier ungekürzt wiedergegeben werden. Selbstverständlich sind allein aus der Tatsache, daß es u. E. fragwürdig erscheint, in Zeiten mannigfacher Verschmutzungen von Luft, Wasser und Nahrungsmitteln diffuse Beschwerden von Patienten allein den Amalgamfüllungen anzulasten, Zweifel angebracht. Doch sollte die Zahnärzteschaft diese Erkenntnisse zum weiteren Anlaß nehmen, sich mit der Frage der Toxizität von Amalgamen ernsthafter und intensiver als bisher zu beschäftigen.

Zahnärzte werden seit vielen Jahren mit den Beschwerden von Patienten mit Amalgamfüllungen konfrontiert. Da die Quecksilberwerte nur in den ersten Tagen nach Einsetzen der Füllungen mit 5 – 40 µg/l im Urin erhöht waren und dann wieder deutlich sanken, dachte man dabei lediglich an Überempfindlichkeitsreaktionen.

Eine Reihe von Patienten gab jedoch in der Anamneseerhebung sehr exakt an, daß Monate bis Jahre nach Einsetzen mehrerer Amalgamfüllungen eine Leidensgeschichte begann, die nach Einsetzen weiterer Füllungen oder nach spätestens 10 Jahren deutlich schlimmer wurde. – Dies bezieht sich nicht nur auf Patienten mit zusätzlichen Gold- oder anderen Metallprothesen, bei denen man schon allein aufgrund der elektrochemischen Reaktionen mit unangenehmen lokalen Reaktionen und mit einer erhöhten Metallresorption rechnen muß. Auch nach Entfernen der Amalgamfüllungen besserten sich die

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 

Beschwerden erst nach Jahren. Wir berichten hier von 200 Patienten, die 1–22 Füllungen im Mittel seit 8 Jahren hatten. Die deutlichen Beschwerden setzen etwa im 6. Jahr ein.

Amalgam

Amalgame entstehen durch Vermischen etwa gleicher Gewichtsanteile von Legierungspulver und Quecksilber.

Zusammensetzung des Legierungspulvers:

Ag:	min.	40 %
Sn:	max.	32 %
Cu:	max.	30 %
Hg:	max.	3 %
Zn:	max.	2 %

(Angaben in Masseprozent).

Die erhärteten Amalgame bestehen vorwiegend aus den Ausgangsphasen Ag_1Sn , Cu_1Sn und häufig Cu/Ag Eutektikum sowie den Reaktionsphasen Ag_1Hg_1 und Cu_5Sn_6 und keinem oder nur geringstem Anteil der $Sn-IIg$ -Phase.

Sowohl beim Füllen als auch beim Entfernen der Amalgamfüllungen kommt es zur verstärkten Freisetzung und Organspeicherung aller Metalle und damit zur chronischen Vergiftung.

Leitsymptome

Kopfschmerzen (migräneartig) – am häufigsten (85 %)

Schlafstörungen · Gedächtnisstörungen · Nervosität · Tremor · Depression · Gastritis · Colitis · Infektanfälligkeit · Allergie.

Besonders stark betroffen sind nervöse Patienten, die auf Nervengifte besonders stark reagieren und Patienten mit Neigung zu vasoaktiven Kopfschmerzen.

Im Gegensatz zu akuten Quecksilbervergiftungen tritt in den ersten 10 Jahren keine verlängerte Nervenleitgeschwindigkeit und keine Niereninsuffizienz zutage. Über ein möglicherweise erhöhtes Krebsrisiko, embryotoxische und teratogene Effekte gibt es keine Untersuchungen.

Differentialdiagnostisch muß eine andere Quecksilbervergiftungsquelle eruiert werden, wie z.B. Meeresfrüchte-Konsum in extremem Maß (Thunfisch, Krabben, Muscheln).

Wirkungscharakter

Absorbiertes Quecksilber wird hauptsächlich an Sulfhydrylgruppen von Proteinen gebunden. Die Aufnahme ins Gehirn geschieht zwar langsamer als ins übrige Gewebe, erreicht jedoch hier die höchsten Werte und hat im Gegensatz zur biologischen Halbwertszeit von 70 Tagen hier eine Halbwertszeit von 18 Jahren. Nur ein geringer Teil des resorbierten Quecksilbers wird über Niere und Darm ausgeschieden, der Rest geht in die Depots, von denen das ZNS klinisch besonders relevant ist.

Selbst nach Entfernen der Amalgamfüllungen werden sich daher ohne Mobilisation die vorhandenen Vergiftungssymptome nur außerordentlich langsam bessern. In behandelten Fällen

verschwand u.a. eine Migräne nach ca. 4 Monaten völlig.

Wirkung von DMPS

DMPS senkt im Gegensatz zu allen früheren Komplexbildern die Konzentration des im Gehirn angereicherten Quecksilbers, auch wenn die Ausgangs-Blut- oder Urinwerte im Normbereich liegen (Norm bis 4 µg/l im Urin). Die Wirkung besteht nur extrazellulär, daher ist eine Entgiftung nur auf dem Wege der Diffusion möglich.

Wenn nach der Gabe von DMPS (1 Amp 250 g i.v.) der Wert im Urin auf über 50 µg/l ansteigt, ist dies ein sicherer Beweis für die Anreicherung in den Organen wie im Gehirn. Die Elimination kann fraktioniert – z.B. alle 4 Wochen – erfolgen. Die Therapie kann auch viele Jahre nach Entfernen des Amalgams nötig sein. Nach wiederholter DMPS-Gabe ist die Substitution von Zink-Aspartat und evtl. Eisen nötig.

Nachweis

Mobilisationstext

- Spotanurin asservieren für Hg-Untersuchung
- 4 mg/kg KG DMPS i.v. (Dimaval®) (Kinder 10 mg/kg KG als Kapsel oral)
- ca. 20 ml der nächsten Urinproduktion asservieren, auf Hg, Cu und Su untersuchen.

Wiederholung ist empfohlen:

- bei Werten >100 µg/l vierwöchentlich
- bei Werten >50 µg/l vierteljährlich
- sonst nach 6 Monaten

- bei Werten >1000 µg/l wird empfohlen, wöchentlich eine Kapsel einnehmen zu lassen.

Toxizität

Gefährlicher als enge, tiefe Füllungen sind großflächige occlusale Defektdeckungen. Eine große Amalgamfüllung führt pro Jahr Verweildauer bei Mobilisation zu Werten von 40 µg/l im Urin. Bei über 50 µg/l nach Mobilisation treten erfahrungsgemäß neurologische Störungen wie Kopfschmerzen und Neurasthenie auf.

Über 10 Füllungen (→ bis 2565 µg/l Hg nach DMPS) führten in der Regel zu quälenden Beschwerden.

Umwelttoxikologie

Mindestens 13 % des Quecksilbergehaltes im Abwasser stammt aus Zahnarztpraxen (Berlin). 1100 Zahnarztpraxen in Hamburg setzen jährlich 0,4 l Quecksilber in die Abwässer frei.

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu einer nicht aussagekräftigen Spontanbestimmung im Blut oder Urin, die stets unauffällig ausfällt, mißt man je nach Anzahl, Oberfläche und Verweildauer der Amalgamfüllungen die chronische Quecksilberspeicherung nach einer einmaligen Mobilisation mit DMPS. Es wurden Werte bis zu 2565 µg/l im Urin gefunden. Bei einer Urinkonzentration nach Mobilisation von über 50 µg/l können typische neuro-

logische Beschwerden auftreten, von denen migräneartige Kopfschmerzen die häufigsten sind. Die Beschwerden sind durch wiederholte Antidotgaben im Intervall zum Verschwinden zu bringen. Die Krankenkassen zahlen nach Messung der Giftkonzentration im Speichel durch die Mobilisation und entsprechenden Vergiftungssymptomen den Austausch in Goldinlays. Da Quecksilber bei Verarbeitung und Entsorgung ebenfalls toxikologisch bedenklich ist, ist eine Vermeidung wesentlich günstiger.

Ausblick

Amalgame sollten heute nicht mehr eingesetzt werden. Bei einer größeren Anzahl älterer Füllungen und Kopfschmerzen sowie Nervosität sollte auch nach Amalgamentfernung noch ein DMPS-Mobilisationstest durchgeführt und evtl. eine anschließende Therapie angesetzt werden.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Max Dauderer, Internist
Weinstrasse 11
Tel: 089/293232
8000 München 2*

Fluorose nach Fluoridtablettenanwendung

*von der Fehr, F. R.; Larsen, M. J.;
Bragelien, J.*

Die Autoren untersuchten das Vorkommen von Fluorose bei Kindern, die lebenslang Fluoridtabletten bekommen hatten. Dabei handelte es sich um Kinder aus Lillehammer in Norwegen, die seit 1975 vom sechsten Lebensmonat an kostenlos mit den Tabletten versorgt wurden. Die Dosierung betrug 0,25 mg F im ersten Lebensjahr, 0,5 mg F bis zum siebten Lebensjahr, 0,75 mg F bis zum zwölften Lebensjahr und 1 mg F danach. Der Gebrauch von fluoridierten Zahnpasten ist üblich.

Untersucht wurden 75 regelmäßige Tablettenverwender und 16 Kinder die die Tabletteneinnahme regelmäßig verweigerten. 33 Kinder aus der Fluoridgruppe (44%) wiesen eine Dentalfluorose auf, bei der Kontrollgruppe waren es zwei (13%). Das Fluorosevorkommen nahm signifikant bei denjenigen Zähnen zu, die spät mineralisieren.

35. ORCA-Kongreß, Anger 1988

Wir machen den Weg frei



Volksbanken Raiffeisenbanken

„Amalgam macht krank“?

