

DAZ FORUM

Körperschaften am Ende?

Die eigentliche Strukturreform
steht uns noch bevor

Muskulatur in der Zahnheilkunde

Komposit-Kunststoffe im Seitenzahnbereich

Zahnmedizinstudium heute

Orale Implantologie Übersicht



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

DAZ
Jahreshauptversammlung
in Hamburg



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

Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

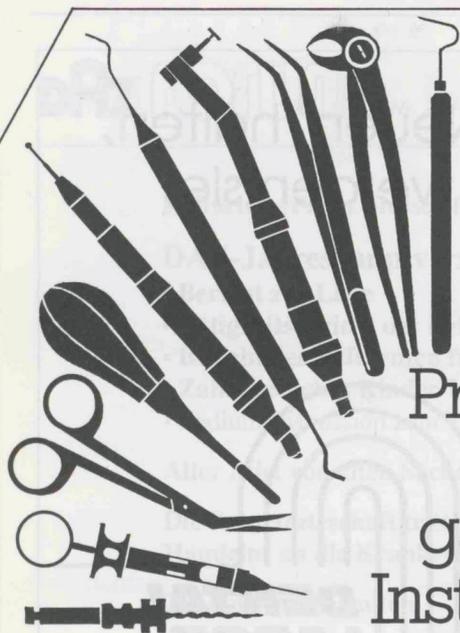
*Ein Münchner
Unternehmen mit
Tradition!*

Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

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

**... wann immer
Sie können!**

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



Differenzierte Probleme verlangen ein ganz spezielles Instrumentarium.

Auch in Geldfragen.
Deshalb wenden sich die
Angehörigen der Heilberufe
mit Vorliebe an uns,
die Bank für die Heilberufe.
Weil sie hier neben dem
selbstverständlichen Service
einer modernen Bank

die Betreuung erfahren,
die den speziellen Gegebenheiten
des Berufsstandes angepaßt ist.
Gleich, ob es sich um Fragen der
Kreditaufnahme, der Geldanlage,
der Wertpapierdisposition oder
der Vorteile der Kontoführung
bei uns handelt.

Sprechen Sie bald mit uns.



Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

Bank für die Heilberufe

Hauptverwaltung
Emanuel-Leutze-Straße 8
4000 Düsseldorf 11
Telefon (0211) 5998-0

Filialen im gesamten Bundesgebiet und Berlin (West)

Je länger die "Neuen" halten,
desto billiger werden sie,

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Schmid und Paula - Bruderwöhrdstr. 10 -
8400 Regensburg Telefon 0941/791521

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

Editorial – Freies Fressen für freie Bürger?	285
DAZ-Jahreshauptversammlung in Hamburg	
• Bericht zur Lage	289
• Tätigkeitsbericht des Referenten für Qualitätssicherung	302
• Bericht des Referenten für Prophylaxe	303
• Zahnärztliches Kinder-Untersuchungsheft	305
• Podiumsdiskussion zum Thema: Körperschaften am Ende?	307
Alter Mist von alten Säcken – die zweite. Der Gral	319
Die Zahnärzteschaft tritt das Gesetz des Handelns an die Krankenkassen ab	322
Trojanische Termiten	326
1. Erlanger Symposium am 20/21.10.1989 Muskulatur in der Zahnheilkunde	335
Bericht über die Jahrestagung 1989 der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie in der DGZMK	343
Orale Implantologie - eine Übersicht	349
Komposit-Kunststoffe im Seitenzahnbereich	357
Buchbesprechung	363
Buchankündigung	367
Sind Form und Inhalte des Zahnmedizinstudiums noch zeitgemäß?	
• Gedanken über Möglichkeiten einer Studienreform	369
• Zahnmedizinstudium heute - Beispiel Hamburg	373
Wie wissenschaftlich sind wir in der Medizin?	375
Wo gibt es optimalen Versicherungsschutz?	378
Impressum	383



Zahntechnik

Scharl



Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



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

Editorial

Freies Fressen für freie Bürger?

H. Hey

Was ich esse, ist meine Sache. Was ich trinke, ist meine Sache. Wieviel ich rauche, ist meine Sache. Wenn ich aber davon krank werde, ist das Eure Sache.

So könnte man eine Mitteilung des Weihenstephaner Ernährungswissenschaftlers Prof Wolfram kommentieren, der vor kurzem feststellte, daß in der Bundesrepublik jedes Jahr 42 Mrd. DM aufgewendet werden müssen für die Behandlung von Krankheiten, die durch Fehl- oder Überernährung verursacht werden. 17 Mrd. davon entfallen auf die Karies- und Parodontalerkrankungen. Jeder von uns weiß, wieviele Schäden man hier durch systematische Vorbeugung verhindern könnte. 1 Mrd. DM kosten die Folgen von Jodmangel, ein leichtes, sie zu verhindern, wie die Schweiz seit 65 (!) Jahren mit jodiertem Kochsalz demonstriert.

Kaum jemand scheint sich für das Ziel „bessere Lebensqualität und Kosteneinsparung durch Vorbeugung“ zu interessieren. Stattdessen diskutiert man über die Einschränkung des Leistungskataloges der Krankenkassen,

über Höherbelastungen der Patienten und über Honorarkürzungen bei den Ärzten.

Was ist zu tun?

Überlegungen, den einzelnen für die von ihm selbst verursachten Krankheitskosten in die Pflicht zu nehmen, sind nicht neu. Ihnen stehen jedoch nicht nur grundsätzliche Bedenken entgegen, sondern vor allem die Tatsache, daß fast allen Erkrankungen multifaktorielle Ursachen zugrundeliegen.

Wenn man aber die persönliche Freiheit des einzelnen, mit seiner Gesundheit Raubbau zu treiben, nicht einschränken kann, so sollte die Gemeinschaft zumindest mit allen Mitteln versuchen, gesundheitsbewußtes Verhalten zu entwickeln und zu fördern:

Noch intensiver, noch besser und in noch verständlicherer Form muß gesundheitliche Aufklärung über die Medien, über die Krankenkassen, aber auch in den Krankenhäusern (!) an den Bürger herangetragen werden. Viel mehr als bisher sollten Kinder

und Heranwachsende vom Kindergarten bis zum Schulabschluß immer wieder zu gesunder Lebensweise motiviert werden. Wie schwach das Problembewußtsein bei Eltern und Erziehern ausgebildet ist, zeigt allein die Tatsache, daß es bislang nicht einmal möglich war, den Süßigkeitenverkauf in den Schulen zu unterbinden.

Die Krankenkassen müssen von ihrem Quartals- und Geschäftsjahrenden wegkommen, langfristige Perspektiven zur Gesundheitsförderung aufnehmen und Prophylaxeverträge nicht länger verzögern.

Der Staat muß dafür sorgen, daß die Inhalte des vor einem Jahr in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetzes im Prophylaxebereich endlich in die Tat umgesetzt werden. Weiterhin ist es Aufgabe des Staates, sich um eine bessere, an Vorbeugung orientierte ärztliche Ausbildung zu kümmern. Damit könnten vor allem die Ärzte in der Praxis mehr Überzeugungsarbeit leisten und mit dem ärztlichen Gespräch die 5-Minuten-Rezeptmedizin reduzieren.

Allein die Zulassung eines kombinierten-jodierten und fluorierten Speisesalzes wäre ein enormer Fortschritt auf dem Weg zur systematischen Verhinderung von Karies-, Parodontal- und Jodmangelkrankungen. Könnte man, dem Schweizer Vorbild folgend, mit einem solchen Haushalts-

salz eine 85%ige Akzeptanz bei den Verbrauchern erzielen, so ließen sich bereits nach wenigen Jahren bis zu 50 % der Kariesschäden verhindern und damit mehrere Milliarden Krankheitskosten einsparen, genug, um nicht nur das Problem fehlender Kindergartenplätze zu lösen, sondern auch die leistungsgerechte Bezahlung von Krankenschwestern und Pflägern in Krankenhäusern und Altenheimen zu realisieren. Dies wiederum käme über kurz oder lang jedem von uns auf sehr konkrete Weise zugute.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Hanns-Werner Hey

Lindenschmitstr. 44

8000 München 70



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
Übert
American Orthodontic

Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-
erstattungsfähig!

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

DAZ-Jahreshauptversammlung in Hamburg

vom 6.10. – 8.10.1989

An Bord des Museums-Schiffes Cap San Diego

Über Stimmung, Verlauf und Highlights der diesjährigen Hauptversammlung wurde bereits in den DAZ-Kontakten Nr.2 berichtet. Hier soll deshalb Inhaltliches wiedergegeben werden, und zwar der Rechenschaftsbericht des 1. Vorsitzenden Dr. Roland Ernst, die Berichte der Referenten für Qualitätssicherungsfragen Dr. Christian Nielsen und für Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe Dr. Manfred Witte. Danach folgen Zitate aus der Podiumsdiskussion "Körperschaften am Ende?".

Bericht zur Lage

Die eigentliche Strukturreform steht uns noch bevor

R. Ernst

Es ist umstritten, ob das GRG ein Kostendämpfungs-, ein Nachfragedämpfungs- oder mehr ein Kosten-Verlagerungsgesetz ist. Ein Gesundheitsreformgesetz ist es jedenfalls nicht. Es hat das Vertrauen der Bevölkerung und der Ärzte in die Regelungskompetenz der Regierung tief erschüttert. Die wiederum macht den zerstörerischen Einfluß der Verbände verantwortlich, offensichtlich hat sie die Falschen angehört und/oder die falschen Schlußfolgerungen gezogen.

Die Vorgaben für ein zumindest im Bereich Zahnmedizin besseres Gesetz

hatte der DAZ lange vorher gemacht: sie sind in seinen Veröffentlichungen seit 1980 nachzulesen und haben nichts an Richtigkeit und Aktualität verloren.

Es kommt aber noch schlimmer; denn in jüngster Zeit spitzt sich die Bedrohung der zahnärztlichen Berufsausübung zu. Die letzte noch wichtige Aufgabe der Körperschaft KZV, das Verteilen der Honorare an die Kollegen und das Überwachen der Vertragstreue der Beteiligten, haben einige KZVen in den Bereichen ZE und KFO nun von sich aus den Krankenkassen übertragen, in der trügerischen Hoffnung, einer Begrenzung der Gesamtvergütung zu entgehen.

Dabei stehen uns mittelfristig wesentliche Strukturveränderungen noch bevor. Das *Europaparlament* hat beschlossen, Ärztekammern durch Ethik-Kom-

missionen zu ersetzen, in denen Ärzte nicht die Mehrheit haben dürfen. In diesen Kommissionen tätige Ärzte dürfen keine Führungspositionen in Berufsverbänden haben – welch abgrundtiefes Mißtrauen gegen sozial-etisches Funktionärsverhalten, welche an Verachtung grenzende Disqualifikation der derzeitigen Amtsinhaber – und welches Armutzeugnis für das Wahlverhalten der Kollegenschaft, denn kein Funktio-

när wird in sein Amt geboren. Aber auch in der Bundesrepublik bläst der Wind den freien Berufen von vorn ins Gesicht. Ausgerechnet das FDP-geführte Wirtschaftsministerium hat eine Deregulierungskommission – der kein Freiberufler angehört – beauftragt, zu prüfen, ob freie Berufe in Zukunft noch notwendig sind. Der Industrie- und Handelstag hält Pflicht-Kammerzugehörigkeit und ständische Berufsordnungen für überflüssig und wettbewerbsbehindernd. Da gibt es wohl für die gut dotierten Freien-Berufs-Funktionäre noch eine Menge Überzeugungsarbeit zu leisten, und man fragt sich, worin ihre Tätigkeit bisher bestanden hat.

Wenn der Gesetzgeber heute den Sicherstellungsauftrag, den er in den fünfziger Jahren den Kassen(zahn)ärzten erteilt hat, teilweise wieder zurücknimmt, ist dies sicher auch den Verbänden zuzuschreiben. Auf die Spitze trei-

Das Wirtschaftsministerium hat eine Kommission beauftragt, zu prüfen, ob freie Berufe in Zukunft noch notwendig sind.

ben es allerdings die Zahnärzte, denen dieser Abbau von Sozial-Verpflichtung einerseits und gesichertem Honorar andererseits nicht schnell genug gehen kann. Ob das allerdings nur an der mangelnden „erforderlichen Führungskultur“ liegt, die Bieg beklagt, wage ich

zu bezweifeln. Das Gegenteil dürfte eher zutreffen: mit der Art von Führungskultur, die Herr Bieg und sein Verband sich vorstellen,

sind in der Geschichte selten dauerhafte politische Erfolge erzielt worden. Kompromißlose gruppenegoistische Aktivitäten und auf eigenen Machterhalt orientierte Polit-Büro-Manieren haben von manchen Körperschaften Besitz ergriffen. Was Bieg „menschlich verständliche Versorgungsaspekte von Standesvertretern“ nennt, ist in Wahrheit Ämterhäufung, Spesenrittertum und Pfründewirtschaft.

Das Vertrauen der Bevölkerung in die gesundheitspolitische Integrität des Ärztestandes muß erhalten oder – wo nötig – wiedergewonnen werden. Das ist nicht durch alleinige Vertretung von Interessen zu erreichen, auch wenn sie mit altruistischen Schnörkeln wie Liberalisierung, Entbürokratisierung usw. verziert sind.

Der Bonus, von dem unser immer noch vorhandenes Sozialprestige zehrt, heißt *Vertrauen* unserer Patienten in uns.

Dieses Vertrauen gibt es aber für den Berufsstand nicht kostenlos. Es muß aktiv bewahrt werden durch eine zwar kollegiale, aber wirksame Bewahrung der Spielregeln durch uns selbst. Dies kann nur eine starke körperschaftlich organisierte Selbstverwaltung leisten – freie Berufsverbände sind dazu nicht in der Lage. Im Gegenteil: die Körperschaften sind heute die Prügelknaben der Verbände, von

Bieg als „Lageraufsicht hinter dem Stacheldraht“ diffamiert. Jede Schwächung der organisierten Selbstverwaltung macht uns aber abhängiger von Krankenkassen, Verbraucherverbänden, ungebeten Gutachtern oder externen Wirtschaftlichkeitsprüfern bis hin zu spezialisierten Staatsanwaltschaften mit Kripo-Sonderkommissionen.

Qualitätssicherung

Im Gegensatz zu vergangenen Jahren wird die zukünftige Zahnheilkunde ihr wirtschaftliches Überleben nicht in der Menge, sondern in der Qualität zu suchen haben. Es muß darum sichergestellt sein, daß der qualitätsbewußte Kollege für seine zeitaufwendigere Arbeit auch in der GKV ein kostendecidendes Honorar erhält.

Qualitätssicherung bedeutet nicht Kontrolle zahnärztlichen Handelns mit Schieblehre und Lupe. Sie besteht viel-

mehr in der Definition und der Einhaltung von Mindest-Anforderungen, die einen Honorar-Anspruch rechtfertigen. Die dazu notwendigen Kriterien und Standards kann nur die Gemeinschaft der Zahnärzte – auch der wissenschaftlich tätigen – selbst finden. Noch längeres Zögern führt unweigerlich dazu, daß dieses wichtige Feld zahnärztlicher Verantwortung von den Kosten-

trägern oder von Patienten-Organisationen beackert wird. Dies kann nicht im Interesse der Zahnärzteschaft liegen.

Beitragsstabilität

Der Grundsatz der *Beitragsstabilität*, wie ihn das GRG eingeführt hat, steht der *Weiterentwicklung der Medizin* im Wege. Es wird in den nächsten Jahren eine Fülle von neuen Ausgabefaktoren in der GKV geben. Sie werden abhängig von der *Grundlohnsumentenentwicklung* greifen. Schon das letzte Sachverständigen Gutachten merkt an, daß keineswegs sichergestellt ist, daß das so gesparte Geld in anderen Bereichen – vor allem des Konsums – sinnvoller angelegt ist als im Gesundheitswesen. Und es fährt fort: „Nach allen Erfahrungen nimmt mit steigendem Wohlstand der Anteil der Gesundheitsleistungen am ‚Warenkorb‘ zu, den die Menschen wünschen.“

Der Grundsatz der Beitragsstabilität steht der Weiterentwicklung der Medizin im Wege.

Der Gesundheitsbereich produziert verhältnismäßig arbeitsintensiv. Die Zahl der Ärzte hat sich von 1965–1984 (19 Jahre) von 86 Tsd. auf 154 Tsd. erhöht, und zahlreiche neue Berufe sind entstanden. Allein die Lohnrunde dieses Jahres verursacht in den Krankenhäusern Mehrkosten von 1,5 Mrd. DM, die natürlich auf den Pflegesatz aufgeschlagen werden.

Biedenkopf vertritt die Ansicht, daß die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen durchaus der anderer Dienstleistungsmärkte vergleichbar ist. So haben sich z.B. die Ausgaben für Auslandsreisen von 1977 bis 1987 um 82 % erhöht, die der GKV aber nur um 78,4 %. Von einer einmaligen Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen ohne Parallele in anderen Bereichen der Wirtschaft könne somit keine Rede sein. „Nach Angaben der OECD über die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist deren Anteil am BSP in den Niederlanden, in Frankreich, in den USA höher als in der Bundesrepublik. Vergleicht man die Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung, so liegen sie in Frankreich, Canada, Schweden und den USA höher als bei uns.“

Er lehnt den Grundsatz der Beitragsstabilität aus zwei Gründen ab:

1. muß eine immer wohlhabender werdende Gesellschaft auch in der Lage

sein können, ihre Verbrauchergewohnheiten zu ändern.

2. muß eine älter werdende Gesellschaft mehr für ihre Gesundheit ausgeben als eine Gesellschaft mit niedrigem Durchschnittsalter. Beide Entwicklungen müssen sich auch im Rahmen einer umfassenden gesetzlichen Krankenversicherung wie der unseren vollziehen können.

Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen ist durchaus mit der anderer Dienstleistungsmärkte vergleichbar.

Und Biedenkopf fährt fort:

„Daß wir das Wachstum des Gesundheitswesens im Unterschied zum Wachstum anderer Dienstleistungsbereiche als Kostensteigerung bewerten, ist nicht in erster Linie auf die Entwicklung der Ausgaben zurückzuführen, sondern vor allem auf deren Finanzierung durch Beiträge. Nicht das Wachstum des Gesundheitsbereiches ist das eigentliche Problem, mit dem eine grundlegende Strukturreform des Gesundheitswesens sich auseinandersetzen hat, sondern die Struktur seiner Finanzierung.“

Er sieht also nicht die Kostenexplosion an sich als Ursache für das Eingreifen des Staates, sondern den Umstand, daß die Mehrausgaben nicht von den Kranken und sonstigen Verursachern getragen werden, sondern zur Hälfte vom Arbeitgeber und dann als Lohnnebenkosten die Wettbewerbsfähigkeit verschlechtern.

Ich habe Verständnis für diese Sorgen des Ökonomen, bin aber nicht bereit, das Gesundheitswesen als reinen Dienstleistungsmarkt zu sehen. In der medizinischen Versorgung der Bevölkerung kann der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nur zu Qualitätseinbußen führen. Es wird den Teil der Bevölkerung treffen, der sich keine Zusatzversicherung leisten kann. Probleme in der Finanzierbarkeit dürfen aber nicht auf Kosten der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen oder gar der Kranken gelöst werden.

Wirtschaftlichkeitsreserven

Es gibt – allen gegenteiligen Äußerungen zum Trotz – im System Wirtschaftlichkeitsreserven, die gesundheitspolitischen Prioritäten nicht zuwiderlaufen. Nicht das „anonyme Sachleistungssystem“ ist die Ursache für Verschwendung, sondern der anonyme sorglose Umgang damit – dies keineswegs nur von der Patientenseite.

Was also sind die Ursachen für den Kostenanstieg? Einmal sicher eine vermehrte Nachfrage, zum anderen auch eine Verbesserung des Leistungsspektrums. Das ist sicher erwünscht, und hoffentlich will es niemand ändern. Wichtiger ist aber die Frage, wieviel Anteil am Ausgabenanstieg strukturelle und organisatorische Mängel der ge-

setzlichen Krankenversicherung haben. Zu allererst sind Fremdlasten nicht mehr aus dem Topf der Beitragszahler zu finanzieren. In der BRD machen die Kosten des Gesundheitswesens 7–8 % des Brutto-Sozialproduktes aus. In Schweden sind es 10 % und in den USA sind es 11 %.

Die wichtigste Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven heißt Zuordnung der Kosten zum Verursacher.

So wurden 1985 an Honoraren für die ambulante Versorgung 19,8 Mrd. DM ausgegeben. Dabei hat der Staat allein an

Tabak-Steuer 16,7 Mrd. DM eingenommen. Die durch das Rauchen verursachten Kosten werden aber auf 17 Mrd. DM eingeschätzt. In unserem Fach dürften die Zahlen für den Zucker vergleichbar sein.

Die wichtigste Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven heißt Zuordnung der Kosten zum Verursacher = Verursacherprinzip. Es muß Aufgabe der zahnärztlichen Öffentlichkeitsarbeit sein, auf diese Zusammenhänge hinzuweisen. Die Gesellschaft muß die Verantwortung für falsches und gesundheitsschädliches Konsumverhalten einerseits und für veränderte demographische Entwicklungen andererseits selbst übernehmen. Sie darf sich nicht von den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung ihre sozial- und gesundheitspolitischen Versäumnisse alimantieren lassen.

Prioritäten

Und damit kommen wir wieder zur Zahnheilkunde zurück, denn das ist das Feld, in dem das GRG strukturpolitisch zu viele Fragen nicht beantwortet hat.

Man muß dem Gesetzgeber zugehen, sich bei der Festsetzung der Prioritäten – Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung einerseits und Besitzstandserhaltung der Zahnärzte andererseits – für die erstgenannte zu entscheiden. Das hauptsächliche Strukturproblem besteht darin, daß es keine laute ärztliche Lobby für die Mundgesundheit gibt und daß der Gesetzgeber dadurch die Problematik mit fiskalischen, ökonomischen, staatsrechtlichen oder gar nur publikumswirksamen Lösungsversuchen angeht.

Argumente für die vom DAZ seit nunmehr einem Jahrzehnt eingeforderte *Effizienzanalyse* zur Aufdeckung der wahren Stärken und Defizite tauchen gelegentlich noch kurz im Sachverständigengutachten auf, finden aber keinen Eingang in die Ministerialbürokratie, die den Auftrag von Koalitionsausschüssen auszuführen hat. Dann kommen Fragen heraus wie „Wie senke ich die Preise?“, „Wie dämpfe ich die Nachfrage?“ „Wer wehrt sich am wenigsten, wenn ich ihn zur Kasse bitte?“ Die erste Frage muß

aber lauten: „Wie verbessere ich die Mundgesundheit?“

Die Antworten darauf fallen leicht, und ihre Durchsetzung muß das Ziel von Politikern sein, die nicht nur für Kosten,

sondern auch für Lebensqualität Verantwortung tragen. Die Pocken sind nicht ausgerottet worden, weil man die Kranken an den Kosten beteiligt hat, auch nicht, weil man

Die Pocken sind nicht ausgerottet worden, weil man die Kranken an den Kosten beteiligt hat, sondern weil es ein weltweites Konzept gegeben hat.

staatlicherseits die Preise für Hautsalben herabgesetzt hat, auch nicht, weil man den Ärzten die Honorare gekürzt hat, sondern weil es ein weltweites Konzept gegeben hat, das konsequent durchgeführt wurde.

Für die Bekämpfung der Karies gibt es nachweislich ebensolche Konzepte – sogar hier bei uns in Westeuropa, und die Kosten sind tragbar. Die Bundesrepublik, Schweden und die Schweiz haben vergleichbar hohe Pro-Kopf-Ausgaben. Dabei ist die Mundgesundheit der schwedischen und schweizerischen Jugend fast doppelt so gut wie die deutsche. In England, Dänemark und Holland wird halb so viel Geld für Mundgesundheit ausgegeben wie bei uns. Dennoch ist die Erkrankungsrate der Kinder und Jugendlichen geringer.

Flächendeckende Gruppenprophylaxe scheitert bei uns aber immer noch an der

fehlenden Bundeskompetenz. Daran ist angeblich auch nichts zu ändern. Nach wie vor wird Prävention an Deutschlands Hochschulen mangelhaft gelehrt, nach wie vor wird unser Hilfspersonal und auch das des öffentlichen Gesundheitsdienstes nur mangelhaft für prophylaktischen Einsatz ausgebildet, nach wie vor weigert sich die Zahnärzteschaft Qualitäts-Mindest-Standards zu erarbeiten, die die untere Grenze des Akzeptablen und Honorarfähigen definieren.

Das alles sind lang erkannte Struktur-mängel, die das GRG durch kostendämpfende Maßnahmen und Kostenverlagerungen in keiner Weise auch nur ansatzweise beseitigt.

„...und was tut die Zahnärzteschaft?“

Diese fast resignative Politikerkritik darf aber nicht die Augen verschließen für den eigentlichen Skandal: die Untätigkeit der Zahnärzteschaft.

- Es gibt massenhaft Kollegen,
- die sich vor Ort für die Prophylaxe engagieren,
 - die sich um die Kinder- und Frühbehandlung trotz unzureichender Honorare verdient machen,
 - die durch teure Fortbildung in Eigeninitiative und großem Zeiteinsatz einen

hohen Qualitätsstandard erreichen und sich finanziell damit keinen Gefallen tun,

- die ihr Hilfspersonal qualifiziert ausbilden und auf eigene Kosten Patienten zahngesund erhalten,
- die ihren Helferinnen über Tarif Gehalt bezahlen, wenn sie es verdienen.

Ausgaben für die Forschung auf dem Gebiet der präventiven Zahnheilkunde, Parodontologie und Kardiologie 1981:
 Schweden für 4 Hochschulen 20 Mio DM; BRD für 22 Hochschulen 4 Mio DM

Ich frage mich seit Jahren, wen diese Kollegen eigentlich bei den Wahlen zu ihren Selbstverwaltungsgremien auf den

Schild heben? Wie können sie es zulassen,

- daß in ihrem Namen wirksame Prophylaxe auf breiter Basis blockiert wird,
- daß unterschwellig Angst vor Rückgang der Kariesmorbidität verbreitet wird,
- daß der ganze Stand in der Öffentlichkeit zum großen Teil von Leuten vertreten wird, deren sich jeder einzelne Kollege vor seinen Patienten schämen müßte.

Das schizophrene Delegieren der politischen Dreckarbeit an die säbelrasselnden kalten Krieger zerstört nicht nur das Ansehen des gesamten Standes, sondern zerstört auch die Arbeitsbedingungen jedes einzelnen Kollegen.