Gedanken und Recherchen

U. Frenzel

Am Mittwoch, den 5.4.89 war in der Südd. Zeitung folgender Artikel erschienen:

Quecksilber auch in neuen Zahnfüllungen

München (Reuter) – Der Quecksilbergehalt von Amalgam-Zahnfüllungen kann nach einer jetzt veröffentlichten Untersuchung auch in neuen Füllungstypen immer noch gefährlich hoch sein. Nachdem Amalgam als Quecksilber-Ausscheider bekannt geworden war, war eine neue, angeblich unbedenkliche Sorte entwickelt worden. Der Münchner Toxikologe Max Dauderer maß jetzt aber bei Testpersonen, die sich die neuen Füllungen einsetzen ließen, Spitzenwerte von 2550 Mikrogramm Quecksilber pro Liter Urin. Der Normalwert liegt bei 0,6 Mikrogramm, Gesundheitsgefahr beginnt bei vier Mikrogramm. Dauderer untersuchte mehr als 100 Zahnpatienten, denen die Zahnärzte in erster Linie die neuen und zugleich teureren Amalgam-Füllungen, teilweise aber noch die alten eingesetzt hatten. Die in der Zeitschrift Natur veröffentlichten Testergebnisse ließen nach An-

gaben Dauderers zum Teil hochgradige Quecksilbervergiftungen erkennen, die direkt auf die Füllungen zurückgingen.

Die erschreckende Aussage dieses Artikels, den ich erst abends las, ließ mich gleich Donnerstag früh zum Hörer greifen und in der Redaktion der Südd. Zeitung anrufen.

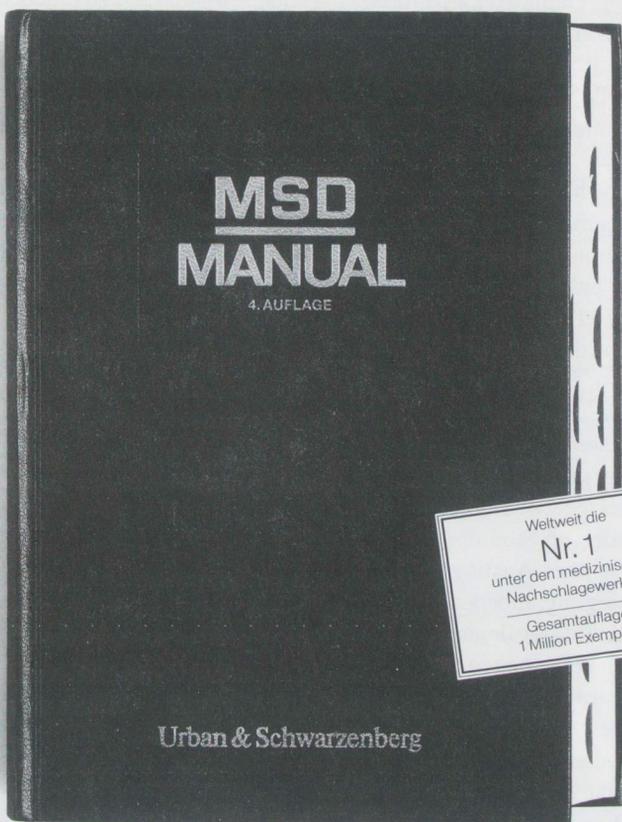
Dort wurde ich an die Agentur Reuter verwiesen.

Bei Reuter konnte ich mit dem jungen Mann, der die Nachricht weitergegeben hatte, direkt sprechen. Er bestätigte mir, daß die Zahlen korrekt seien, er habe wegen der erstaunlich hohen Werte auch zwei mal nachfragen müssen, aber Herr Dr. Dauderer habe ihm exakt diese Werte bestätigt.

Daraufhin versuchte ich den restlichen Donnerstag vergeblich, Dr. Dauderer selbst telefonisch zu sprechen, es war immer besetzt. Verschiedene Kollegen, die ich in der Sache anrief, hatten auch noch nichts von diesen neuen Untersuchungen gehört.

Vorsichtshalber legte ich an diesem Tag keine Amalgam-Füllungen.

Das neue MSD-Manual



4., neubearbeitete und erweiterte Auflage 1988

Die 4. Auflage:
1.724 Krankheitsbilder in
systematischen Kurzbe-
schreibungen aus allen Be-
reichen der Humanmedizin,

komplett neu verfaßt und
aktualisiert, identischer
Aufbau in allen 24 Kapiteln:
Ätiologie, Pathogenese,
Diagnostik, Therapie, Pro-

phylaxe, 158 einfarbige Ab-
bildungen und Tabellen,
3.060 Seiten, edles Dünn-
druckpapier, gestanztes
Daumenregister, hand-

liches Praktikerformat,
fester Kunststoffeinband,

unveränderter Ladenpreis:
nur DM 98,-

Urban & Schwarzenberg
Verlag für Medizin - München - Wien - Baltimore

Unsere Adresse: **FACKLER & WAGENBAUER**

Fachbuchhandlungen GmbH

Landwehrstraße 79 · 8000 München 2

bei der St. Pauls-Kirche

(089) 53 39 59

Am Freitag Nachmittag aber schaffte ich es, Herrn Dr. Daunderer anzurufen. Ich erklärte ihm meine Beunruhigung, die die veröffentlichten Werte ausgelöst hatten – das hieße ja, keine einzige Füllung mehr vertreten zu können.

Ja, das hieße es, bestätigte er.

Ich sagte ihm, ich hätte noch nie von so hohen Werten gehört und es gäbe doch viele Untersuchungen zu dem Thema. Darauf meinte er, auf die Werte solle man nicht so viel Gewicht legen, was wichtig sei, seien die klinischen Zeichen der Intoxikation: Kopfschmerz, Abgeschlagenheit etc.

Ob er denn diese Werte gleich nach Füllungslegung im Urin gemessen hätte – meine bisherige Meinung war (so hatten wir es auch im Studium gelernt), daß der Quecksilber-Anstieg im Urin nach Füllungslegung unbedeutend sei.

Ja, gleich nach Füllungslegung bekomme man freilich keine hohen Werte; die zitierten Werte seien 6 bis 20 Jahre nach Füllungslegung gemessen worden. Da bekomme man dann diese hohen Werte.

Da war ich nun wirklich perplex.

Aber diese Werte bekomme man nur, wenn man dazu erst das im Körper gebundene Hg aus seinen Speichern löst. Mit Hilfe eines Medikamentes, des DMPS (Dimaval) lasse sich das in den Organen gespeicherte Quecksilber entkoppeln und ausscheiden.

Aber wenn man das tut, bekommt man doch auch alles auf anderem Weg aufgenommene Hg aus dem Körper – woher will man wissen, daß es nicht zum Beispiel aus Fisch stammt?

Er als Toxikologe sei es gewohnt, genaue Anamnesen zu erheben und die Leute nach häufigem Krebs- und Fischgenuß zu fragen – nein, diese Intoxikationen stammten einwandfrei aus den Füllungen. Der Werkstoff Amalgam hätte schon vor 40 Jahren gründlich untersucht gehört, statt Versuche am Menschen zu machen. Das alles habe er aber in seinem Buch: „Handbuch der klinischen Toxikologie“ ausführlich dargelegt.

**Kollegial,
Kritisch
Konstruktiv,
Kompetent**

Darum



Also erst mal Entwarnung. Keine akuten Vergiftungen nach Amalgam-Füllungen. Der SZ-Artikel nach Reuter war völlig falsch, auch wenn die Zahlen richtig waren.

Ich fragte einen befreundeten Journalisten nach den rechtlichen Aspekten einer solchen Falschaussage, aber der meinte, daß gegen den Rechercheur nur von einem Geschädigten etwas unternommen werden könne. Und wer sollte in diesem Fall der Geschädigte sein? Etwa der Zahnarzt?

Als nächstes versuchte ich nach dem Wochenende, mir den in der Zeitschrift Natur erschienenen Original-Artikel zu besorgen (IV/89, S. 15)

Jetzt ist es bewiesen:

Amalgam macht krank

„20 Jahre lang habe ich den Zahnärzten gesagt, Amalgam sei harmlos, sie könnten die Quecksilberlegierung ruhig für Füllungen verwenden – jetzt habe ich mich selbst widerlegt“, bekennt Max Dauderer. Bei mehr als 100 Patienten hat der Münchner Toxikologe Quecksilbervergiftungen nachweisen können, deren Ursache das umstrittene Amalgam ist. Nach sorgfältiger Prüfung ist der Arzt, Verfasser mehrerer Standardwerke über Toxikologie, mit seinen neuesten Erkenntnissen an die Öffentlichkeit getreten.

Bisher hatten die Mediziner das Amalgam in Plomben als unbedenklich eingestuft, weil Urin- und Blutproben der Patienten schon wenige Tage nach der

Zahnbehandlung keine erhöhten Quecksilberwerte mehr aufwiesen. Trotzdem war immer wieder der Verdacht aufgetaucht, daß verschiedene Krankheiten und Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Migräne, Allergien, Gedächtnisstörungen, Gliederzittern und andere nervöse Störungen, auf Amalgam-Füllungen zurückzuführen seien (s. natur 5/1988).

Dauderer nahm seinen Patienten, die mit diesen typischen Beschwerden zu ihm kamen, nicht einfach Urin oder Blut ab. Der auf Vergiftungen spezialisierte Mediziner spritzte zunächst einen sogenannten Komplexbildner. Das neu entwickelte Präparat kann in den Körperorganen und vor allem im Gehirn angereichertes Quecksilber mobilisieren. Das giftige Schwermetall gelangt dadurch in die Blutbahn und wird über die Nieren ausgeschwemmt.

In Urin, der vorher keine erhöhten Werte aufwies, ermittelte Dauderer nach der Mobilisation krankhaft hohe Quecksilberkonzentrationen, und zwar bis zu 2.500 Mikrogramm pro Liter – dem 50fachen des Wertes, bei dem erste Vergiftungserscheinungen auftreten können.

Fazit: keine neuen Am-Füllungen legen, vorhandene Füllungen entfernen!?!

Aus der Sicht des Toxikologen ganz einfach.

Wir Zahnärzte bekommen damit gleich einen mehrfachen Schwarzen Peter.

Zum einen sind wir ab jetzt auch noch für die meisten ungeklärten oder unklärbaren Mißempfindungen verantwortlich,

für jedes Kopfweh, für Nervosität und Allergien.

Zum anderen wissen wir, aber auch nur wir, daß wir Am-Füllungen machen nicht aus niederen Motiven, nicht weil wir zu faul sind, ein anderes Material zu nehmen oder Tantiemen beziehen von der Industrie, sondern weil es Indikationsbereiche gibt, wo außer Gold nur Amalgam in Frage kommt.