Zedelmaier hat gesagt: „Nur mit Polemik kann man keine Berufspolitik machen – man muß Konzepte entwick-

keln." Der DAZ erwartet auch vom neuen BDZ-Präsidenten, daß er sein hochdotiertes Amt daransetzt, Konzepte zu entwickeln und nach außen offensiv zu vertreten.

Ich meine nicht Konzepte, die erklären, warum die Zahnärzte unterhonorieren sind oder warum die GOZ eine Zwangsjacke ist oder warum es in Deutschland die wenigsten Totalprothesenträger gibt. Was wir brauchen, sind Nachweise der Effektivität unserer Arbeit, sind Konzepte zur Aufrechterhaltung der Standeshygiene, sind Vorschläge für echte Strukturverbesserungen in unserem Fachgebiet. Wenn die Zahnärzte sich nicht an die Spitze der Lobby für mehr Mundgesundheit setzen, wird dieser Platz von anderen eingenommen, die Kassen und der ÖGD stehen bereit, wenn sie sich erst einmal organisatorisch und personell stark gemacht haben. Noch können wir die Konkurrenz aufnehmen. Auf einigen Gebieten (z.B. der Gruppenprophylaxe und der Qualitätssicherung) können wir nur noch aufspringen, das Steuer halten schon andere in der Hand.

Das Ausbluten der Hochschulen muß ebenso verhindert werden wie der Mißbrauch der DGZMK als standespolitischer Wurmfortsatz des BDZ. Schweden hat 1981 für seine 4 Hochschulen 20 Mio. DM für die Forschung auf den Gebieten präventive Zahnheilkunde, Parodontologie und Kariologie investiert – die Bundesrepublik im selben Jahr für 22 Hochschulen ganze 4 Mio. DM. Ich

habe keinen Zahnarzt-Präsidenten protestieren hören.

Der vertragspolitische Alltag der letzten Monate wurde bestimmt von 4 Themen:

1. Der neue Parodontose-Vertrag
2. Die Differenzierung der Zuschüsse zum Zahnersatz, die das GRG den Vertragspartnern bis zum 31.12.89 auferlegt hat
3. Die Ausgestaltung der vertraglichen Rahmenbedingung zur Individual-Prophylaxe
4. Der Streit um die Zahlungswege bei ZE und KFO.

Ich will die einzelnen Punkte kurz erläutern:

Zum Parodontose-Vertrag

Die Krankenkassen fürchten, daß die Zahnärzte die erweiterten Abrechnungsmöglichkeiten dieses neuen PAR-Vertrages ausnutzen, um die durch das GRG entstandenen Umsatzdefizite wieder auszugleichen. Sie fordern darum eine Deckelung der Gesamtausgaben und die Möglichkeit nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Dies wurde von der KZBV abgelehnt. Da eine Neuregelung nicht vom GRG vorgeschrieben ist, haben die Kassen-Spitzenverbände beschlossen, die Verhandlungen einzustellen, bis über andere Streitpunkte wie Vergütung für Heil- und Kostenpläne, Materialpauschalen und man höre und staune: den Mehraufwand bei den Kran-

kenkasse für das Kostenerstattungsverfahren Einigung erzielt worden ist.

Warum die KZBV keine Verhandlungen über angemessene nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen akzeptiert, ist mir unerklärlich. Eine Deckelung des Gesamthonorars allerdings würde ich auch nicht akzeptieren. Es ist aber auch ein Beispiel dafür, wie durch rein fiskalische Aspekte der Kassenseite Gesundheitspolitik gemacht bzw. verhindert werden kann.

Zur Zuschuß-Differenzierung

Der Standpunkt der KZBV, unverrückbar vorgegeben durch den FVDZ, war die Umwandlung des bisherigen Festpreissystems mit prozentualen Zuschüssen in ein System von Festzuschüssen zu bestimmten Leistungskomplexen mit der Möglichkeit, das Honorar nach oben mit dem Patienten frei zu vereinbaren. Das wäre der Einstieg in die Überwindung der Begrenzung der Gesamtvergütung gewesen, die Morgenröte am Horizont der langen Sachleistungs- und Festpreis-Finsternis. Um dorthin zu gelangen, hatte man die Zahnärzte schon die Kröte der Kostenerstattung schlucken lassen. Dies war der eigentliche und einzige Grund. Dafür hat man Deutschlands KZVen in 2 Lager gespalten, dafür haben die KZVen auf 50 % ihrer Umsätze verzichtet, dafür hat man die Aufsicht über 50 % des Abrechnungsvolumens aus der Hand der KZVen in die Hände der Krankenkassen abgegeben. Die Kassen akzeptieren das Festzu-

schußsystem aber nicht, sie halten am differenzierten Zuschußsystem (z.B. 40 – 50 – 60 %-Zuschuß für mehr bis weniger aufwendige Leistungen) fest.

Auch das sog. Interventionsmodell, vom AOK-Bundesverband aus dem Hut gezaubert, hat keine Aussicht auf Erfolg. Es sieht vor, daß alle ZE-Versorgungen, die 50 % oder weniger zahntechnische Kosten an den Gesamtkosten verursachen, mit 60 %, und alle ZE-Versorgungen, die mehr als 50 % Zahntechnik-Kosten verursachen, mit 50 % bezuschußt werden. Mit anderen Worten: Teleskopkronen aus Singapur = einfach = 60 % Zuschuß, Teleskopkronen aus Deutschland = aufwendig = 50 % Zuschuß.

Man fragt sich besorgt nach der ordnungspolitischen Zielsetzung solcher Modelle. In seinen Argumenten zum „Ziel des Modells“ stellt der AOK-Bundesverband dann auch lapidar fest: „Hierdurch würde gleichzeitig das in der BRD vorhandene Überangebot an zahntechnischen Leistungen (...) abgebaut“ und eine andere Kasse sagt „Dem Zahntechniker-Handwerk kann nur geraten werden, sich dieses Modell zu eigen zu machen, um nach 1992 seine Position auf dem EG-Markt zu behaupten.“ Als entscheidender Vorteil dieses Modells wird von der Kassenseite gesehen, daß die Zahntechniker, auf deren Kosten diese Einsparungen voll gehen, keinen entscheidenden Einfluß auf diesen Vertragsbestandteil haben.

Mit anderen Worten: Es wird ein offensichtlich falsches, kurzsichtiges und sozial unverträgliches Modell darum aus dem Hut gezogen, weil es auf Kosten Dritter geht, die sich nicht wehren können – die Zahntechniker. Sie haben kein verfaßtes Mitspracherecht. Genau diesen Zustand aber streben die Zahnärzte mit der Demontage ihrer Körperschaften auch an. Es führt in die vertragspolitische Bedeutungslosigkeit.

Und noch etwas zeigt dieses Modell: Es besteht bei den Kassen dringender Bedarf an Beratungszahnärzten und auch dringender Politik-Beratungs-Bedarf.

Wir müssen uns, wo wir es können, gegen diesen Verbands-Darwinismus zur Wehr setzen und die ganzheitliche Betrachtung aller Teile des Systems nicht aus dem Auge verlieren.

Zur Individual-Prophylaxe

Ich will dieses Thema nicht weiter ausbreiten, weil Manfred Witte an anderer Stelle darüber seinen Bericht erstattet. In 2 Sätzen:

Über Leistungsbeschreibungen und Richtlinien hat man sich wohl geeinigt, die Bewertungszahlen sind noch strittig. Es besteht aber Zeitdruck, weil die Spitzenverbände wegen der Bonusregelung

beim ZE die Individual-Prophylaxe spätestens bis 1990 regeln müssen.

Zum Streit um die Zahlungswege bei KFO und ZE

Die KZBV lebt im Schisma. Bei den 19 KZVen gibt es in 9 Bereichen Vereinbarungen mit den Kassen und in 8 Bereichen nicht. Selbst in kleinen Berei-

chen wie Rheinland-Pfalz mit 4 KZVen rechnen 2 auf dualem Weg und 2 nur direkt ab. Allerdings übernehmen einige von den Nur-Direktabrechern noch die sachlich-rechnerische

Prüfung und die Statistik. Dies wird nur von den uns ja bekannten Hardlinern abgelehnt (Bayern, Niedersachsen, Nordrhein, Schleswig-Holstein, Tübingen). In diesen Bereichen planen die Kassen, ein gemeinsames Konzept zur Errichtung von kassenartenübergreifenden Abrechnungsstellen zu entwickeln, die ggf. beim Medizinischen Dienst angesiedelt sein könnten.

Weiterhin werden die Kassen in diesen Bereichen den Versicherten empfehlen, den Zahnarzt eine Erklärung unterschreiben zu lassen, wonach die Gesamtrechnung erst dann zu begleichen ist, wenn der Kostenanteil der Krankenkasse überwiesen ist. Diesen Rechtsstandpunkt hatte auch Staatssekretär Jagoda vertreten. Dagegen hatten wir uns in einer

Es müssen ärztliche Freiräume in unserer Berufsausübung erhalten bleiben, die den platten Gesetzen von Ökonomie und Marketing verschlossen sind.

Presse-Erklärung gewandt und unsere Auffassung vertreten, daß nach dem Willen des GRG mit Abschluß der Leistung und Rechnungsstellung der Patient für den gesamten Betrag zahlungspflichtig wird.

Der Freie Verband hat uns das Kuckucksei Kostenerstattung selbst ins Nest gelegt, um mit der Überwindung des Sachleistungssystems der Gesamtvergütung zu entrinnen. Die Mehrheit der Zahnärzte ist dagegen gewesen, und sie hat recht gehabt.

Dem Mehr an Bürokratie und der wachsenden Unsicherheit, zusammen mit einem von den Kassen geförderten Schwund des Vertrauens der Öffentlichkeit in unser Abrechnungsverhalten steht buchstäblich nichts an Vorteilen gegenüber. Von einer Lösung der Preisbindung sind wir weit entfernt. Ich warne auch davor, denn der Preis der Freiheit ist hoch.

Die Freiheit, dem Patienten einen Zahnersatz verkaufen zu können, den er bezahlen kann, wird zur Unfreiheit, ihn verkaufen zu müssen, obwohl er ihn nicht braucht. Mit dem Gewinn, den man beim gutverdienenden Patienten erzielt, muß doch ausgeglichen werden, daß derjenige unversorgt bleibt, der die aufwendige Versorgung medizinisch zwar nötig hätte, sie sich aber nicht mehr leisten kann.

Diesen Preis für die Freiheit bin ich als Zahnarzt nicht bereit zu zahlen. Es müssen ärztliche Freiräume in unserer

Berufsausübung erhalten bleiben, die den platten Gesetzen von Ökonomie und Marketing verschlossen sind. Sie sind offensichtlich nicht mehr selbstverständliches Fundament der Kollegenschaft. Auch hier besteht also Beratungsbedarf!

Wenn der Berufsstand auf Dauer nicht noch mehr an gestaltendem Einfluß im System verlieren will, muß er glaubhaft machen, daß er seine gesundheitspolitischen Prinzipien nicht ständig den eigenen interessenpolitischen unterordnet. Es gibt kaum noch eine gesundheitspolitische Äußerung der Zahnärzteschaft, die nicht mit einer Mischung von Mißtrauen bis Hohn und Spott bedacht würde.

So fordert z.B. ausgerechnet die ZÄKammer-Niedersachsen im Jahre 1989 „für die freie niedergelassene Zahnärzteschaft eine stärkere Einbindung in die Gruppenprophylaxe, um diese umfassend und flächendeckend zu gewährleisten. Dazu sei eine Verlagerung dieser Aufgabe auf den Berufsstand in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und dem ÖGD notwendig.“ Diese Betonköpfe haben offensichtlich immer noch nicht begriffen, daß es ihre eigene Verhinderungspolitik der letzten 10 Jahre war, die den Gesetzgeber veranlaßt hat, uns den Stuhl vor die Tür zu stellen!

Wir sind uns im Vorstand einig, daß die Zeit drängt, um dem gesundheitspolitischen Anspruch der Zahnärzteschaft wieder mehr Gehör zu verschaffen. Von vielen Seiten, von Politikern, von Kassen, von Kollegen, selbst von

von Kassen, von Kollegen, selbst von solchen des Freien Verbandes, werden wir aufgefordert, unsere Positionen deutlicher zu artikulieren und in die Öffentlichkeit zu tragen.

Dies scheiterte bisher an der schmalen Basis unserer materiellen Möglichkeiten. Wir haben uns nun zu entscheiden: machen wir weiter wie bisher und erleben, daß unsere Auffassungen zwar interessiert zur Kenntnis genommen werden, ohne wesentlichen Einfluß auf politische Entscheidungen zu nehmen. Oder nehmen wir den Kampf auf, um dem Berufsbild des freien niedergelassenen Zahnarztes in den zukünftigen politischen Entscheidungen den Gestaltungsspielraum zu erhalten, den er unserer Meinung nach für eine gute und kostengünstige Versorgung der Bevölkerung dringend benötigt.

Es gibt zwei wesentliche limitierende Faktoren unseres Engagements

1. die permanente Erfolglosigkeit bei der Durchsetzung gesundheitspolitischer und notwendiger Entscheidungen.
2. Die Grenzen der Ehrenamtlichkeit sind überschritten.

Die Mitgestaltung der berufspolitischen Rahmenbedingungen muß wieder integraler Bestandteil der Berufsausübung werden. Sie darf nicht Luxushobby von einzelnen sein, die außer ihrer Sachkenntnis und ihren Nerven auch noch ein Vermögen und Unmengen an Freizeit hineinsetzen.

Die Folge ist nämlich, daß an andere delegiert wird, z.B. an Verbandsfunktionäre, an Lohnschreiber, an Justitiare und an Ökonomen. Deren Eigendynamik nimmt selbstverständlich Einfluß auf die Inhalte, da alle diese Hilfskräfte ständig neu ihre Daseinsberechtigung legitimieren müssen. Diese Verkehrung der Aufgaben ist eine der Ursachen der Krise des BDZ. Dessen Politik wird nicht mehr von Zahnärzten gemacht.

Wir müssen also die zahnärztliche Basis des DAZ verbreitern. Es gibt viele Kollegen, die sich nicht mehr repräsentiert fühlen und die das Debakel genauso sehen wie wir. Sie scheuen aber die Mitarbeit, weil sie sich nicht einspannen lassen wollen, weil der Rückzug ins Private dem Zeitgeist entspricht.

Wir müssen uns auch darüber klar sein, daß die Konturen des DAZ nicht scharf genug sind. Unser Bild bei den Zahnärzten ist häufig das, was der FVDZ vor einigen Jahren gezeichnet hat – und an das er vermutlich immer noch glaubt (Stichwort: linke Splittergruppe). Dieses Bild läßt sich nur durch mehr Öffentlichkeitsarbeit und mehr Anteil an der Körperschaftsarbeit korrigieren. Dies schaffen wir nicht aus eigener Kraft in kurzer Zeit.

Bei der Suche nach starken Verbündeten sind wir auf den NAV gestoßen. Der Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands mit seinen 15000 Mitgliedern und seinem Vorsitzenden, dem Kinderarzt Dr. Erwin Hirschmann,

die legitime Vertretung der eigenen Interessen am wenigsten ärztliche Prinzipien opfert.

Das Primat der niedergelassenen freien Praxis steht nicht für die Erhaltung des Einkommens seiner Besitzer, sondern für die Überzeugung, daß dies die humanste und wirtschaftlichste Form der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung darstellt.

Dennoch ist diese Überzeugung kein Selbstzweck, sondern muß ständig neu legitimiert und wo nötig modifiziert und an sich ändernde Bedingungen angepaßt werden. Dazu braucht man keine Zentrale oder gar staatliche Befehlsausgabestelle, sondern starke und selbstbewußte Selbstverwaltungspartner, die mit Sachverstand und mit Skrupel ausgestattet sein sollten. Sachverstand allein reicht auf der ärztlichen Seite jedenfalls nicht aus!

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

Zitate

1. Nur der Versuch, sich wirklich neu zu orientieren und der Respekt für die Angst, die dabei jeden Menschen befällt, kann eine grundsätzliche Veränderung unserer Beziehungsstrukturen mit sich bringen. Und doch: Es ist nicht leicht auf einen Feind zu verzichten.
2. Wenn man ein Feindbild aufgibt, verliert man die Fähigkeit, sich gegen den anderen in Sicherheit zu bringen.
3. Feindbilder können prinzipiell an zwei Punkten aufgelöst werden: durch die persönliche Kontaktaufnahme mit dem anderen (Lager) und durch kritische Infragestellung von (kollektiven) Feindphantasien bei sich selbst bzw. im eigenen Lager. Thea Bauriedl 1989

*Kollegial, Kritisch
Konstruktiv, Kompetent*



Tätigkeitsbericht des Referenten für „Qualitätssicherung“

Chr. Nielsen

Das GRG §135 – Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde – hat die Auffassungen und Vorarbeiten des DAZ weitgehend bestätigt. Der QS-Experte im Sachverständigenrat, Prof. Selbman stellt in einem Schreiben an den DAZ fest, daß „unsere Ansichten, insbesondere in den Streitpunkten nahezu identisch sind“.

Es kommt deshalb jetzt darauf an, das unfruchtbare Hickhack um die Frage „Ob überhaupt?“ in eine konstruktive Klärung des „Wie?“ einzuleiten. Daran sollte uns weder die Starrköpfigkeit des FVDZ-Vorsitzenden Bieg hindern, der „jede Art von QS für indiskutabel hält, solange nicht kostendeckende Honorare sichergestellt“ seien, noch die von BDZ/KZBV konstruierte Null-Lösung der sogenannten voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung. Beide Haltungen umgibt die Aura eines Offenbarungseides der Perspektivlosigkeit. Der direkte Zusammenhang zwischen Qualität und Honorar ist völlig unbestritten. Solange jedoch in der BRD „die mit Abstand höchsten pro-Kopf-Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung“ aufgebracht werden, ist u.E. eine verbindliche Klärung des qualitativen Ergebnisses eine Art Bringschuld der Zahnärzteschaft.

Neben den Intentionen des GRG scheint ein weiterer Aspekt die Dringlichkeit einer überzeugenden und wirkungsvollen QS zu bestätigen: Die für 1992 avisierte EG-weite Niederlassungsfreiheit. Zu erwartende sehr individuelle Güte-Vorstellungen zahnärztlicher Betreuung erfordern verbindliche qualitative Orientierungen hiesiger Maßstäbe. Aber auch für bundesdeutsche Routiniers sind Standards in allen Qualitätsdimensionen – Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – die nächsten Schritte vernünftiger Qualitätssicherung. Unser System mit Sachleistung, Sicherstellungsauftrag und Einzelleistungsvergütung erlaubt nicht, zahnärztliches Handeln allein den Gesetzen des freien Marktes zu überlassen.

Stellvertretend für die gesetzliche Krankenversicherung veranstaltet der Bundesverband der Betriebskrankenkassen BKK am 30.10.89 ein Symposium „QS in der Zahnmedizin“. So begrüßenswert diese – längst überfällige – Bestandsaufnahme ist, so sehr bedauert der DAZ, daß weder BDZ/KZBV noch DGZMK in der Lage waren, diese QS-Initiative in der Zahnärzteschaft selbst zu halten. Die Gefahr wächst, daß sich Steuerungskompetenzen der Zahnmedi-

zinischen QS langfristig bei der Krankenkassenbürokratie ansiedeln. Der DAZ hat davor immer gewarnt und z.B. auf das selbstkritische und selbstbewußte Handeln der Ärzteschaft hingewiesen, die alle QS-Konzepte in eigener Souveränität entwickelt und durchführt.

Meine Tätigkeit als QS-Referent konzentrierte sich auf

- das Sammeln und Sichten von Material zur Qualitätssicherung,
- die Information des Sachverständigenrates über QS-Aktivitäten des DAZ,
- die Darstellung der DAZ-Position in dem in Kürze erscheinenden Sammelband 'QS im zahnärztlichen und zahn-technischen Bereich', Hrsg. Dr. K. Kimmel,
- das Knüpfen von für die QS unverzichtbaren Kontakten zwischen Prak-

tikern und Wissenschaftlern,

- Briefe zum Thema, darunter ein offener Brief an Prof. Pieper, siehe *forum* 26
- sowie eine Reihe von Presseerklärungen.

Ich halte es für dringend erforderlich, daß sich Kolleginnen und Kollegen verstärkt in die Thematik „Qualitätssicherung“ einarbeiten. QS-erfahrene Kollegen des DAZ und ich stehen – soweit möglich – beratend zur Verfügung; ich verweise jedoch auch auf die wachsende Literatur, vor allem das „Studienhandbuch“ sowie auf die Teilnahme an QS-Veranstaltungen.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. dent. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70*

Bericht des Referenten für Prophylaxefragen

M. Witte

Es wird über die Ausgestaltung der § 21 und 22 SGB V, die die Gruppen- und Individualprophylaxe regeln, berichtet. Auf Bundesebene haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der BDZ und der Deutsche Ausschuß für Jugendzahnpflege eine Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Gruppenprophylaxe abgeschlossen, die die Basis für Landesrahmenvereinbarungen darstellt. Die

Empfehlung läßt Forderungen nach einem Behandlungsrecht des Jugendzahnarztes und nach Reihenuntersuchungen, ohne die eine Dokumentation und Erfolgskontrolle nicht möglich ist, vermissen.

Der Bundesverband der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst hat sich der Rahmenempfehlung nicht ange-

schlossen. Nach Ansicht des Vorsitzenden des BZÖG darf die Empfehlung weder die Kämmerer von Kreisen und Städten, noch die Finanzminister dazu ermuntern, künftig Stellenbesetzungen als Sparmaßnahmen zu verhindern und die neuen Landesarbeitsgemeinschaften in der Alleinverantwortung zu sehen.

Da sich die Rahmenempfehlung sehr an Ausarbeitungen des DAJ bindet, wird das Papier „Zielgruppengerechte Prophylaxe – Wege zur Realisierung effizienter Gruppenprophylaxe nach § 21 GRG“ der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK wahrscheinlich bei den Beratungen für die Landesrahmenvereinbarungen keine Berücksichtigung finden. Zudem stößt das Papier auf heftige Kritik des BDZ und wird nicht von der DGZMK gestützt.

Seit dem 1.1.1989 stehen dem Versicherten die Leistungen nach § 22 zu. Durch den Konflikt zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden werden den Versicherten Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vorenthalten, möglicherweise verbunden mit

Konsequenzen auf die Bonusregelung. Um etwas Zeit für Verhandlungen zu gewinnen, wollen die Krankenkassen mit dem BMAS ein Verfahren abstimmen, nach dem die Versicherten hinsichtlich der Bonusregelung so behandelt werden, als hätten sie die Individualprophylaxe lückenlos nachgewiesen. Die Vertragspartner haben sich bisher weitgehend auf die Beschreibung von 5 Leistungen geeinigt. Ebenso soll Einigkeit über ein Bonusheft erzielt worden sein. Völlig offen sind die Honorarpauschalen für die einzelnen Leistungspakete.

Es wird berichtet über ein zahnärztliches Kinder-Untersuchungsheft der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in Coesfeld, eine Mundgesundheitsstudie des NAV, eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung zum Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland und eine erneute Initiative zur Salzfluoridierung.

*Anschrift des Verfassers:
R. Manfred Witte
Hunoldstr. 62c
2906 Hundsmühlen*

*Erhaltung des Sozialversicherungssystems
Erhaltung der Einzelleistungsvergütung
Konstruktive Haltung zur Qualitätssicherung*

Darum



Zahnärztliches Kinder-Untersuchungsheft der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Coesfeld

Im Mai d.J. stellte die Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Kreis Coesfeld (Jakobiring 15, 4420 Coesfeld, Tel. 02541/1227) ein zahnärztliches Kinder-Untersuchungsheft für Kinder vom 2 1/2. bis zum 6. Lebensjahr vor, das Zahnärzte, Kinderärzte, Oecotrophologinnen und Krankenkassen erarbeiteten. Es entstand in Anlehnung an das kinderärztliche Untersuchungsheft.

Die zahnärztlichen Untersuchungen sollen jedes halbe Jahr, insgesamt 8mal durchgeführt werden. Das Untersuchungsheft wurde an niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Kinderärzte, Gynäkologen, Neugeborenenstationen, Kindergärten und an das Gesundheitsamt verteilt.

Das Heft gliedert sich in 3 Teile. Im ersten Abschnitt werden die Eltern anhand eines Zahnschemas und eines

Fragebogens aufgefordert, die Zahnentwicklung, Ernährung, Gewohnheiten, Gesundheitsvorsorge, Krankheiten und Zahnpflege ihres Kindes aufzulisten. Im zweiten Abschnitt erhalten die Eltern umfassende Informationen zur Zahngesundheit. Die Abschnitte zahnärztliche Untersuchungen sind mit weiteren altersabhängigen Informationen verbunden. Ein Durchschlag des Untersuchungsergebnisses geht ohne Namensnennung zur statistischen Auswertung an das Gesundheitsamt.

Ein zahnärztliches Kinder-Untersuchungsheft wurde vom DAZ seit Jahren gefordert. Das Heft hat bisher über den Kreis Coesfeld keine Verbreitung gefunden. DAZ-Mitglieder sind aufgerufen, das Heft in bestehenden oder noch zu gründenden Arbeitsgemeinschaften publik zu machen. m.w.

*Gesundheitspolitik durch Kompetenz
und Verantwortung mitgestalten*

Darum



■ Kulzer Heraeus-Tochter mit Pioniergeist.

Forschung, Entwicklung und Leistung.
Kulzer Chronik auf einen Blick.