Deshalb sollten vordringlich folgende Fragen geklärt werden:

- ist die Quecksilberkonzentration nach Entspeicherung wirklich füllungsabhängig? Haben Personen ohne Füllungen signifikant niedrigere Werte? Welche Werte haben Zahnärzte?
- sind die vorhandenen Füllungen mit Unterfüllung belegt? Sind die poliert? Sind sie korrodiert? Wie ist die Mundhygiene?
- Welche anderen Schwermetalle lassen sich auf diese oder ähnliche Weise entkoppeln und messen? In welchem Bereich liegen diese Werte?

Alles in allem ist es ja eigentlich wieder tröstlich, daß es eine Methode geben soll, nach der man den aufgesammelten Dreck – sprich Quecksilber – auch wieder loswerden kann! Daran sollten wir denken, wenn wir uns in nächster Zeit wieder den Mund fusselig reden.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Dr. Ursula Frenzel

Kidlerstr. 33

8000 München 70

Fissurenversiegelung an bleibenden ersten Molaren nach 10 Jahren

Wendt, L. - K.: Koch; G.; Institute for Postgraduate Dental Education, Jönköping, Schweden

Das Ziel dieser Studie war die Nachkontrolle von Fissurenversiegelungen bleibender Zähne bei Kindern während einer Zeitspanne von 10 Jahren. Alle komplett durchgebrochen, kariesfreien bleibenden ersten Molaren von 6–9 Jahren alten Kindern aus dem Patientenstamm eines der Autoren wurden versiegelt. Verwendet wurde der Versiegelungskunststoff Delton, der gemäß der Herstelleranleitung verarbeitet wurde.

758 versiegelte Fissuren wurden einmal jährlich nachkontrolliert. Die Beobachtungszeit lag zwischen einem und 10 Jahren. Nach 8 Jahren war bei etwa 80% der Fissuren die Versiegelung komplett intakt und die Fissur kariesfrei. Bei weiteren 16% der versiegelten Okklusalfächen fehlte der Versiegler teilweise, die Fissur war aber kariesfrei. Nach einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren wiesen nur 5,7% der versiegelten Okklusalfächen Karies oder eine Füllung auf.

Die Ergebnisse unterstreichen, daß Fissurenversiegelung eine effektive Behandlungsmethode mit einer geringen Mißerfolgsquote ist.

Swedish Dental Journal 1988;

12, 181–185

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Gesundheitsgefährdung durch Quecksilber im Amalgam

Ergebnisse einer Praxisuntersuchung

H. Simon

Die bevorstehende Gesetzesänderung über die Mindestanforderungen an das Einleiten von Abwasser in Gewässer fordert zukünftig von Zahnärzten den Einbau von Amalgamabscheidern mit 95 % Effizienz. Dies, weil Quecksilber und seine Verbindungen ökotoxisch sind. Parallel dazu besteht die akute und chronische Biotoxizität des Quecksilbers.

Da durch exakte Meßmethoden in den letzten Jahren die Gefährdung des Praxisteamts wieder verstärkt Beachtung findet, entschlossen sich neun Kollegen

aus München, ihre Arbeitsplätze auf Quecksilberdampfkonzentrationen untersuchen zu lassen. Alle Teilnehmer waren überzeugt, korrekt und verantwortungsbewußt mit Quecksilber umzugehen. Die Ergebnisse zeigten jedoch, daß in jeder Praxis zumindest *ein* hoher Belastungsort vorhanden war. Die abschließenden Diskussionen ergaben, daß sowohl im Umgang mit Amalgam und Quecksilber, bei der Entsorgung der Abfälle, als auch bei der apparativen Ausstattung Veränderungen in den einzelnen Praxen angezeigt sind.

Tabelle der Quecksilberdampfkonzentrationen

Meßmethode, Meßgerät: Goldfilm, Mercury Vapor Analysator, Modell 411
 Meßwerte: µg/cbm Luft

Meßort	Belastungs- bewertung x1			Übersicht der Meßwerte (µg/cbm Luft)								
	leicht	mittel	hoch	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Bodenbereich (Behandlungszimmer)	<5	6-12	>12	4	7	3	3	16	6	3	10	7
Textiler Bodenbereich außerhalb des Behandlungszimmers	<9	10-27	>27	-	24	126	29	45	8	28	12	-
Arbeitsplatte am Amalgammischpl.	<5	6-11	>11	6	7	9	15	95	15	10	-	24
Mischvorrichtung Amalgamator	<15	16-65	>65	11	16	2	7	19	55	4	14	45
Einfüllvorrichtung Amalgamator	<50	50-190	>190	1	27	-	170	90	90	189	45	160
Abfallbehälter am Arbeitsplatz	<5	6-11	>11	17	-	3	1	-	16	2	-	68
Sammelbehälter für Überschußam.	x2			-	140	140	193	1710	>2000	>2000	>2000	>2000
Abauganlage der Behandl.einheit	<17	18-35	>35	45	33	157	174	361	670	45	>2000	31
Raumluft i. Behandlungszimmer	x3			-	-	-	-	36	-	-	16	-

x1 Belastungsbewertung*leichte Kontamination:*

nahezu unvermeidbare Quecksilberdampfquelle

mittlere Kontamination:

leichte Abweichung von der Norm

hohe Kontamination:

ungewöhnlich hohe Quecksilberdampf-abgabe

x2 keine Bewertung, da die bisherige Vorschrift völlig ungenügend ist**x3 Maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK-Werte)**

BRD: 100µg pro cbm Luft

USA: 50 µg pro cbm Luft

UdSSR: 10 µg pro cbm Luft

Ausführliche Erläuterungen zu den Belastungsbewertungen mit Materialangaben in der Zeitschrift: Artikulator Nr. 26/1989, Seite 18-21.

Messungen durch den Rheinisch-Westfälischen TÜV zum Pauschalpreis je Praxis von 260,- DM plus MwSt.

Tel.: 0201-825 24 02

Anschrift des Verfassers:

Dr. Helmut Simon

Donaustauer Str. 25

8400 Regensburg

Verbot von Amalgam in Schweden

Schweden könnte das erste Land nach dem Willen einer von der schwedischen Regierung beauftragten Expertenkommission werden, in dem die Verwendung von Amalgam für Zahnfüllungen vorerst bei Schwangeren verboten wird. Zu einer entsprechenden Verbotsempfehlung habe sich nach Berichten des schwedischen Fernsehens die Kommission entschlossen, obwohl es nach dem Bericht keine wissenschaftlichen Beweise gebe, daß Amalgam gefährlich sei.

In den vergangenen Jahren haben tausende Schweden von Gesundheitsbeschwerden infolge einer Zahnbehandlung mit Amalgam berichtet. Die Gesundheitsbehörden haben diese Berichte aber immer wieder zurückgewiesen. Aber, so ein Beamter des Schwedischen Sozialen Wohlfahrtsausschusses in dem Fernsehbericht, allein die „Befürchtung möglicher Gesundheitsschäden rechtfertigt ein Verbot“. Besonders wird darauf hingewiesen, daß alte Füllungen keine Gefahr darstellen.

Die Zahnarztwoche 21/'88, S. 1

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

§1 Abs. 1 der Berufsordnung

Darum:



Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

*Ein Münchner
Unternehmen mit
Tradition!*

**Testen Sie unsere
Leistungsfähigkeit...**

- * im Materialverbrauch
- * im Service
- * in der Beratung (bei uns erhalten
Sie objektive Informationen!)

**... wann immer
Sie können!**

Pettenkofferstraße 4 · 8000 München 2
Telefon 089 / 5518 00-0

Ein umfassendes Untersuchungs- und Buchprojekt: Die Qualitätssicherung bei der zahnärztlichen Versorgung

K. Kimmel

Mit der erfreulicherweise zunehmenden Versachlichung der Diskussion über die Qualitätssicherung im zahnärztlichen Bereich wird auch die Notwendigkeit in steigendem Maße erkannt, ein Systemkonzept zu entwickeln, das alle relevanten Kriterien und Zusammenhänge auf der Basis einer Ganzheitsbetrachtung berücksichtigt.

Ein solches Projekt, das vor einigen Monaten zumindest noch heftiger standespolitischer Kritik ausgesetzt gewesen wäre, soll jetzt im Rahmen einer Untersuchung des Internationalen Instituts für Zahnärztliche Praxisführung in Koblenz und mit einer fachspezifischen Qualitätslehre in Buchform (Spitta-Verlag) verwirklicht werden. Als Herausgeber fungieren Prof. Dr. G.K. Siebert (FU Berlin/Leiter der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde) und Dr. K. Kimmel (IIZP-Direktor/Projektkoordinator). Bisher haben 36 Autoren aus verschiedenen Wissenschafts- und allen Fachweltbereichen zugesagt, die 48 vorgesehenen Themen zu bearbeiten.

Bis auf den ebenfalls eingeladenen FVDZ sind alle einschlägigen Verbände und sonstigen Institutionen (BDZ/KZBV, DGZMK, DAZ, VDDI, VDZI, BDDMG, DIN, BdK/BdO, BMAS u.a.) in der Autorenliste vertreten. Vom DAZ wird Dr. Nielsen (München) an diesem Projekt beteiligt sein. Für die allgemeine Qualitätslehre zeichnet Prof. Dr.-Ing. W. Geiger (TH Hannover) verantwortlich. Erfreulich ist, daß – auf Anraten des Kollegen Nielsen – das maßgebliche Mitglied des Sachverständigenrates zum Thema „Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen“ (DAZ *forum* 24/89, S. 22 ff.), Prof. Dr. Selbmann (Tübingen), für die Mitwirkung gewonnen werden konnte. Aus der Sicht unserer Patienten wird die bekannte Wissenschaftsjournalistin Rosemarie Stein (Berlin) die Situation beleuchten.