1935: Das Unternehmen wird in Frankfurt gegründet. **1936:** Die erste Erfindung heißt Paladon, ein heißpolymerisierender Prothesen-Kunststoff. **1939:** Kulzer wird zu je 50% Tochter von Degussa und Heraeus. **1949:** Kulzer bringt Rapid-Paladon und Rapid-Palapot, die ersten kaltpolymerisierenden Prothesen-Kunststoffe, auf den Markt. **1953:** Kulzer präsentiert Technovit, einen schnellhärtenden Kunststoff für die Materialprüfung, und stößt damit in den Bereich Technik vor. **1959:** Palacos, ein Knochenzement zur Verankerung künstlicher Hüftgelenke, ist die erste Erfindung von Kulzer für die Human-Medizin. **1968:** Palapress, ein farbstabiler kaltpolymerisierender Prothesen-Kunststoff, setzt sich durch. **1974:** Estic, ein neues Composite für Zahnfüllungen, begeistert weltweit Zahnärzte und Zahntechniker. **1976:** Kulzer erleichtert Zahnärzten die Arbeit bei Zahnfüllungen durch die Einführung des Estilux-Systems, einem lichthärtenden Composite. Ebenfalls 1976 setzt Kulzer in der Human-Medizin Septopal-Kugeln ein. Nach chirurgischen Eingriffen implantiert, reduzieren sie die Infektionsgefahr. **1978:** Technotron, ein neuartiges Schleif- und Polier-System für die Metallographie, kommt auf den



Markt. **1979:** Kulzer stellt das neue lichthärtende Einkomponenten-Composite Durafill (das mit sichtbarem Licht ausgehärtet wird) vor. Es ist seither für ästhetische Restaurationen in der Zahnheilkunde unentbehrlich. **1981:** In diesem Jahr wird die Kulzer Histo-Technik geboren, eine neuartige Verfahrenstechnik zum Einbetten und Schneiden histologischer Präparate. **1982:** Mit Dentacolor, einem lichthärtenden K+B

Composite auf Microfill-Basis für Kronen- und Brücken-Verblendungen, präsentiert Kulzer eine bahnbrechende Alternative zum Keramik-Zahnersatz. **1984:** Das Kulzer Zentrum für Schulung und Information in Wehrheim/Ts. wird eröffnet: ein internationaler Treffpunkt für Fachleute aus Zahnmedizin und Zahntechnik. Im selben Jahr hat die dentechnica '84 ihre Sensation. Kulzer verblickt die dentale Fachwelt mit einer beispielhaften Innovation: dem Kulzer Silicoater-Verfahren. Mit diesem neuen Verfahren ist erstmals randspaltfreier Verbund von Kunststoff und Metall in der zahnärztlichen Prothetik möglich. **1987:** Die Ergebnisse der 3jährigen klinischen Erprobung des Silicoater-Verfahrens liegen vor. Die Erfolgsquote beträgt knapp 100%. Palavit G L C, der erste lichthärtende Modellierkunststoff, wird eingeführt. Und: am ersten Oktober 1987 wird Kulzer ein Unternehmen der Heraeus Gruppe. **1988:** Kulzer bringt einen neuen lichthärtenden Kunststoff für die Histologie zum Einbetten nicht schneidbarer Gewebe und Materialien heraus. Heute ist Kulzer mit seinen 230 Mitarbeitern eine hundertprozentige Heraeus-Tochter, Garantie für fort-dauernde, gezielte Forschung, Entwicklung und praxisnahe Information.

Ein Unternehmen der Heraeus Gruppe

Kulzer:
wir forschen und helfen

Podiumsdiskussion zum Thema: **Körperschaften am Ende?**

Zu einer Podiumsdiskussion über dieses Thema am Rande der JHV hatte der DAZ den KZV-Bundesvorsitzenden W. Schad, den frisch gekürten BDZ-Vizepräsidenten Dr. Sprekels, den Bremer Kammerpräsidenten Dr. Boehme, den stellvertretenden NAV-Bundesvorsitzenden Dr. Martin und den Chefredakteur der Zahnarztwoche Jürgen Pischel eingeladen. Vom DAZ nahmen dessen Vorsitzender Dr. Ernst sowie Dr. Müller als Diskussionsleiter teil.

Natürlich hatte niemand erwartet, daß auch nur einer der Körperschaftler in den vom Thema induzierten Abgesang auf die Körperschaften einstimmen werde. Doch ein wenig mehr Substantielles, gerade in einer Zeit, in der der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte von mehreren Kammern ganz oder teilweise boykottiert wird, hätte man sich gewünscht. Schließlich ist es schon seit längerer Zeit das klare Ziel des Freien Verbandes, die Zahnärzteschaft aus jeder Art von Sozialpflicht zu lösen, für alle Leistungen die unbegrenzte Liquidationsmöglichkeit zu erreichen und jede Form von Qualitätssicherung und Qualitätskontrollen abzuwehren. Für diese Ziele ist der Freie Verband sogar bereit, die eigenen Körperschaften zu opfern. Doch darüber wurde nicht gesprochen – sondern dieses oder jenes interessante, aber mehr allgemein-verbandspolitische Statement abgegeben:

Sprekels: Es gibt allerdings einen zweiten Aspekt. Bei uns gibt es in Hamburg genauso Unzufriedenheit über diese Flut von Verordnungen, z.B. ...

Medizingeräteverordnung, Röntgenverordnung, Druckbehälterverordnung usw. usw. Das ist in Hamburg genauso wie überall.

Und natürlich gibt es genau große Unzufriedenheit über die Entwicklung innerhalb der eigenen Praxis. Es bringt weniger Spaß, die Patienten fordern mehr, wir werden reglementiert, eine gewisse Berufsunzufriedenheit. Das ist auch in Hamburg so, aber – Hamburg ist ein Stadtstaat. Und das heißt, wir haben z.B. kleine Vorstände, wir haben eine ausgesprochen gut überschaubare Anzahl von Delegierten. Das bedeutet, daß diese wenigen besser informiert werden müssen.

Ich glaube, daß es in einem Stadtstaat einfacher ist, den Informationsstand der gesamten Kollegenschaft höher zu halten. Einfach weil wir schneller greifbar sind und schneller zusammenkommen können, als das in Flächenstaaten möglich ist.

In Hamburg haben die gewählten Vertreter der Zahnärzteschaft das Maß

an Toleranz erreicht, das es auch erlaubt, dem anderen noch zuzuhören, eine Fähigkeit, die insgesamt in der Bevölkerung doch erstaunlich zurückgegangen ist.

Manche sagen, daß dadurch die kämpferischen Elemente, das Progressive verloren geht. Aber ich sage, das ist nicht das Entscheidende. Streiten kann man immer, das kann man auch in Hamburg. In der Sache streiten, ist ja gut. Man kann auch gegen Personen streiten, weil hinter den Personen ja letztendlich auch eine Auffassung, ich hätte fast gesagt, ein Programm steht.

Aber auf jeden Fall ist Hamburg kein KZV-Bereich, wo auch im Inneren Kannibalismus betrieben wird. Ich schade dem anderen und dadurch, daß es mir Spaß bringt, dem anderen zu schaden, schade ich letztendlich mir selbst bzw. der Gesamtheit. Auf jeden Fall wird in Hamburg auch nicht mit Halbwahrheiten gearbeitet, zumindest soweit dies überhaupt beeinflußbar ist. Sie kennen das auch, eine halbe Wahrheit ist manchmal eine ganze Lüge.

Boehme: Mein Thema heißt: *ein starker BDZ mit Körperschaftscharakter statt der bisherigen lockeren Konstruktion; direkte Wahlen für ein zahnärztliches Parlament.*

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ist eine Körperschaft. Ihre Entscheidungen in Fragen der Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen sind

für die Landes-KZVen bindend. Wäre eine ähnliche Konstruktion für den BDZ möglich? Das Grundgesetz der Bundesrepublik regelt u.a. auch die Kompetenzen von Bund und Ländern. Danach obliegt dem Bund z.B. die Gesetzgebung für die Rechtsprechung und für die Sozialgesetzgebung. Hier konnte er mit der Bundesanwaltskammer und der kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Körperschaften des öffentlichen Rechtes einrichten und sie mit weitgehenden Vollmachten ausstatten. Nach dem gleichen Grundgesetz obliegen aber z.B. das Bildungswesen und das Gesundheitswesen der Regelungsbefugnis durch die Bundesländer. Das Zahnheilkundegesetz regelt darin nur die Zulassung als Zahnarzt, nicht aber seine eigentliche Berufsausübung. Das ist die Aufgabe der Heilberufsgesetze der Länder. Eine Bundesärztekammer oder Bundeszahnärztekammer als bundesmittelbare Körperschaft kann deshalb nicht eingerichtet werden. Dazu müßte das Grundgesetz geändert werden. Eine Stärkung des BDZ auf diesem Wege ist also nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund muß man nun wohl auch die Frage nach direkten Wahlen für ein zahnärztliches Parlament sehen. Das klingt zuerst basisdemokratisch und vielversprechend. Die Direktwahl zur Hauptversammlung des BDZ wäre nach einer Satzungsänderung sicherlich möglich. Damit wäre aber der BDZ dann keine Arbeitsgemeinschaft der Zahnärztekammern

mehr. Empfehlungen des BDZ würden von den einzelnen Kammern, weil sie ohne ihr Mitwirken zustande gekommen wären, noch weniger befolgt als heute. Der BDZ würde dadurch nicht gestärkt, sondern wahrscheinlich geschwächt. Von vielen Seiten wird die Forderung erhoben, der BDZ müsse politisch werden. Man vergißt dabei, daß seine Mitglieder Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind, deren Aufgabe und Pflicht durch die Kammergesetze genau festgelegt sind.

Und nun kommt die Verwirrung. Bei den Überlegungen zur Neuordnung und Strukturreform des BDZ möchte die eine Seite ein starkes politisches Instrument daraus machen, die andere Seite glaubt, so schlecht sei er ja eigentlich gar nicht gewesen und er könne im Prinzip bleiben wie bisher. Und einige wenige wollen ihn schwächen, indem sie ihm selbst die Verwendung des Namens Bundeszahnärztekammer zu verbieten suchen.

Zur Zeit werden nun Überlegungen angestellt, wie man den BDZ durch Änderung seiner Struktur stärken kann. Es ist aber mehr als fraglich, ob Veränderungen der Verbandsstruktur den BDZ und damit das Ansehen der deutschen Zahnärzteschaft stärken können. Strukturen sind so wie Kleider, es kommt wohl mehr auf die Menschen an, die diese Kleider tragen.

So wird der BDZ auch in Zukunft nur so stark oder so schwach sein, wie die

Menschen, die ihn bilden und verantwortlich leiten. Auf die Inhalte und gemeinsamen Ziele der Verbandspolitik kommt es mehr an als auf Formalien.

Pluralismus nach innen, Einigkeit nach außen. Das ist der Weg, den wir ausdiskutieren und im offenen Meinungsaustausch beschreiten müssen.

Pischel: *Die Frage, die an mich gestellt wurde, lautete: Überwältigt der Freie Verband die Körperschaften?*

Hier lassen Sie mich als Kernantwort sofort geben: Er würde es gerne tun, für die einen aber leider und für die anderen Gott-sei-Dank, er kann es nicht mehr!

Es ist schließlich ein Dilemma, daß Hauptversammlungen sicher zu 90 % vom Freien Verband überstimmt oder überwältigt werden können, sie aber dann, wenn es nicht mehr um Parolen geht, sondern um die Sache, keine Mehrheit mehr zustande bringen. Und das scheint mir das Kernproblem der Berufspolitik geworden zu sein. Denn die zahnärztliche Berufspolitik leidet gar nicht so sehr an dem Alleinvertretungsanspruch des Freien Verbandes, sondern darunter, daß sie nicht bereit ist, mit der Kollegenschaft, mit den Zahnärzten insgesamt die Kernfragen der Berufspolitik der Zukunft offen zu diskutieren. Diesen Vorwurf mache ich der KZBV genauso wie dem BDZ und noch mehr dem Freien Verband.

Herr Schad, ich weiß, daß Sie in den Themen Kostenerstattung, Direkta-

brechung, Festzuschüsse sehr wohl bis ins letzte Detail alles offen diskutieren, nur das, was nach draußen kommt, sind schlicht und einfach reine Parolen. Und ich möchte fast sagen, das zweite große Leiden ist eben, daß der Freie Verband von Ideologen geführt wird. Der Freie Verband besteht in seiner Führung aus einem ganz prononcierten Ideologen, von dem ich meine, daß er der Alleinvertretungsanspruch des Freien Verbandes ist, und dies schädigt, weil man auf der anderen Seite dann auch sehr schnell auf Unverständnis trifft.

Jetzt lassen Sie mich auch einmal etwas zum DAZ sagen. Ich habe in den letzten 2 Jahren viele der Initiativen Ihres Verbandes mit großem Interesse gelesen und wie Sie auch wissen, bin ich darauf eingegangen. Immer habe ich gesagt, die größte Durchsetzungskraft bei Themen, die die Zahnärzte berühren müßten, hat eigentlich der DAZ – denken Sie z.B. an das Voranbringen der Qualitätssicherungs-Diskussion. Nur heute, wenn ich Ihre Papiere lese, beginnen Sie, den gleichen Fehler zu machen, wie der Freie Verband. Sie fangen nämlich auch an, Parolen zu verkünden, sich einzuschließen auf irgendwelche Leute und sich nicht mehr auf das zu besinnen, was die Stärke des DAZ war, nämlich die Sache. Und sie starren wie das Kaninchen auf die Schlange, weil sie selbst Angst haben davor, Mehrheiten in der Zahnärzteschaft zu suchen und vielleicht dann auch einmal einen Alleinvertretungsanspruch stellen zu müssen.

Schad: Ich soll etwas sagen zu den beiden Fragen: Wie stark darf oder muß der Einfluß der Verbände auf die kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sein und hat die KZBV noch einen eigenen Entscheidungsspielraum?

Sie wissen, die KZBV ist eine Körperschaft öffentlichen Rechtes und hat mittelbar Staatsaufgaben wahrzunehmen. Ein Vorbeimogeln an diesen Aufgaben und an diesen Aufträgen, die das Gesetz gibt, ist der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nicht möglich. Ich sage dazu, ich will es auch nicht. Es interessieren mich im Augenblick zwei Aufgaben. 1. Die Interessen der Zahnärzte gegenüber den Krankenkassen zu vertreten und 2. die korrekte Erfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten zu gewährleisten und ggf. auch zu überwachen und mit Zwangsmitteln durchzusetzen. Ich habe beim DAZ so ein bißchen das Gefühl - ich habe es zumindest gehabt - daß er glaubt, man könne der gerechten Sache der Zahnärzte allein auf fachlichem Niveau begegnen und müsse sich nicht in die Niederung der Politik begeben.