Allein schon die QS-bezogene allgemeine (z.B. DIN/ISO 9000) und fachspezifische Terminologie (Begriffe und deren Definitionen) ist eine wesentliche Grundlage für Untersuchung, Diskussion und Buch. Die heterogene Fülle der (zahn-)medizinischen, technischen, hygienischen, ergonomischen, soziologi-

schen, psychologischen, organisatorischen, rechtlichen, ökonomischen, veranlagungsbezogenen und anderen Kriterien erweist sich immer wieder als überaus problematisch, so daß es nicht verwunderlich ist, daß sich die meisten Untersucher und Autoren bisher auf verhältnismäßig wenige Sachverhalte konzentriert haben. Das vielerorts bekannte Studienhandbuch „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“, dessen Aufgaben und Ziele von Prof. Dr. R. Naujoks (Würzburg) im vorgesehenen IZP-Leitfaden aufgezeigt werden, weist in Richtung Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität schon den richtigen Weg. Ähnliches gilt für die dort zitierte Publikation „Quality Assurance“ in der Reihe „The Dental Clinics of North America“ (29, 3/1985). Überhaupt ist in den USA – mit der American Dental Association als zentraler Institution – eine wertvolle Pionierarbeit geleistet worden. Die im IZP auf Grund langjähriger Kontakte mit der ADA vorliegende US-Dokumentation macht den Löwenanteil des bisher greifbaren Materials aus.

Eines der Kardinalprobleme: die Synthese von Produkt- und Anwendungsqualität

Wenn die Qualitätssicherung zahnärztlicher und zahntechnischer Arbeitsbedingungen und -leistungen optimiert werden soll, ist eines der Hauptprobleme besser als bislang zu lösen: das Zusammenwirken von Produkt- und Verarbeitungs- bzw. Anwendungsqualität.

Einerseits ist dafür die Dentalindustrie in Kooperation mit Wissenschaft und Praxis verantwortlich und andererseits der Zahnarzt mit seinem Personal und seinen Partnern im zahntechnischen Bereich. Hier auf beiden Seiten bestmögliche Voraussetzungen zu schaffen, ist überaus schwierig.

Allein schon die für die Arbeitsmittel- und Werkstoffqualität so ausschlaggebende nationale (DIN), europäische (CEN) und internationale (ISO) Normung leidet immer wieder unter der Heterogenität der Auffassungen, Interessen und Möglichkeiten. „Europa 1992“ soll da im EG- und EFTA-Bereich zu erheblichen Fortschritten führen. Wenn man dann bedenkt, daß das für die gesetzlichen QS-Regelwerke zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zur ersten CEN/CENELEC-Tagung über die Europeanormung im medizinischen Bereich im Dezember 1988 in Brüssel ebenso wie das Bundesgesundheitsamt keinen Repräsentanten entsandt hatte (K. Kimmel in ZM 4/89), macht dies deutlich, wie groß die Diskrepanz zwischen Soll und Haben selbst bei diesen Institutionen ist. Und ohne Normung bzw. normative Regelungen kann die Qualitätssicherung der Produkte für unsere Arbeit nur Stückwerk bleiben.

Bei der Diskussion über die Qualitätssicherung muß – gerade im Zusammenhang mit der Materialgüte und der Art der Verarbeitung – die Frage nach der Qualität der Werkstoffkenntnisse gestellt werden. Obwohl Chemie und Physik in

Schule und Universitätsstudium eine große Rolle spielen, ist es um das Grundwissen und die für die Anpassung an die Entwicklung unerläßliche Fortbildung nicht gut bestellt. Im Buch wird diese Problematik von verschiedenen Seiten beleuchtet, wobei auch Zahntechniker zu Wort kommen werden, die – ob dies „lege artis“ ist oder nicht – die Werkstoffauswahl trotz der Verordnungs-pflicht des Zahnarztes sehr oft bestimmen. Neulich brüsteten sich drei prominente Dentallabor-Inhaber gegenüber dem Autor mit der Behauptung, keiner ihrer zahnärztlichen Kunden habe bisher an die Anwendung einer NEM-Legierung jemals gedacht, denn deren Verarbeitung sei doch immer noch zu kompliziert und mangelhaft. Im Legierungsteil der geplanten Publikation wird sich G. K. Siebert mit dieser Art der „Qualitätssicherung“ befassen.

Was hat der Fachhandel mit der Qualitätssicherung zu tun?

Aus der Sicht des Fachhandels wird der stellvertretende Präsident des Bundesverbandes des Deutschen Dental-Medizinischen Großhandels, Horst Dreher (Saarbrücken), das Thema beleuchten. Immer wieder kommt es auf die Beratung des Fachhandels an, wenn es um Entscheidungen für den Kauf der Arbeitsmittel und Werkstoffe geht. So ist es zum Beispiel für die Qualität der Infektionsschutz-Maßnahmen bedeutsam, daß nur Desinfektionsmittel mit gesicherter viruzider Wirkung in einer pra-

xisgerechten Zeitspanne angewandt werden. Da kommt es auf das Problem- und Verantwortungsbewußtsein der Ein- und Verkäufer an, die richtigen Präparate ins Angebot aufzunehmen und die Kunden optimal zu beraten. Generell gilt – ob über den traditionellen Fachhandel oder einen anderen Vertriebsweg – daß Billigwaren mit qualitätsmindernden und unter Umständen sogar die hygienische, technische oder chemische Arbeitssicherheit gefährdenden Eigenschaften auch in der gegenwärtigen Situation der steigenden Kosten und sinkenden Einnahmen nichts verloren haben. An anderer Stelle ist das Ergebnis der IDS '89 in Stuttgart zu behandeln, wo positive und negative Tendenzen im Sinne dieser Darlegung zu analysieren und zu bewerten sind.

Das Dental Vademekum als Wegweiser

Das von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung herausgegebene „Dental Vademekum“, das vom Institut der Deutschen Zahnärzte (Träger: BDZ und KZBV) in Kooperation mit der Gesellschaft für Konsumforschung und dem Deutschen Ärzte-Verlag zusammengestellt worden ist und im Frühsommer dieses Jahres erscheinen wird, ist schon ein wesentlicher Schritt in die Richtung Qualitätssicherung durch optimale Arbeitsmittel- und Werkstoffauswahl und -anwendung. Die von einer Expertengruppe, deren Mitglieder größtenteils

auch zu den Autoren des IIZP-Buches gehören, erarbeiteten Tabellen mit dazugehörigen Erläuterungen vermitteln wertvolle Hinweise, die allerdings durch eine weiterführende Lektüre der Werkstoffkunde-Literatur und zusätzliche Fortbildungsbemühungen ergänzt werden sollten. Alles in allem zeigt auch dieses Projekt, wie wichtig eine bessere Information und Motivation auf unserem Weg in die Zukunft sein wird. In einem IDZ-Symposium am 23. Februar 1989, das erstmals seit Jahren alle deutschen Fachwelt-Dachverbände (BDZ/KZBV, VDDI, VDZI und BDDMG) an einem Tisch vereinte, wurde auf vielfältige Weise offenkundig, was noch alles zu tun ist, die hochgesteckten Ziele einer fachwelt-überspannenden Qualitätssicherung zu erreichen.

Mit unbeirrbarer Überzeugung

Beim IDZ-Symposium im Kölner Zahnärzthehaus wurde erneut deutlich gemacht, daß das vom Autor seit Jahren vertretene Fachweltkonzept des gegenseitigen Erkennens und Anerkennens der Probleme und Leistungen eine der wesentlichen Grundlagen für eine umfassende Qualitätssicherung im Sinne einer gemeinsamen Fachweltaufgabe ist. Ich habe mich über alle Schwierigkeiten hinweg niemals beirren lassen, daß wir die Herausforderung zur Optimierung der zahnmedizinisch-zahntechnischen Versorgung auf der Basis eines gemeinsamen Systemkonzeptes annehmen müssen. Die Gesamtsituation in der

Bundesrepublik Deutschland ist doch – im Vergleich zu fast allen anderen Ländern – geradezu eine Verpflichtung, die vielseitigen Möglichkeiten auszuschöpfen. Irgendwie stellen wir uns – das gilt aber für das Ganze – immer wieder ein Armutszeugnis (im wahrsten Sinne dieses Wortes) aus, das mit unserer tatsächlichen Lage überhaupt nicht harmoniert.

Wenn von Überzeugung die Rede ist, muß zum Schluß hinzugefügt werden, daß der Mensch mit seiner individuellen Veranlagung – seinen Fähigkeiten und Unfähigkeiten, seinen Neigungen und Abneigungen – ein konsequentes normatives QS-System nicht möglich macht. Diese Erkenntnis, die in der modernen Arbeitswissenschaft zu den wesentlichen Leitlinien gehört, darf uns aber nicht abhalten, unser individuelles Optimum auf dem Weg zum (unerreichbaren) Ideal hin anzustreben.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Karlheinz Kimmel

Löhrstraße 139

5400 Koblenz

Der Zahnarzt 1912

Bemerkenswerte Zitate aus einem Vademecum aus den hinterlassenen Papieren eines alten Praktikers, erschienen im Meusser-Verlag 1912.

„Bevor sich ein junger Mann zur Wahl des zahnärztlichen Berufes entschließt, sollte eine Reihe von Forderungen geistiger und körperlicher Art erfüllt sein: Eine gewisse zielbewußte Entschlossenheit, ein ausgeprägtes sittliches Empfinden und Neigung zu handgeschicklichen, mechanisch-technischen Arbeiten sind wohl die Grundforderungen. In körperlicher Hinsicht muß unbedingt auf eine kräftige Konstitution gesehen werden; da der Beruf des Zahnarztes, oberflächlich betrachtet als leicht erscheinend, einen wirklich gesunden, widerstandsfähigen Körper verlangt, soll er auf die Dauer der ungesunden und allen Gefahren der Ansteckung ausgesetzten Berufstätigkeit standhalten.“

„Während der Jurist nach vollendetem Staatsexamen überhaupt nichts zur Ausübung seines Berufes braucht – selbst der Rechtsanwalt kann mit einem kleinen, bescheidenen Büro seine Praxis beginnen, und der praktische Arzt, sofern er nicht Spezialist ist, höchstens 100 DM für die anfänglich notwendigen Bestecke usw. zu opfern hat –, erwartet den Zahnarzt nach Absolvie-

rung seiner Studien das größte Geldopfer: Seine Einrichtung. Wie diese Einrichtung zweckmäßig zu geschehen hat, welche Geldmittel dazu erforderlich sind, das alles wird in der weiteren Folge unserer Darlegungen noch erörtert werden. Jedenfalls aber sei hier schon auf die Notwendigkeit hingewiesen, mindestens mehrere 1.000 DM zur Verfügung zu haben, um die Einrichtung möglichst gleich bar bezahlen zu können. Der Wert eines solchen Anfanges kann nicht hoch genug angeschlagen werden, denn gerade die erste Schuld ist meistens maßgebend für das ganze spätere Berufsleben. Nicht dringend, nicht eindringlich genug kann vor der Eröffnung einer zahnärztlichen Praxis gewarnt werden, die in ihrem ganzen Bestand auf der verwerflichen und folgenschweren Basis der ‚Dental-Depot-Schuld‘ aufgebaut wurde.“

„Denn zur Grundregel muß der Zahnarzt ein für alle Mal erheben: Was nicht absolut mit dem Beruf zusammenhängt, hat im Sprechzimmer nicht zu geschehen!

Ebenso deplaziert wie ein Klavier oder ein Harmonium ist eine Malerstaffelei oder gar ein Bildhauer-Modelliertisch und nichts macht auf den Patienten einen schlechteren Eindruck als ein mit allerhand Durcheinander angefülltes Operationszimmer. Auch entspricht dies keineswegs dem Ernste und den wissenschaftlichen Anforderungen des Berufes. Die Mußstunden dagegen im Laboratorium zuzubringen, ist neben dem

wenig anheimelnden Interieur dieses Raumes auch aus gesundheitlichen Rücksichten nicht empfehlenswert.“

„Es gibt Zahnärzte, die im Wartezimmer ein automatisches Musikwerk oder ein Grammophon aufgestellt haben. Es ist dies eine Sache des Geschmacks, unserer Ansicht nach aber eine solche des schlechten Geschmacks. Auf den im Zimmer befindlichen Tischen und Etagères ist im allgemeinen Lektüre zur Verkürzung der Wartezeit ausgelegt. Ebenso wie nicht Tagesblätter einer bestimmten politischen Richtung ausschließlich aufgelegt werden sollten, so ist auch hinsichtlich des Inhaltes und der Illustrationen der ausgelegten Zeitschriften ein gewisser Takt von Nöten.

Die ‚Fliegenden‘ oder ähnlichen Witzblätter sind neben der ‚Woche‘, ‚Über Land und Meer‘ und dergleichen immer noch am empfehlenswertesten, denn der persönliche literarische Geschmack des Zahnarztes ist hier durchaus nicht maßgebend, sondern die Rücksicht auf besuchende Kinder, junge Damen oder Jünglinge, die keineswegs ihr mehr oder minder entwickeltes Gelüste nach verbotener Lektüre im zahnärztlichen Wartezimmer zu befriedigen, Gelegenheit finden sollen. Auch würde seitens der Eltern jedenfalls baldigst ein Veto gegen allzu skrupellos ausgewählte Lektüre eingelegt werden.“

„Die Aufstellung einer Waschoilette im Operationszimmer ist unumgänglich notwendig. Es macht jedenfalls einen

besseren Eindruck auf den Patienten, wenn er beobachtet, wie der Zahnarzt mit wünschenswerter Gründlichkeit Seife und Nagelbürste handhabt, bevor er die Behandlung beginnt, als wenn er den Zahnarzt hinter irgendeinen mysteriösen Verschlag oder Vorhang treten sieht, von dort mehr oder weniger intensives Wassergeplätscher vernimmt, und dann doch schließlich nicht weiß, was der geheimnisvolle Vorgang hinter seinem Rücken bedeutet. Die zu benützten Handtücher – nicht das Handtuch – müssen, dies zu wiederholen ist eigentlich überflüssig, von tadelloser Beschaffenheit sein, und sollen auch nicht etwa naß und zerknüllt über irgendeiner Ecke der Toilette liegen, sondern sauber ausgebreitet auf dem dazugehörigen Handtuchhalter hängen. Stark duftende Seifen sind zu vermeiden. Es ist dem Patienten wirklich nicht angenehm, beständig in der Vorstellung zu leben, er habe ein Stück Toilettenseife im Munde statt der Finger des Zahnarztes.“

„Die Logik der Massen schätzt die Kenntnisse und Fähigkeiten des Zahnarztes fast ausschließlich nach dem Zulauf, den er hat. Der kluge Zahnarzt wird also vor allen Dingen dafür Sorge tragen, daß diese Ansicht, er sei stark beschäftigt, und habe einen großen Zulauf, sich immer fester ins Bewußtsein des Publikums eingräbt. Wer sich um die Gunst des vielköpfigen Ungeheurs ‚Publikum‘ bemüht, und dies nicht so tut, daß das Publikum hiervon absolut nichts merkt, der bemüht sich nicht nur

vergebens, er verschlechtert sogar seine Position mehr, als wenn er ruhig und tatenlos die Dinge an sich herantreten und ‚die Hoffnung auf seinen Glückstern‘ nicht sinken läßt.

Vielfach nun sind die Mittel und Wege, diesen erwünschten Eindruck des ‚beschäftigten Zahnarztes‘ zu erwecken. Aber ebenso wirksam und bedeutungsvoll, wie manche Taten in dieser Hinsicht wirken können, nicht minder förderlich, sind aber auch – Unterlassungen.

Fassen wir diese zuerst ins Auge, so soll es für den Zahnarzt eine durch nichts zu durchbrechende Regel sein, von dem Augenblicke der Praxiseröffnung an in der für die Sprechstunde festgelegten Zeit, aber auch unter allen Umständen in seiner Wohnung und sofort erreichbar zu sein. Daß er nicht etwa die Zeit, während welcher keine Patienten da sind, in irgendeinem benachbarten Cafe oder Restaurant verbringt und sich holen läßt, wenn ein Patient erscheint, versteht sich eigentlich ganz von selbst. Mit Tabak- und Alkoholdunst in Kleidern und am Körper tritt man vor keinen Patienten. Ebenso wenig aber gibt ein kluger, zielbewußter Zahnarzt dem Cafe-Publikum Gelegenheit, die Zahl der Patienten zu zählen, die im Laufe des Nachmittags seine Abberufung nötig machen, wobei oft genug das Publikum die fatale Bemerkung nicht unterdrücken wird, daß dieses ‚Holen-Lassen‘ jedenfalls ‚bestellte Arbeit‘ sei. Mit solchen Reklamemitteln zu arbeiten, ist unklug, von der Unfeinheit schon ganz abgesehen.

Ebenso unangebracht erscheint es, die freie Zeit damit zu kürzen, daß der Zahnarzt auf seinen Balkon tritt oder aus dem Fenster schaut, der gesamten Nachbarschaft und allen Vorübergehenden die Tatsache vor Augen führend, daß er ‚nichts zu tun hat.‘

„Ein weiterer, sehr wichtiger Gesichtspunkt zwingt zum sofortigen Engagement einer Assistenz, und zwar am besten einer Dame, das ist die Rücksicht auf den weiblichen Teil der Klientel. Es ist vielen Damen nicht angenehm, zum Zahnarzt zu gehen, wenn sie wissen, daß sie alleine mit ihm sind. Aber nicht jede Dame ist in der Lage, sich Begleitung mitzubringen, oder mindestens ist es bei dem großen Zeitaufwand, den die zahnärztliche Behandlung erfordert, für die Angehörigen häufig sehr lästig und störend, zum Zahnarzt als Zuschauer mitgehen zu müssen. Ist es dagegen erst bekannt, daß stets eine junge Dame anwesend ist, so pflegen nach der ersten Konsultation selbst junge Mädchen zur weiteren Behandlung alleine zu kommen. Bei der langen Zeit, die Patientinnen in nächster Berührung mit dem Zahnarzt zubringen müssen, und bei den oft nicht angenehmen Situationen, in die sie infolge starker Schmerzen usw. kommen können, wird und muß die Anwesenheit gerade einer weiblichen Assistenz von ihnen angenehm empfunden werden.

Nun ist mir gelegentlich von einem Kollegen der Einwand gemacht worden: Eine Assistentin ist wohl in der

Großstadt angebracht, im kleinen Ort ist sie für den Unverheirateten ganz unmöglich, das würde den größten Klatsch verursachen. Meines Erachtens ist dieser Einwand gänzlich unberechtigt. Der unverheiratete Kollege wird nur keinen Anlaß geben dürfen, dann würde ein eventueller Klatsch sehr bald verstummen. Er wird sich selbstverständlich nicht ein 20jähriges Mädchen hinstellen, sondern eine Assistentin, die annähernd das kanonische Alter erreicht hat,

und vor allem darf er sie nur stets mit dem nötigen Anstand und der nötigen Bestimmtheit – eben als Chef – behandeln, dann wird man nicht lange regen, und evtl. würde der Teil der Klientel, der das Angenehme der Assistenz am eigenen Leib erfahren hat, bald den Rednern entgegentreten.“

„Die Wiedergabe eigener reichster Erfahrung mußte den Verfasser zur Annahme eine seine Person deckende Anonymität veranlassen.“

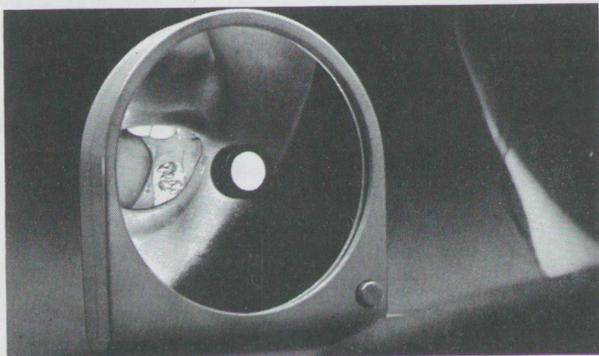
Unerläßlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht- Spiegel



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

Für Praxis und Patient!