Es gibt keinen Bereich im sozialpolitischen Raum, der frei wäre von Interessenvertretern. Das Bundesministerium für Arbeit als Teil der Bundesregierung verwirklicht nicht etwa Ziele, die vom Himmel und von der heiligen Apollonia vorgegeben sind, sondern verwirklicht die sozialpolitischen Vorstellungen der Regierungspartei. Und wenn wir eine andere Regierung bekämen, dann wür-

de das Arbeitsministerium wieder mit ganz anderen Vorstellungen an die Heilberufe herantreten. Die großen Bundesverbände der Krankenkassen, die Versicherten-Vertreter, wie sie sich sehen, sind de facto in die Einflußsphären großer Einzelgewerkschaften wie dem DGB eingebettet. Also wäre es töricht, die Aufgabe der KZBV unpolitisch und unter edler Begrenzung auf fachliche Fragen zu sehen. Dann ist da der Freie Verband, durch die historische Entwicklung zu dem einflußreichsten Verband der Zahnärzte geworden. Ich hätte keine 10 Jahre Vorstands-Mitglied im Freien Verband sein können, bis hin zu einer knapp 4jährigen Vorsitzendenzeit, ohne die Bejahung einer Zielsetzung, die den von Bevormundung freien, wirtschaftlich gesicherten Zahnarzt als Diener am zahnkranken Menschen postuliert hat. An dieser Zielsetzung hat sich nichts geändert.

Im Zweifel hat der BDZ das repräsentative Primat, im Zweifel hat der Freie Verband das politische Primat und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung das vertragspolitische Primat. Und diese gegebene Polarität, dieses Spannungsverhältnis zwischen Freiem Verband und den körperschaftlichen Aufgaben der KZBV – bewahrt die KZBV davor, unpolitisch zu werden. Bewahrt die KZBV vor der Gefahr, hinüberzugleiten in die reine Verwaltung, in die reine Gesetzesdurchsetzung, in das vermeintlich Unpolitische.

Ich habe mir aufgeschrieben als letzten

Satz, daß es mir wirklich Freude macht, in diesem Spannungsfeld zwischen der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben und der politischen Willensbildung der deutschen Zahnärzte zu arbeiten. Hätte ich dieses Spannungsfeld nicht, dann käme ich mir vor wie einer, der mit sich selbst Schach spielt. Man braucht einen Gegenpol, der kritisch das beleuchtet und kritisch das bedenkt, was man selbst für richtig hält und nur in diesem Dialog – für mich ist das ein Dialog – kommt man zu dem, was für die Zahnärzte richtig ist. Wobei der Irrtum menschlich ist, und ich nicht glaube, daß wir eine allein seligmachende Politik betreiben, nur man muß sich für eine Politik entscheiden und wir glauben, daß wir auf dem richtigen Weg sind.

Ernst: Ich habe als Thema bekommen: Körperschaften, Lagerpolizei hinter dem Stacheldraht. Dieses Wort ist nicht von mir, sondern es ist ein Zitat von Herrn Bieg, der ja von mir hier nicht zum ersten Mal genannt wird.

Ich will das Zitat in seinem ganzen Satz vorlesen. Die Selbstverwaltung ist in Wirklichkeit nur noch die Lageraufsicht hinter dem Stacheldraht, und selbst da herrschen noch die Krankenkassen mit dem Rückenwind des Bundesarbeitsministeriums über den unterprivilegierten Teil der Lageraufsicht, nämlich die Vertretung der Zahnärzte und der Ärzte.

Dieses ist ein Bild, gebraucht von einem der geistigen, sicher aber auch politischen Führer der deutschen Zahnärzteschaft. Ich will mal versuchen,

dieses Bild auf seine Wahrheit zu greifen, seinen Wahrheitsgehalt zu überprüfen. Es gibt in der Kommunikationsforschung zwei Kategorien von Wirklichkeiten. Das eine ist die Wirklichkeit erster Ordnung, die sich bezieht auf die objektiven, feststellbaren Eigenschaften von Dingen, die Wirklichkeit zweiter Ordnung bezieht sich auf die Zuschreibung von Sinn und Wert zu diesen Dingen, damit vor allen Dingen bezieht sie sich auf die Kommunikation.

Die Wirklichkeit erster Ordnung der Körperschaft ist das, was ihnen gesetzlich vorgegeben ist, was ihre Rechte und Pflichten sind, Rechte und Pflichten, die der Gesetzgeber vorgegeben hat, die auch ausgefüllt werden sollen. Die Wirklichkeit zweiter Ordnung ist die Lageraufsicht hinter dem Stacheldraht. Die Wirklichkeit zweiter Ordnung ist auch der Ruf Honecker als Bezeichnung für den Bundestagsabgeordneten Günther in der letzten Versammlung des Freien Verbandes durch einen Delegierten. Das ist eine Wirklichkeit zweiter Ordnung. Diese Metapher von Bieg ist aber gefährlich, wenn politische Führer den Unterschied zwischen der Wirklichkeit erster Ordnung und der Wirklichkeit zweiter Ordnung aus den Augen verlieren. Solche Leute leben in der naiven Annahme, die Wirklichkeit sei so, wie sie sie sehen. Jeder, der sie ander sieht, ist entweder böswillig oder dumm. Der katastrophale Fehler der Führer eines Teiles der deutschen Zahnärzteschaft besteht meiner Meinung nach darin, daß

sie annehmen, daß es diese Wirklichkeit zweiter Ordnung tatsächlich gibt. Und der nächste katastrophale Fehler ist der, daß sie annehmen, daß sich in dieser Wirklichkeit zweiter Ordnung der Normale besser auskennt als der in seiner Wahrnehmung Gestörte.

Um es nochmals deutlich zu machen, es geht nicht darum, daß wir uns in unserer Politik an einer Kategorie „gut und böse“ oder „Freund - Feind“ orientieren, es geht ausschließlich um die Realität der Beziehung. Das betrifft übrigens nicht nur die Körperschaften, das betrifft die große Politik zwischen Herrn Bush und Herrn Gorbatschow genauso, wie das, was Sie und wir alle mit unseren Ehepartnern und Kindern erleben.

Daraus kann man folgern, daß wir alles das, was wir der zweiten Ordnung zuordnen müssen, nämlich Selbstmitleid, Abwehrhaltung und diese Dinge aufgeben müssen, und uns nur auf unsere eigene Stärke besinnen. Diese eigene Stärke erschließt uns das, was ich versucht habe eben mit erster Ordnung zu beschreiben. Nach meiner Auffassung ist es die erste Aufgabe der Körperschaften, in diesem vom Gesetzgeber vorgegebenen Zwiespalt seiner Aufgabenstellung - nämlich einerseits eine Interessenvertretung der Zahnärzte zu sein und andererseits ein als Körperschaft des öffentlichen Rechtes verlängerter Arm des Staates wieder die Mitte zu finden. Wir müssen sehen, daß wir es verhindern, daß ein zentraler Kampf-

verband, so wie er sich selber bezeichnet, jede abweichende Meinung geradezu erschlägt und wir wieder zum Pluralismus der Meinungen zurückkehren. Wir müssen verhindern, daß gruppenegoistisches Denken den Gedanken der Partnerschaft verdrängt. Wir müssen erreichen, daß das Deklamieren der eigenen Unverzichtbarkeit ohne Nachsatz unbedingt durch den Nachweis der Effizienz unserer eigenen Tätigkeit gesetzt wird. Dieses wird und kann uns niemand abnehmen. Das ist die Legitimation unserer Politik und als letztes – wenn wir die zentrale Richtlinienpolitik des Staates, sowohl des Staates als auch dieser Gruppe der deutschen Zahnärzteschaft überwinden wollen, dann müssen wir wieder zurückkommen zu dem Gedanken der dezentralen und damit flexiblen Selbstverwaltung. Und damit zu einer Stärkung und Erhaltung der Körperschaften, in den vom Gesetzgeber definierten Aufgaben.

Wir müssen wegkommen vom imperativen Mandat, das ja gerade in den letzten Tagen bei der Hauptversammlung des Freien Verbandes noch einmal ganz deutlich bestätigt worden ist. Dieses ist meiner Meinung nach der Tod der Körperschaften, der Weg in die falsche Richtung.

Martin: Ich vertrete den NAV, den Verband der niedergelassenen Ärzte. Ich bin dessen stellvertretender Vorsitzender. Die Mitglieder dieses Verbandes rekrutieren sich seit Bestehen praktisch zu 100 % aus niedergelassenen Ärzten

aller Fachrichtungen und wir versuchen, die Interessen dieser sehr emanzipierten Gruppen unter einen Hut zu bringen, was uns mehr oder weniger gelingt.

Mein Thema heißt Zukunftsperspektiven der ärztlichen Körperschaften. Dazu will ich auch nochmal den Status quo darstellen, weil ja Sie als Zahnärzte nicht so direkt mit den Problemen der Ärzteschaft konfrontiert sind, was sie eigentlich sein sollten, und was wir in Ihrem Bereich sein sollten.

Drei Dinge haben in den letzten Jahren die Ärzteschaft, die Kassenärzteschaft besonders berührt. Das war die Einführung eines neuen einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit der Folge neuer Gebührenordnungen, es war das Gesundheitsreformgesetz, und nicht zuletzt die Wandlungen, die im Rahmen der EG auch auf die Kompetenzen der Körperschaften übergreifen haben; so beschäftigt insbesondere in der letzten politischen Vergangenheit das Thema der Richtlinien zur Weiterbildung der Allgemeinmedizin in Europa unsere Körperschaften und auch die Ministerien. Sie wissen, nach 1995 muß eine 2jährige Weiterbildung nach Abschluß der Studien für die Allgemeinmedizin in allen Mitgliedstaaten durchgeführt werden. Es gibt dazu im Rahmen dieser Entwicklung auch eine Arbeitsgruppe beim Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, mit der Aufgabe, die Approbationsordnung der deutschen Ärzte zu ändern, alles unter dem Aspekt dieser neuen Ent-

wicklung. Man versucht, das derzeitige 6jährige Studium auf 5 Jahre zurückzuführen.

Ein weiteres Problem sind die staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren. Das ist gerade ein Thema, was mich persönlich etwas engagiert, weil hier doch Dinge eingerissen sind, die wir – da schließe ich Sie als Zahnärzte mit ein – uns in Zukunft nicht mehr gefallen lassen können. Wir können nicht dafür verantwortlich gemacht werden, daß in der Vergangenheit unsere Körperschaften uns als niedergelassene Ärzte mit der Umsetzung der Gebührenordnung soviel freien Raum gelassen haben, daß im nachhinein die Staatsanwaltschaften bei ihren Ermittlungen Nichterfüllung oder Nichtableistung oder nicht erbrach-

te Leistungen feststellen können. Heute ist die Körperschaft von diesem Verhalten der Vergangenheit weit abgerückt und im einzelnen ist der von der Ermittlung betroffene Kassenarzt im Grunde genommen allein gelassen. Es gibt nicht zuletzt aus diesem Grunde sehr expandierende kleine Gruppen, die sich gerade diese Interessen der allein gelassenen Kassenärzte zunutze machen und in ihrem Interesse versuchen, wenigstens eine Schutzgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte gegen die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren zu bilden.

Die sich hieran anschließende Diskussion erbrachte keine wesentlichen weiteren Aspekte.

Anmerkungen zur Jahreshauptversammlung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnmedizin

G. Ehmann

Die diesjährige JHV des DAZ fand vom 6. bis 8.10. auf einem im Hamburger Hafen liegenden Museumsschiff statt. Hier hatte ich, der ich seit 2 Jahren Mitglied des DAZ bin, zum ersten Male Gelegenheit, den Vorstand und andere Mitglieder kennenzulernen. Wenngleich dieses sehenswerte Schiff enorme Ausmaße hat, waren die Verhältnisse für eine JHV reichlich beengt und eine wünschenswerte Diskussionsrunde in round-table-Formation nicht möglich

(wobei dies mit wachsender Mitgliederzahl ohnehin zukünftig kaum mehr möglich sein dürfte), für die Pressekonferenz, die am Sonntagvormittag stattfand, sogar miserabel bis katastrophal. Am Freitagabend war an Bord der Begrüßungsabend angesagt. Als ich mit meinem Freiburger Kollegen eintraf, hatten wir das Gefühl, auf dem falschen Schiff zu sein. Früher, so wurde mir später erzählt, traf man sich noch im Wohnzimmer oder in der Küche irgend-

eines Mitglieds. Da sei das noch alles sehr familiär gewesen. Mit zunehmender Vereinsgröße ist dies natürlich nicht mehr möglich, obwohl der Begrüßungsabend bei ca. 45 Teilnehmern und im Bordambiente doch eigentlich auch noch eher familiär war. Und gerade wegen dieser angenehm unprofessionellen Situation hatte ich mir eigentlich mehr und längere Kontaktgespräche gewünscht, durchaus auch mal die Frage: wie läuft es in Eurer Studiengruppe und/oder auch die berechtigte Kritik, daß zu wenig Basisarbeit geleistet wird.

Aber vielleicht sollte man sich einfach wichtiger nehmen und mehr vordrängen.

Am Samstag wurde es dann „ernst“.