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



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



PROFIMED GmbH

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

Twiggy's Comeback

K. Müller

Die alten 68iger erinnern sich vielleicht noch daran – spindeldürr, eckig, cool, fremdartig – so war Twiggy! Ein seltsames Produkt aus den Wäldern Skandinaviens fristete er (ja, ja!), kaum beachtet, sein Mauerblümchendasein. Auch bei mir war es keine Liebe auf den ersten Blick – die entscheidenden Vorteile zeigten sich erst bei genauerem Hinschauen. Für wenig Geld zu haben, einfach zu gebrauchen, gutmütig und anspruchslos. Das waren die Gründe, aus denen ich mich damals doch dafür entschieden hatte. Wieviele haben sich Twiggy nun schon mit Scheu, ja Angst im Herzen genähert, um dann erleichtert wieder davonzugehen. In den letzten Jahren wurde er dann etwas undicht, ließ schon mal ein Ölpfützchen unter sich und ich sah mich schon gezwungen, mich unter den molligeren Nachfolgern nach Ersatz umzusehen, als die gute Nachricht kam – Twiggy versucht ein Comeback! Wenn alles gutgeht, wird Twiggy in seiner neuen bayerischen Heimat für alle zur Verfügung stehen, die gelernt haben, für ihre Mark eine echte Gegenleistung zu erwarten.

Der norwegische Zahnarzt Laerdål, der in den späten sechziger Jahren den

Behandlungsstuhl nicht fand, der seinen ergonomisch ausgerichteten Vorstellungen entsprach, muß ein Mann von Konsequenz sein – jedenfalls ließ er es nicht bei seiner Unzufriedenheit bewenden, sondern suchte sich Partner, gründete eine Firma und begann einen Stuhl nach seinen Vorstellungen zu produzieren:

- Einfache, robuste Konstruktion
- Viel Fußraum für HelferIn und Behandler/in
- Einstellbar von der aufrechten Sitzposition bis zur ‚Kopf tief, Füße hoch‘ - Lage
- hygienische, einfache Bedienbarkeit für Behandler und Assistenz
- Optimales Herankommen an die Patienten
- Maximales Preis - Leistungsverhältnis

Es gab damals schon einen international bekannten Behandlungsstuhl, der die Wahl der Ergonomen war, den Dental - Ez. Dieser Stuhl sieht breithüftig und mollig aus und vielleicht benannte Laerdål deshalb sein Produkt nach dem berühmtesten model von damals – einer zaundürren Engländerin mit dem bezeichnenden Namen Twiggy. Der Name war aber wahrlich nicht das einzig originale an diesem Stuhl – in der Tat war Laerdål eine Menge mehr eingefallen. Am pfiffigsten war wohl seine Idee, den Stuhl und den Antriebsmotor örtlich zu trennen. Es sind ja hauptsächlich der Elektromotor und die verschiedenen Antriebe (Spindeln, Zahnstangen o.ä.), die uns den Fuß- und Knieraum unter

dem Behandlungsstuhl streitig machen. Laerdäl stellte den Motor deshalb woanders hin – wenn's sein soll auch in ein anderes Stockwerk. Der Motor treibt eine Ölpumpe und diese wieder über relativ dünnwandige und leicht zu verlegende Kunststoffschläuche die



zwei Hydraulikzylinder des Twiggy-Stuhls. Die Befehle dazu werden über einen kleinen fußgesteuerten Hebel erteilt, den Behandler/in und Assistenz gleich gut erreichen können.

Ergebnis: -- Platz!

Abfallprodukt: dieser eine Motor kann nicht nur einen Stuhl, sondern zwei, drei, vier Stühle betreiben – man mußte nur ein paar Magnetventile und Ölschläuche mehr kaufen, die Kraft des Motors reicht allemal! Den Twiggy gab's in zwei Varianten – ein Unterflurmodell, bei dem die Schläuche in einem Kanal im Boden den Stuhl erreichen. Das Fußgestell des Stuhles ist dann auch unter dem Bodenniveau verschraubt – heraus schaut nur die Hydrauliksäule, die den Stuhl trägt und bewegt. In einem Behandlungszimmer, das einen solchen ‚Twiggy‘ aufnehmen soll, muß die Möglichkeit bestehen, ein ca. 12 cm

tiefes Loch für das Fußgestell und einen ca. 4-5 cm tiefen Schlitz für die Schläuche unterzubringen. Die andere Variante war nicht so elegant, weil eine gewichtige Bodenplatte und ein Hüllschlauch für die vier zu- und abführenden Antriebsschläuche notwendig waren.

Dafür war diese Variante durch einfaches Hinstellen des Stuhles nachrüstbar. Wir haben in unserer Praxis seit 14 Jahren Twiggy-Stühle. Drei davon werden von einem Motor und zwei weitere von einem anderen angetrieben. Ein einziges Mal standen drei Stühle zwei Stunden lang still, bis wir in der Mittagspause dazukamen, einen Hydraulikschlauch wieder festzuschrauben, der abgegangen war. Es leuchtet wohl jedem ein, daß ein Behandlungsstuhl ohne Pumpe und Motor für weniger Geld zu haben sein muß, also mit – bei uns waren's damals ca. 1400,- DM pro Stuhl. Wenn man sich dafür auch noch mehr Platz einhandelt, ist das kein schlechter deal!

Die Rückenlehne des Twiggy ist dünn. Das liegt einmal an Laerdäls Geiz (magere Polsterung kostet weniger), zum anderen an seinem Wunsch, nicht durch die Stuhllehne vom Operationsfeld

abgehalten zu werden. Das führt dazu, daß es weichere Behandlungsstühle gibt, aber auch dazu, daß es höchstens noch einen anderen Stuhl gibt, der einen auf dem Weg zur Arbeit genausowenig aufhält. Es ist wohl auch kein Zufall, daß auch dieser aus Skandinavien stammt.

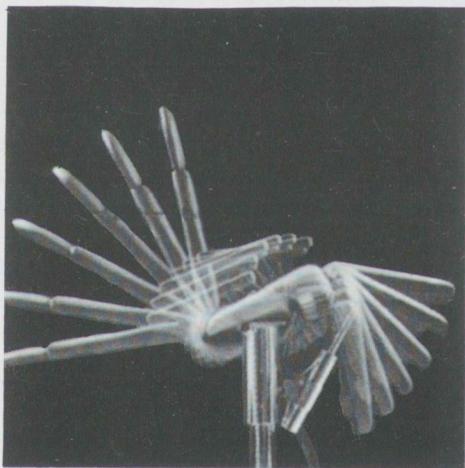
Die Steuerung ist nichts für Anspruchsvolle – es gibt keine speicherbaren Behandlungspositionen, kein automatisches Anfahren von Endstellungen. Dafür muß man keine unhygienischen Fingerschalter bedienen, kann die Stuhlposition ohne Hinzuschauen mit einer Fußbewegung korrigieren. Die Aussteige-Position weiß Twiggy auswendig, er fährt sie auf Knopfdruck (*Fußbedienung naturalmente!*) automatisch an. Will man ihn dabei unterbrechen, bedient man den ‚Notstöpsel‘, den ich nur erwähne, weil es so ein schönes Wort ist. Die Aussteige-Position (senkrechte Rückenlehne, senkrechte Fußstütze – die Patienten sitzen wie im Küchenstuhl) ist für manche Behandlungssituationen (*B i ß n a h m e n*, Röntgen, Gespräche, bei denen Patienten sich nicht ‚unterlegen‘ fühlen sollen) gut zu gebrauchen.

Ist manchmal die Rückenlehne zu lang (*Kinder*),

lassen sich die oberen 35 cm abnehmen – man kommt dann aus 12.° leichter an sie heran. Die Kopfstütze ist ein verschiebbares keilförmiges Nackenpolster (*schöne Grüße von Schön!*), mit dessen Hilfe sich auch extreme Überstreckungen für die OK-Behandlung erreichen lassen, wenn man sich traut. Die rechte Armlehne kann man wegklappen, was manchmal praktisch ist (*besonders korpulente Patienten, Gebrechliche oder Behinderte*).

Natürlich hat ein solcher Stuhl nur Sinn, wenn man auf die sogenannte Helferinneneinheit verzichtet, d.h. auf das Hygienemonster Speischale und was sonst noch angeblich auf der linken Seite benötigt wird und die Helferinnen daran hindert solche zu sein. Welche Konzepte man auch immer für richtig halten mag: die Helferin muß Platz haben, der Absaug Schlauch gehört nach 12.° (*ce-terum censeo!*), die Speischale wird durch den Speitrichter ersetzt, von der eingesparten Zeit (*„kann ich mal umspülen?“*) kann man alle drei Jahre eine Woche Urlaub machen.

OK – warum erzähle ich das alles? Der alte Laerdäl hat sei-



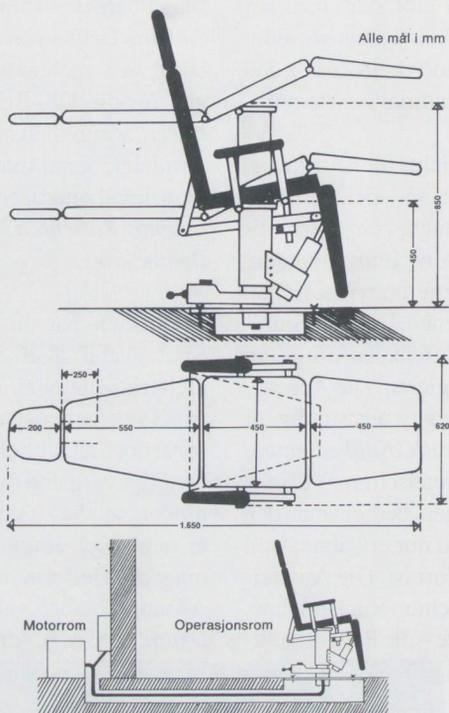
nen Betrieb schon vor Jahren zugemacht. Twiggy-Besitzer allüberall blicken mit Wehmut auf ihre undicht werdenden Hydraulikzylinder und richten sich mit Grausen auf Zeiten ein, wo sie sich die Zehen an irgendwelchen Antriebsmotoren wundstoßen müssen. Nichtso! In Oberbayern (wo auch sonst?) gibt es einen ebenso risikofreudigen wie geschäftstüchtigen Holländer, der Laerdäl die Lizenz abgekauft hat. Eine Metallbaufirma, die Twiggy bauen will, gibt es auch schon. Zur Zeit bastelt man

gerade an einem Prototypen, der die Nachfolge meines Überflurmodelles antreten soll. Die Preiskalkulation sieht ganz attraktiv aus, auf jeden Fall für Kollegen/innen, die sich mit mehr als einem Behandlungszimmer neu einrichten. Der neue ‚Twiggy‘ soll komplett DM 12 950,- + MwSt kosten, ohne Motor (als Zweitstuhl) DM 9 050,- + MwSt. Die einzigen Bedenken, die ich im Moment noch habe, richten sich auf die Hydraulikzylinder. Wenn es sich bei

den Dichtungen (das sind die einzigen Verschleißteile) um Sonderanfertigungen handeln sollte, die man nicht einfach nachkaufen kann, würde ich mir mindestens einen Satz auf Vorrat legen. Alles, was an Twiggy sonst kaputtgehen kann, kann auch ohne die Hilfe einer oberbayerisch/niederländischen Kooperative repariert werden, wenn's denn sein müßte. Ich jedenfalls halte das Twiggy Konzept gerade heute, wo man bei der Niederlassung oder Modernisierung jede Mark zweimal umdrehen sollte, den

Twiggy-Stuhl für eine nahezu konkurrenzlose Alternative. Wenn das Prototypenstadium verlassen sein sollte, werde ich im *forum* darauf hinweisen.

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Kai Müller
 Hauptstr. 26
 8031 Seefeld



Härtefallregelung 1989

Zuzahlungen der Krankenkassen nach dem GRG ab 1. 1. 1989

Begriffsbestimmung:

1. Regelfall:

Soweit nicht Härtefall vorliegt oder Überforderungsklausel gilt.

2. Fälle der unzumutbaren Belastungen (§61 Abs.2 GRG) -Härtefallklausel-

a) Patient erhält Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundes-Sozialhilfe-Gesetz

b) Patient bezieht Kriegsofopferfürsorge nach dem BVers. G.

c) Patient erhält Arbeitslosenhilfe

- nach dem Arbeitsförderungsgesetz
- nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

- nach Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung

- über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter.

d) Patient ist Heimbewohner, wenn die Heimkosten von der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge übernommen werden.

e) Patient hat monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, die 40% der monatlichen Bezugsgröße nach §18 des Vierten Buches SGB nicht überschreiten. Bei einem Angehörigen erhöht sich der Prozentsatz um 15%, für jeden im Haushalt lebenden Angehörigen um 10%.

Das sind 1989:

für Alleinstehende *DM 1260,- mtl.*

für den 1. Angehörigen, z. B. Ehegatten, weitere *DM 472,50*

für jeden weiteren Angehörigen, z. B. Kinder *DM 315,- mtl.*

Diese Einkommensgrenze steigt jedes Jahr mit der allgemeinen Einkommensentwicklung.

3. Überforderungsklausel (§62 GRG)

Versicherte, die jährlich ein Bruttoeinkommen *bis zu DM 54.900,-* beziehen. Maßgebend ist das Familieneinkommen. Davon abzuziehen ist in Freibetrag für jeden Familienangehörigen, er beträgt:

a) für den ersten Familienangehörigen *DM 5.600,- im Jahr*

b) für jeden weiteren Familienangehörigen *DM 3.780,- im Jahr*

Ass. C. Boldt

Zuzahlung der Krankenkassen u.a. für	Regelfall Zuzahlung der Krankenkasse	Härtefall (§61 GRG) Zuzahlung der Krankenkasse	Überforderungsklausel (§62 GRG) Zuzahlung d. Krankenkasse
Zahnersatz	50% + 10% Versorgebonus (§30 Abs. 5 GRG), verbehalten bis 31. 12. 1989 ab- zuschließender Verträge	100%	Gilt nicht für Zahn- ersatz
Fahrtkosten	0%	100%	100%, soweit der zumutbare Eigen- anteil von dem Pa- tienten überschrit- ten worden ist. Der zumutbare Ei- genanteil beträgt im Jahr 2% des maßgebenden Familieneinkom- mens, bei mehr als DM 54.900,- Fa- milieeinkommen 4%
Arzneimittel (ohne Festbeträge)	100% - Anteil Pa- tient von je DM 3,-	100%	Wie Fahrtkosten

Die Privatisierung der zahnärztlichen Breitenversorgung ist geplant!

Anlässlich des 23. Deutschen Zahnärztetages vom 12.–15. 4. 1989 „Die Zukunft gewinnen“ in Stuttgart stellt die Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin e. V. (VDMZ) in einer Presseerklärung fest:

Nichts hat die etablierten Zahnärzteverbände Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. (BDZ), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) in diesem Jahr mehr beschäftigt als die Frage der Honorarabrechnung. Mit dem Einstieg in die Kostenerstattung wollen sie eine Reprivatisierung der zahnärztlichen Breitenversorgung vorbereiten: Unter dem Slogan: „Mehr Freiheit für Zahnarzt und Patient“ wird der Patient noch stärker direkt zur Kasse gebeten werden.

Dabei können sich infolge des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) bereits heute schon viele unserer Patienten keinen zeitgemäßen Zahnersatz mehr leisten. Der Wunschtraum der etablierten Verbände ist, aus den bestehenden Verträgen auszubrechen und Honorarfreiheit in möglichst vielen Bereichen zahnärztlicher Versorgung zu gewinnen. Dies würde bedeuten: Unsere Patienten verlieren den solidarischen Schutz ihrer Krankenversicherung.

Jahrelang hat die etablierte Zahnärzteschaft ihre wirklich zukunftsweisenden Aufgaben, wie z. B. Verwirklichung einer wirksamen Prophylaxe und einer kostendämpfenden Qualitätssicherung vernachlässigt. Was sie auf dem Zahnärztetag zu diesem Thema der Öffentlichkeit präsentiert, ist nach Ansicht der VDZM Spiegelfechterei: Die zahnärztlichen Verbände setzen damit ihre Politik der vergangenen Jahre fort, die nichts beigetragen hat zu einer nachweislichen Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung.

Die VDMZ fordert:

1. Erhalt der zahnmedizinischen Versorgung als Sachleistung
2. Wirksame Gruppenprophylaxe nach internationalem Vorbild
3. wirksame Qualitätssicherung, die sich in guten Behandlungsergebnissen niederschlagen muß.

Alle diese Aufgaben sind nur in Zusammenarbeit mit Sozialpartnern zu lösen. Die VDZM fordert die zahnärztlichen Verbände auf, sich diesen Zukunftsaufgaben zu stellen und nicht die Flucht in eine sozial unverantwortliche und gesundheitsfeindliche Reprivatisierung der Zahnheilkunde zu ergreifen.

N. Guggenbichler

Wissenschaftler kritisieren Süßwaren-Firma Ferrero: „Milchschnitte“ fördert Karies und beeinträchtigt die Konzentration

Scharfe Kritik an der Vermarktung der „Milchschnitte“, eines Produktes der Süßwaren-Firma Ferrero, haben ein Zahnmediziner und ein Ernährungswissenschaftler in der neuesten Ausgabe des „Artikulator“ geübt, einer vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift für „kritische Zahnmedizin“.

In einer wissenschaftlich aufgemachten Broschüre empfiehlt die Firma Ferrero ihre „Milchschnitte“ als Ersatz für das traditionelle Pausenfrühstück der Schulkinder. Nach Angaben des Diplom-Ernährungswissenschaftlers Hartmut König besteht die „Milchschnitte“ allerdings zu einem Viertel aus Zucker und zu einem zusätzlichen Fünftel aus weiteren Kohlehydraten. König, Referent der Verbraucherzentrale in Frankfurt:

„Der Anteil des leicht verdaulichen Zuckers läßt des Blutzuckerpegel rasch ansteigen. Dieser Anstieg beseitigt zunächst das Hungergefühl, und man fühlt sich wohl.“ Der Hunger kehre dann aber rasch umso stärker wieder. Dann sinke auch noch die Konzentration ab.

In der gleichen Ausgabe nimmt der Frankfurter Zahnmediziner Dr. Burghard Hahn drei von Ferrero angeführte Studien kritisch unter die Lupe, die beweisen sollen, daß die „Milchschnitte“ die Zahnfäule (Karies) nicht stärker fördere als z. B. ein Apfel oder eine Banane. Untersuchungen haben dagegen belegt, daß sich der Zahnbelag nach dem Genuß einer „Milchschnitte“ nachhaltig verändert: Im Zahnbelag entstehen Säuren, die dann die gefürchteten „Löcher“ in die Zähne fressen.

III → Für ein
gesundes professionelles
Selbstbewußtsein

Darum:



Max™ – der optimale Stift für alle Fälle

WHALEDENT hat die ersten wirklich „restaurativen Stifte“ entwickelt: Max™



Die Vorteile: Neuer Retentionskopf für streßfreie Aushärtung und überlegene Retention aller modernen restaurativen Materialien.

Neues „umgekehrtes Sägezahngewinde“ mit höherer Steigung plus optimiertem Tiefenschlag für dentinschonendes, streßfreies Einschrauben und sicheres Abscheren – perfekt vorbereitet durch den Stufenbohrer.

Max™ Pins gibt es in zwei Stiftgrößen – für alle Indikationsbereiche. Sie sind einzeln hygienisch verpackt.

Das Resultat: Optimierte Retention ohne Streß

Max™: Restaurative Stifte aus Titan von WHALEDENT.

		Einführungspackung	Bulkpackung	
Bezeichnung	Artikel-Nr.	Inhalt	Artikel-Nr.	Inhalt
M 017 0,425 mm	M 61	25 Pins 2 Bohrer	M 62	60 Pins 5 Bohrer
M 021 0,525 mm	M 71	1 Handschrauber 1 Steri-Card®	M 72	1 Handschrauber 1 Steri-Card®

WHALEDENT International an itco company

Feine Technik in Praxis und Labor

Wie arbeitet eine Balint-Gruppe?

J. K. Roth

Mit welchen Ängsten und Wünschen, mit welchen Befürchtungen kommt ein Patient zum Zahnarzt? Wird der ängstliche Patient innerlich die Zähne zusammenbeißen und in seiner Verkrampfung den Arzt in der Behandlung behindern? Wie wirkt sich die innere Spannung eines Patienten auf die Behandlungssituation aus? Kann der Patient mit seiner Angst den Arzt anstecken? Die Ängste eines Patienten, aber auch andere unbewußte Botschaften können zu unverständlichen, medizinisch nicht nachvollziehbaren Komplikationen und zu einer unbewußten, gegenseitigen Verstrickung in der Arzt-Patient-Beziehung führen.