Nach der Eröffnung der JHV und der Wahl eines Versammlungsleiters (ohne Stellvertreter, einer der Formfehler) gab der Vorsitzende seinen Rechenschaftsbericht ab, von dem ich persönlich sehr angetan war, und den ich voll unterschreiben würde. Nur eigentlich war es kein Rechenschaftsbericht, sondern ein Bericht zur Lage und hier bin ich sehr wohl auch anderer Ansicht wie der sonst sehr souveräne Versammlungsleiter. Dieser meinte nämlich, der Bericht sei deshalb so wohltuend gewesen, weil Worte wie: „ich/wir haben...erreicht, geleistet etc.“ fehlten. In einen Rechenschaftsbericht gehört sehr wohl eine Beleuchtung der Aktivitäten des vergangenen Jahres, dessen, was man erreicht hat oder was eben nicht. Und vielleicht sogar eine Vorschau auf Not-

wendigkeiten der Zukunft. Außer dem Bericht des Kassenwartes (die Abrechnung wird in der Zukunft durch die Kooperation mit dem NAV sicher professioneller ausfallen, dem des Pressewarts und einem Bericht des Referenten für Prophylaxefragen war wenig zu hören.

Entlastung und Neuwahlen liefen „normal“, abgesehen von ungenügender Vorbereitung und sehr legerer Handhabung der Auszählung; dabei meine ich, es wäre einfacher, offen zu wählen und nur, wenn ein Mitglied es wünscht, geheim. Etwas Verwirrung gab es bei der Wahl der stellvertretenden Vorsitzenden wegen eines neuen Wahlmodus. Frage: wieso legt man nicht per Satzung fest, daß grundsätzlich z.B. 4 stellvertretende Vorsitzende gewählt werden. Die nächsten Punkte der Tagesordnung wurden ohne nennenswerte Diskussion erledigt (war auch nicht nötig). Bei Punkt 17 der Tagesordnung: Satzungsänderung wurde leider ein für mich eklatanter Fehler gemacht: Bereits bei der Einladung zur JHV muß laut Kammergericht von 1934 der Gegenstand einer Satzungsänderung genau bezeichnet werden. Dies ist nicht geschehen.

Es wäre dringend erforderlich zu klären, welche Konsequenzen dies für die Beschlüsse der diesjährigen, aber auch vorausgegangener JHVs hat.

Sehr positiv werte ich das Vorhaben, die berufspolitischen Ziele neu zu formulieren, wobei die Ziele des DAZ zur Durchführung einer dem Wohle der

Patienten und der Zahnärzte dienenden Zahnheilkunde festzulegen sind, ohne Rücksicht auf politische Durchsetzbarkeit, sondern nach dem Prinzip: „Hänge Deinen Pflug an den Sternen auf“.

Man muß definieren, wie wir uns unsere Selbstverwaltung vorstellen, um nicht – wie es sich zwar im Moment leider abzeichnet – plötzlich total fremdbestimmt zu sein. Wir brauchen agierende, zukunftsorientierte und selbstkritische Vertreter, die von Seiten der Zahnärzteschaft den Krankenkassen mit Vorschlägen zuvorkommen, und nicht, wie bisher, nur lamentierende und reagierende, zu unglücklichen Kompromissen bereit. Wer immer wieder zu finanziellen Abstrichen und Kompromissen bereit ist, gibt indirekt zu, daß es ihm bisher zu gut ging. Auch aus diesem Grund ist es für mich dringend notwendig, von Seiten des DAZ zum Ausdruck zu bringen, daß eine ordentliche Qualität zahnärztlicher Leistung auch ordentlich honoriert werden muß. Dies wurde in der Vergangenheit meiner Ansicht nach zu untergeordnet gesagt und hat den DAZ bei manchen Kollegen in Mißkredit gebracht. Die Studiengruppe Freiburg wird sich bemühen, zur Zielprojektion der nächsten Jahre einiges beizutragen.

Die Podiumsdiskussion am Sonntagvormittag verlief unter denkbar ungünstigen Vorzeichen. Luke III der Cap San Diego war nicht der richtige Ort für eine Podiumsdiskussion, akustisch zu schlecht, zu viele (leere) Stühle (Herr Schad und die anderen Vertreter des FV

werden es schmunzelnd zur Kenntnis genommen haben), zu schlechtes Licht, zu kalt. Zudem war die Zusammensetzung des Podiums schlecht gewählt. Unser Vorsitzender hatte ja doch nur Gegner (Verzeihung, wir wollen ja zu recht die Feindbilder abbauen), also Kontrahenten um sich herum (außer dem Diskussionsleiter, der aber neutral zu sein hat, und dem Vertreter des NAV, der nichts zu sagen hatte) ... Das Statement des Vorsitzenden war von der Thematik her mit der Absicht gewählt, Herrn Schad und die anderen in Verlegenheit zu bringen. Doch leider ist dies nicht gelungen. Die sind eben professioneller. Und ich stelle fest, der Herr Pischel hat ausgezeichnet analysiert, zeigte sich gut informiert und sieht die Lage unseres Berufsstandes sehr klar.

So ziehe ich für mich ein Fazit: wie in jedem anderen Verein menschelt es auch beim DAZ. Wie in jedem anderen Verein machen Wenige viel, doch meine ich, wenn die Basis größer wird, werden auch aus den Wenigen mehr. Die Ehrenamtlichkeit beim DAZ hat meiner Ansicht nach ihre Grenzen erreicht. Die grundsätzliche Haltung gegenüber berufspolitischen Dingen hebt sich beim DAZ wohltuend von anderen ab, so daß es sich für mich lohnt, den DAZ zu unterstützen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Günther Ehmann
Am Römerbrunnen 15
7812 Bad Krozingen

Wie man sich selbst die Basis entzieht ...

aus dem Bericht des KZV-Bundesvorsitzenden W. Schad, vorgetragen bei der Vertreterversammlung in Köln am 28.10.89

...Der Umfang der Direktabrechnung läßt sich anhand des Datenmaterials der KZBV nicht genau quantifizieren mit der Konsequenz, daß die Entwicklung der Ausgaben und der Leistungsmenge in Prothetik nicht mehr aus eigenen Daten herleitbar ist.

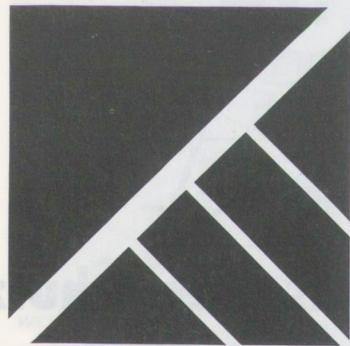
Aufgrund der Beschlüsse weiterer KZVen, nicht mehr über die KZV abzurechnen, wird die Datenbasis der KZBV ab III/89 noch schmaler. Abgesehen davon, daß die Ausgaben- und Mengenentwicklung nicht mehr zuverlässig abgeleitet werden kann, ergibt sich im Zusammenhang mit den Einzelleistungsstatistiken das Problem, inwieweit überhaupt noch Strukturaussagen über die Fälle gemacht werden können. Die

Probleme, die sich für den Bereich Prothetik ergeben, treffen auch auf die Kieferorthopädie zu, wenngleich dort mit einer zeitlichen Verzögerung hinsichtlich der Ausprägungshöhe zu rechnen ist.

Als Folge dieser Entwicklung beschäftigt sich die KZBV intensiv damit, neue Wege zur Beschaffung der notwendigen Daten zu finden. Insbesondere wird versucht, von den Krankenkassen die dort vorliegenden Daten über die Zahl der Fälle und den Ausgabenumfang zu bekommen. ...

...Zukünftig wird es schwieriger werden, einen geeigneten Hochrechnungsrahmen zu erhalten, da die KZVen wegen der Direktabrechnung nur noch über eingeschränktes Datenmaterial verfügen.

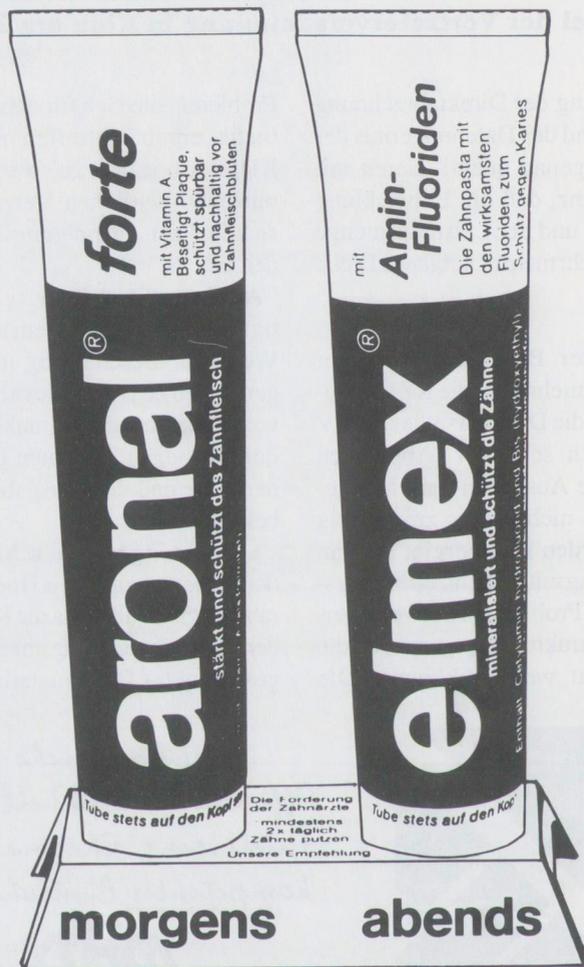
*Zahnärztliche
Öffentlichkeitsarbeit mit
Intelligenz, Charme und
kompetenter Ausstrahlung*



Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Alter Mist von alten Säcken - die zweite

Der Gral

K. Müller

Der folgende Beitrag ist der zweite Teil des Versuchs einer geistigen Auseinandersetzung mit der vom Vorsitzenden des Freien Verbands, H.H. Bieg, verfaßten „Grundsatzserklärung“

Wir haben uns beim letzten Mal von unserem streitbaren Gockel verabschiedet, wie der vor den verkrusteten Strukturen der Körperschaften stand und nach einer tiefgreifenden Verjüngung des freien Verbandes rief. Ein Pereat der populistischen Tagespolitik klingt noch in unseren Ohren und am Horizont glüht als Verheißung die „freiheitliche gesundheitspolitische Alternative“.

Wie nicht anders zu erwarten, ist es das Sachleistungssystem, diese „Perversion des Sozialstaates“, das „schrittweise zur Zerstörung des Arzt/Patienten-Verhältnisses“ geführt hat und in einem freiheitlichen Gesundheitswesen durch das Erstattungssystem ersetzt werden muß. Die Auseinandersetzung mit den Funktionären, die den Sozialstaat vertreten ist – höre oh Hippokrates! – „ärztliche Pflicht,„

Dann, und nur dann, ihr Verblendeten, werden die Bundesregierungen aufhö-

ren, ihrer abartigen Lust am Dirigismus nachzugehen. Im sichern Hort der Kostenerstattung geborgen werden wir in Zukunft unsere Patienten in Ruhe abkochen können, wie das Gesetz es befahl. Die Ärzte, die Memmen, haben sich ins Bockshorn jagen lassen und schauen langzähmig auf die Zahnärzteschaft.

Hätten sie's, wie Bieg, nur begriffen, daß es nur der „Übertragung der Steuerung an eine weitgehende Mitverantwortung des Patienten“ bedarf, und schon hat man die „Umkehr der Sozial- und Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland“ geschafft. Klingt fesch, das mit dieser Übertragung der – äh – weitgehenden Mitverantwortung. Nein – müssen Sie nicht genau wissen, wie das funktioniert – ich erklär's mal etwas einfacher: wir lassen uns von den Versicherten über die Kassen mindestens soviel Kohle geben wie bisher, das ist das weiße Geld. *Nur über das wird in Zukunft noch geredet – ist das klar, Leute!?* Dann gehen wir zu den Patienten – *auf der Basis unseres erneuerten Arzt/Patient-Verhältnisses* – und nehmen ihnen obendrauf noch soviel weg, wie man eben so kriegen kann. Die Kunst der körperschaftlichen Öffentlichkeitsarbeit bestünde dann lediglich darin,

unseren Patienten erfolgreich zu verklickern, daß die Versicherungsbürokratie eine begrenzte Aufgabe „und zwar als Diener, nicht als Herr des einzelnen Versicherten und seines ihn behandelnden Arztes“ hat. *Und wehe, ihr petzt beim Staat und bei den Krankenkassen, daß ihr für die paar Markln, die ihr im Monat zahlt, eure Begehrlichkeit nicht mehr befriedigt kriegt, dann könnt ihr mit eurer ganzen „Würde und Selbstbestimmung“, die wir euch über die Kostenerstattung verschafft haben, nach Drüben machen.*

Im Ernst, er glaubt tatsächlich, daß die gesellschaftlichen Kräfte (für die Herrschaften, die in Sozialkunde immerschon etwas geschwächelt haben: z.B. Politiker, Verbände, Gewerkschaften) sich schmunzelnd zurücklehnen und zuschauen, wie wir Zahnärzte den -zig Millionen Versicherten die Knete gleich doppelt aus der Tasche eskamotieren. Hei, das wird ein ganz ein anderes Schaffen! (Es hätte nur noch erwähnt werden müssen, daß Kaufkraftabschöpfung bei den Massen ja durchaus auch ein Gebot der Ökologie ist! Geht doch der Durchschnittspopel mit seinem Geld kritiklos in den Konsum, mit all seinen katastrophalen Nebenwirkungen, während wir das Geld für Neu- und Erhaltungsinvestitionen ausgeben. Die „ZM“ sorgen schon dafür, daß wir rechtzeitig erfahren, wenn ein neuer BMW-Typ vorgestellt wird). Herr Blüm – lange sind Sie ja nicht mehr dran (wenn Sie beim nächsten Mal nicht doch mit Schönhuber...),

wenn Sie jetzt noch schnell den Schalter in Richtung Kostenerstattung rumwerfen, müssen wir nicht „den Konflikt an geeigneten Eckpunkten aufnehmen, als da wären:

die Krankenkassen müssen „dem Versicherten zuerst sagen, daß seine Ansprüche nicht voll erfüllt werden können“, wenn die Leistungen begrenzt werden sollen.