Die Zahnpflege, von Kindesbeinen an gern oder ungern erlernt, bringt in allgemeinsten Form die Einstellung eines Menschen zu seinem Kauwerkzeug zum Ausdruck. Und was möchte ein nächtlicher Zähneknirscher zum Ausdruck bringen?

Kein Zweifel: die zahnärztliche Praxis ist weder ein Ort für Psychotherapie noch für ausgiebige psychologische Untersuchungen. Dennoch - die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient stellt das „Basis-Therapeutikum“ für alle weiteren therapeutischen Maßnahmen dar. Deshalb spricht der ungarische Arzt und Psychoanalytiker Michael

Balint von der „Droge Arzt“. Wie setzen wir dieses Therapeutikum im Alltag ein? Mehr noch: wie nimmt der Patient diese „Droge“ in Anspruch? „Die am häufigsten in der medizinischen Praxis verschriebene Arznei ist der Arzt selbst... Wir verfügen über keine Literatur bezüglich ihrer Indikation, ihrer Dosierung, zwecks Heilung und Nachbehandlung, ihrer Toxizität, ihrer vermeidbaren Nebenwirkung, ihrer Kontraindikation usw. ...“ Schlaglichtartig läßt sich mit diesen Worten Michael Balint's ein Verständnis von Medizin umreißen, wie es seit den 50er Jahren in der von Balint inaugurierten und später nach ihm benannten Balint-Gruppe verwirklicht wird. Die Balint-Gruppe erforscht die Wirkungsweise der Droge Arzt.

Lernziel: aus eigener Erfahrung lernen

Das Lernen kommt im Balint-Seminar durch ein Aufarbeiten eigener beruflicher Erfahrungen zustande. Dabei zeigt sich: jeder Teilnehmer besitzt psychologische Fähigkeiten, die mehr oder weniger brach liegen. Diese Fähigkeiten gilt es zu stärken und zu erweitern. Den Text zwischen den Zeilen lesen lernen (**Verfeinertes Wahrnehmen**), Problemsituationen aktiv analysieren (**Präzises Verstehen**), neuartige Lösungen suchen und

anwenden (**Erfolgreiches Handeln**) - so lauten die Ziele dieses Trainings. Die Balint-Gruppe schützt den Behandler davor, sich von der Angst des Patienten oder von anderen Affekten anstecken zu lassen. Sie bildet das aus, was jeder von uns zur Verfügung hat: sich selbst, die eigene Person.

Zur Arbeitsmethode:

Die Teilnehmer bringen aus dem Praxisalltag Fallbeispiele ein, die dann gemeinsam in der Gruppe psychoanalytisch untersucht werden. Im Unterschied

zu den objektiven Daten sind der freie Bericht und die persönlichen Reaktionen der Teilnehmer das Material, mit dem in der Gruppe gearbeitet wird. Die Balint-Gruppe will den unbewußten Teil der Arzt-Patient-Beziehung erhellen, Altes in neuem Licht sehen. Für die Praxis ergeben sich daraus oftmals neuartige, überraschende Lösungen.

Information über die Balint-Seminare für Zahnmediziner:

Dr. J. K. Roth, Waisenhausstr. 20,
8000 München 19

Die Einstellungen zweier Gruppen von Zahnärzten gegenüber ZMFs (dental hygienists)

Uitenbroek, D. G.; Schaub, R. M. H.; Tromp, J. A. H.; Kant, J. H. (Universität Groningen, Niederlande)

Mittels dieser Studie sollte untersucht werden, ob Zahnärzte die Zusammenarbeit mit ZMFs wegen finanzieller Vorteile suchen, oder um die Versorgung ihrer Patienten zu verbessern. Ein Fragebogen wurde an 972 Zahnärzten gesandt. 412 Zahnärzte antworteten von denen 178 ihre Patienten durch ZMFs behandeln ließen. Die Fragen bezogen sich auf die Behandlungsschwerpunkte der Praxis, die Orientierung in Bezug auf Prophylaxe und die Meinung des Zahnarztes über den materiellen und immateriellen Nutzen der Zusammenarbeit mit der ZMF.

Die Auswertung zeigte, daß der Haupt-

unterschied zwischen Zahnärzten, die mit der ZMF zusammenarbeiten, und solchen, die dies nicht tun, ihre Meinung über die Qualität der Arbeit der ZMF im Verhältnis zum nicht-finanziellen Aufwand für Patienten, Krankenversicherung und Zahnärzten war. Der Unterschied zwischen den Meinungen über die direkte Kosteneffektivität von ZMFs war nicht signifikant.

Daraus kann geschlossen werden, daß das Interesse der holländischen Zahnärzte an einer umfassenden Versorgung ihrer Patienten bei der Entscheidung, mit einer ZMF zusammenzuarbeiten, eine größerer Rolle spielt, als normalerweise angenommen wird.

Community Dentistry and Oral Epidemiology 1989, 17, 11-3

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)

Guter Rat ist teuer

2. Teil: Rechtsschutzversicherung für den Privatbereich

Herbert Richthammer

Man kann selbstverständlich auch ohne Rechtsschutzversicherung einen Rechtsanwalt beauftragen oder einen Prozess führen, man braucht lediglich die entsprechenden finanziellen Mittel.

Im Praxisbereich ist die Höhe eines möglichen Streitwertes meist begrenzt, im privaten Bereich jedoch ist dies nicht vorherzusehen. Wird jemand z. B. bei einem Verkehrsunfall erheblich verletzt und muß die Schuldfrage gerichtlich geklärt werden, so sind damit entsprechend hohe Streitwerte und dadurch hohe Anwalts- und Gerichtskostenrisiken verbunden.

Durch einen Rechtsschutzversicherungsvertrag kann man sich gegen einen Großteil der Kostenrisiken absichern. Wie bei anderen Versicherungspolicen, so gilt aber auch hier, sich genau mit Ein- bzw. Ausschlüssen vertraut zu machen.

Der Deckungsumfang der knapp 30 Rechtsschutzversicherer ist bis auf Nuancen fast gleich.

Durchaus unterschiedlich sind die Preise.

So kostet der Rechtsschutz für

- einen PKW
zwischen DM 75,- und DM 120,-

- Den privaten Bereich (Familie)
zwischen DM 158,- und DM 210,-
- Ein Einfamilienhaus/ eine Wohnung
zwischen DM 46,- und DM 57,-

Die wesentlichen Leistungen der Rechtsschutzversicherer sind in allen Instanzen:

- Anwaltskosten
- Gerichtskosten
- Zeugengebühren
- Kosten des gerichtlich bestellten Gutachters
- Kosten eines techn. Sachverständigen bei Autokauf oder Autoreparatur
- Reisekosten bei Vorladung in eigenen Auslandsprozessen
- Kosten der Gegenseite, soweit diese der Versicherungsnehmer zu tragen hat
- Kosten der Zwangsvollstreckung
- Kautionsstellung bei Strafverfahren im Ausland.

Kosten werden im allgemeinen übernommen bis zu einer Summe von DM 100.000,-.

Die allgemeinen Risikoausschlüsse kann man in drei Gruppen aufteilen:

- Typische, allgemein im Versicherungswesen geltende Ausschlüsse (Kriegsereignisse, Kernenergie, Naturkatastrophen)

- Verschiedene Rechtsgebiete und Verfahren, vor allem vor bestimmten Gerichtshöfen (Baurecht, Patentrecht)
- Vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle. Dies gilt nicht für Ordnungswidrigkeiten.

Neu auf dem Markt ist ein „Spezial-Rechtsschutz“ für freiberuflich tätige Ärzte. Er schließt pauschal alle üblicherweise versicherbaren Risiken zu einer Festprämie ein, dies sind

- Verkehrs-Rechtsschutz für alle zugelassenen Fahrzeuge
- Rechtsschutz für freiberuflich Tätige
- Firmen-Vertrags-Rechtsschutz
- Familien-Rechtsschutz

- Rechtsschutz für Grundstückseigentum und Miete für die selbstbewohnte Wohneinheit und gewerblich selbstgenutzte Objekte.

Die Jahresprämien hierfür betragen:

- bis 3 Beschäftigte DM 553,-
- bis 6 Beschäftigte DM 826,-
- bis 10 Beschäftigte DM 1.194,-

Für die preisgünstigste Lösung eines sachgerechten Vertrages ist schon ein spitzer Rechenstift nötig. Wie bei allen Versicherungsverträgen läßt sich durch Vergleichen viel Geld sparen.

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 privat u./od. Praxis

Name: _____

Anschrift: _____

Mitarbeiterzahl: _____ Anzahl und Art der Fahrzeuge: _____

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.

Die Qualität unserer Leistungen und unser Service sind Ausdruck der Ansprüche unserer Kunden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte im DAZ stellen besonders hohe Anforderungen an die Qualität ihres privaten Krankenversicherungsschutzes. Sie erwarten

- ein variables Tarifangebot, das individuellen Gestaltungsspielraum bietet.
- hochwertige Tarifkombinationen, die ihren persönlichen Ansprüchen gerecht werden.
- ein überzeugendes Preis-/Leistungsverhältnis, das durch ein zukunftsorientiertes Beitragsrückstattungssystem geprägt wird.

Wir informieren Sie gerne detailliert über die handfesten Vorteile des Gruppenversicherungs-Vertrages mit dem DAZ, die Ihnen der private Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL bietet.

Damit Sie in wichtigen Risikobereichen fundierte Entscheidungen treffen können. Und frei sind für Ihre Pläne von morgen.



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde



Der DAZ stellt sich vor:

Berufsverband

Der DAZ ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.

Aufbau

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen. Deren eigenständige Aktivitäten werden von der DAZ-Geschäftsstelle koordiniert. Sie ist Bindeglied zwischen dem Vorstand und den Einzelmitgliedern.

Studiengruppen

Die Studiengruppen bieten regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende an. Neben der Diskussion aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen wird der offene kollegiale Gedankenaustausch gepflegt.

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift „forum“ mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik heraus.

Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen
- Gruppenverträge für Krankenversicherungen
- 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 Jugendzahnheilkundengesetze
- 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 desktop 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