Da hat er recht – nur, freiwillig werden es die Krankenkassen wohl nicht tun, und ob die Versicherten uns noch etwas glauben, nach all dem zerschlagenen Porzellan der letzten Jahre? Da haben gerade Bieg'sche Parolen wohl vielen Leuten das Kraut ausgeschüttet.

„Es ist infam, weiterhin neue Leistungen zu Lasten der GKV zu fordern, mit der Hinterlist, die Mehrkosten dann von den Ärzten und Zahnärzten finanzieren zu lassen.“

Da hat er recht – nur wer wird bereit sein, über den wirtschaftlichen Leistungsrahmen des GKV-Systems mit uns zu verhandeln und zu diskutieren, wenn wir unsere „sogenannten Vertragspartner“ als hinterlistig und infam abqualifizieren. Eine solche Sprache verschüttet Gesprächs- und Kooperationsfähigkeit, eine sprachlose Selbstverwaltung ist kein Hemmnis mehr für die Bürokraten.

Qualitätssicherung ist für Bieg nur gegen Geld erhältlich –

„der erste, akzeptable Schritt zur Qualitätssicherung muß der Wegfall unsin-

niger ökonomischer Reglementierungen und die Sicherung kostendeckender und leistungsgerechter Gebührenpositionen sein.“

Da hat er recht – nur heißt das, daß in den zurückliegenden Jahren eben keine Qualität geliefert wurde, daß zahnärztliche Arbeit mit Qualität eben nur gegen zu verhandelnde Aufpreise geliefert werden kann? Da las man's aber vor Tische noch ganz anders – da war die Qualität sowieso über jeden Zweifel erhaben. Ob da unsere, mit uns in Würde verbundenen Patienten wohl Beifall spenden werden?

„Verträge, die die Zahnärzteschaft ärztlich nicht verantworten kann, weil sie dem gewissenhaft Behandelnden die notwendige Handlungsfreiheit nehmen, oder die der einzelne Zahnarzt betriebswirtschaftlich nicht erfüllen kann, dürfen von den Körperschafts-Vertretern nicht unterschrieben werden.“

Da hat er recht! Ist das etwas Neues? War das bisher nicht so? Hat nicht der Freie Verband Deutscher Zahnärzte in den letzten zwanzig Jahren die absoluten Mehrheiten in allen standespolitischen Gremien gestellt? Ist auch der Herr Bieg nicht schon ziemlich lange dabei? Und die anderen? Sollte man da nicht mal...?

Ist nicht nötig, liebe Freunde! Wenn die Kostenerstattung erst einmal geschafft ist, werden sich all die anderen Problemchen, eins nach dem anderen, lieber von sich aus dünn machen. Sonst zieht er noch einmal aus, der Hans Henning, und biegt uns die Geschichte wieder hin – und das kann kein Problem auf Dauer aushalten.

*Anschrift d. Verfassers
Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8031 Seefeld*

III → Für ein
gesundes professionelles
Selbstbewußtsein



Die Zahnärzteschaft tritt das Gesetz des Handelns an die Krankenkassen ab!

Eindrücke vom BKK-Symposion „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“ am 30.10.89 in Bonn

Chr. Nielsen

War es die in ZM-aktuell angekündigte „Schlacht der Argumente“?

Nein, es gab keine Schlacht. Eher war es eine konzentrierte Folge von leider kaum diskutierten Stellungnahmen. Die feine Regie des gastgebenden Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen wußte Konfrontationen zu verhindern.

Gleichwohl war für das aufmerksame Plenum nicht zu übersehen, daß die Polarisierung in der Bewertung der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin nicht überwunden wurde. Im Gegenteil: Die teilnehmenden Hochschullehrer vertraten – wissenschaftlich verbrämt zumeist – die ablehnende Position der Standesführung und schafften damit noch klare Fronten. Der Umgang freilich miteinander, das Vokabular zum Thema sind „akademischer“ geworden, ein Erfolg immerhin. Der Konsens jedoch ist weiter entfernt denn je.

Aus der Fülle der ca 30 Referate, deren Dokumentation 1990 vorliegen wird, sollen ein paar Schlaglichter dieses

Symposion erhellen, weniger inhaltliche als atmosphärische Beobachtungen und berufspolitische Konsequenzen andeuten:

Für die DAZ-Teilnehmer waren sehr bestätigend die beiden Medizin-Professoren Selbmann und Schwartz, QS-Experten von hohen Graden. Sie riefen dazu auf, den inzwischen großen Erfahrungsschatz medizinischer Qualitätssicherung auch auf die Zahnheilkunde anzuwenden. Evaluationsmethoden hätten sich bewährt, die Ängste vor Fremdkontrolle seien bei selbstkritischem Handeln unbegründet, Qualitätssicherung sei „mehr als der gute Wille, sein Bestes zu geben“. Richtige Fragen seien unverzichtbar: Welche Mängel gibt es? Sind sie vermeidbar? Warum kommt es zu Komplikationen und Mißerfolgen? Sind Kriterienlisten definiert, bekannt, verbindlich? Unerlässlich sei das statistische „Monitoring“ von Ergebnisgrößen. Die Behauptung, Qualität sei „nicht meßbar“, ist Unsinn, wie

wären sonst Gutachten z.B. möglich. Kontraproduktiv sei die stereotype Überbetonung struktureller Voraussetzungen, die Überbetonung der Schwierigkeit systematischer QS, schließlich die Überschätzung bereits bestehender Qualitätssichernder Maßnahmen.

Ohne sich mit Differenzierungen aufzuhalten, referierte Dipl. Volkswirt P.J. Müller vom Institut der Deutschen Zahnärzte – IDZ – die üblichen Superlative von der weltbesten Zahnheilkunde. Zitat: „Woran die Amerikaner arbeiten, ist hier längst Standard!“–

(Wes' Brot ich eß, des' Lied ich sing!)

Bei den zahnmedizinischen Wissenschaftlern Dünninger, Pieper, Schwarze, Kerschbaum, Ketterl, Körber und Spiekermann dominierten blutleere Theorie und tiefsinnige Skepsis gegen systematische Verfahren der Qualitätssicherung. Kaum Bezüge zum klinischen Alltag ihrer Abteilungen, Abstinenz auch von eigenen Statistiken verbreiteter malpractice, keine Bereitschaft, bestehende Modelle medizinischer Qualitätssicherung auf zahnärztliche Fragestellungen zu übertragen, ggf. zu modifizieren. Mögliche Ausnahmen waren die Münsteraner Ordinarien Lange und Marxkors, die noch am ehesten mit Mängeln auf der Prozess- und Ergebnisebene unzufrieden waren und für die Diskussion von Standards offen schienen.

Einig waren sich alle, daß der Forschungsbedarf noch groß sei, ehe man

sich auf systematische Qualitätssicherung einlassen könne. Es sei ja noch gar nicht geklärt, ob eine verbesserte Mundgesundheit nicht durch andere Methoden – Prophylaxe z.B. (!) – leichter zu erzielen sei. Alles deute darauf hin, daß der Aufwand für bessere Resultate überproportional steige, das Streben nach absoluter Perfektion in unverantwortlicher Weise Ressourcen binde usw., usw.

Wenn Dünninger noch scheinheilig fragte, ob denn ein Kronenrandspalt von 25 µm doppelt so gut sei, wie der mit 50 µm, so stellte Kerschbaum fest, daß es ja noch unbewiesen sei, ob die Interferenz von 400 µm wirklich immer schade und deshalb als Mangel zu bewerten sei. Ketterl schließlich – ganz Berufspolitiker – konstatierte ohne Umschweife, daß eine Füllung, die in 6 min. gelegt werden müsse (!), nicht identisch sein kann mit der, für die die Wissenschaft eine Behandlungszeit von 45 min. vorsehe.

Hier soll nicht bestritten werden, daß all diese Einwände natürlich auch ihre theoretisch-richtigen Aspekte haben. Die demonstrative Einseitigkeit und Praxisferne jedoch weckte bei manchem Beobachter den – inzwischen bestätigten – Verdacht, daß zwischen der BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe „Qualitätsfragen“ und den Hochschullehrern strategische Absprachen erfolgt waren, wie man bei diesem Symposium die unverbindliche sogenannte voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung durchsetzen und

damit konkrete Schritte auf die lange Bank schieben könnte.

Ein vorgeschaltetes „consensus-meeting“ eigener Art, wie es die seriöse QS gerade nicht vorsieht. Ein abgekartertes Spiel also, bei dem Wissenschaftler wieder einmal – und wohl in Absprache mit der DGZMK – vor den Karren berufspolitischer Absichten des FVDZ gespannt wurden, bzw. auch damit einverstanden waren. Ist der vom DAZ wiederholt erhobene Vorwurf gefährdeter Unabhängigkeit unbegründet?

Hier degeneriert die Struktur des Standes zum Filz! Die versammelte Standesführung tanzt um den heißen Brei der Qualitätssicherung, wobei manche Tänzer immer noch nicht realisiert haben, daß die Musik dazu von dem von Krisen und einer gewissen Gigantomanie geschüttelten Freien Verband stammt. Die eigentlichen Entscheidungen fallen inzwischen woanders, weil der Berufsstand sich der Herausforderung der Qualitätssicherung nicht gewachsen zeigt. So ließ „GRG-Chefarchitekt“ Jung auch keinen Zweifel daran, daß Erstattungssystem und Qualitätssicherung die zwei Seiten einer Medaille seien. Die Zahnärzteschaft habe den gesetzlichen Auftrag, sich an der Ausgestaltung und Realisierung der §§ 135, 136, 285 SGB V zu beteiligen.

In der abschließenden Diskussionsrunde bekannten sich die Praktiker Bulk, Ebenbeck und Westermann in sympathischer und konstruktiver Klarheit zur

Notwendigkeit und Zumutbarkeit der Qualitätssicherung. Als den eigentlich Betroffenen waren ihre Statements die kraftvollsten, weil sie sich dieser Herausforderung stellten und damit Glaubwürdigkeit vermittelten. Hier schloß sich der Kreis wieder zu den ärztlichen Experten am Morgen, die Qualitätssicherung als Schlüssel zu stabiler und angesehener Freiberuflichkeit empfohlen hatten. Ebenbeck: „Qualitätssicherung ist Bringschuld der Zahnärzteschaft!“

Das fundierte Referat des Gastgebers der BKK, Dipl.-Ökonom Schmeinck, der die QS aus Sicht der Krankenkassen darstellte, signalisierte für viele Teilnehmer einen vitalen Restbestand an Kooperationsbereitschaft innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung. Nach den Erfahrungen dieses Symposiums scheint es jedoch, daß mit breitem Beharren der Zahnärzteschaft auf dem Alibi-Konzept der sogenannten voraussetzungsorientierten QS auch diese Chance vernünftiger Zusammenarbeit verspielt ist und die gesetzliche Krankenversicherung die Qualitätssicherung nolens-volens allein in Angriff nehmen wird.

Sie verfügt bereits über breite Datensammlungen, auf die die Zahnärzteschaft gegen die Morgengabe der Direktabrechnung verzichtet hat. Wenn dieses Instrumentarium der Krankenkassen nicht zu unerträglichen Nachteilen der Zahnärzte führen soll, ist kompetente und gesamtverantwortliche Fachberatung un-

erlässlich. Der Aufruf an selbstbewußte Kolleginnen und Kollegen zur Mitarbeit richtet sich auch an den DAZ, dessen Arbeit auch von anderen Referenten anerkennend erwähnt wurde.

Während des Symposions war wiederholt von einer „Premiere“ die Rede. Ist es klug, den weiteren Spielplan zu boykottieren? Noch vor Jahresfrist beschloß der damalige BDZ-Präsident Pillwein, „auf den fahrenden Zug der Qualitätssi-

cherung aufzuspringen“. Was ist aus diesem Sprung geworden? Ein Rückfall vielleicht?

Der DAZ jedenfalls ist aufgefordert und entschlossen, die Entwicklung der Qualitätssicherung weiter aktiv mitzugestalten.

*Anschrift des Verfassers:
Dr.med.dent. Chr. Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70*

Änderung der Beihilfevorschriften

Die durch das GRG bestimmten Neuregelungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben auch Konsequenzen im Bereich der Krankheitsfürsorge im öffentlichen Dienst.

U. a. sind die Festbetragsregelung für Arzneimittel, Ausschluß von bestimmten Heilmitteln, Höchstbeiträge bei Hilfsmitteln (z. B. 20.- DM für Brillengestelle) sowie eine höhere Eigenbeteiligung bei Zahnersatz geplant.

Die Zahnarzthonorare sollen weiter-

hin im Rahmen der Gebührenordnung vollberücksichtigt werden. Ferner sind wie bisher Mehraufwendungen für Edelmetall und Metall - Keramik nur zu 50 v.H. beihilfefähig. Für die restlichen Material- und Laborkosten ist ein Eigenanteil von 33 1/3 v. H. vorgesehen.

Geplanter Zeitpunkt des Inkrafttretens: 1. 1. 1990

Kommt nach dem Blüm-Bauch jetzt ein Beihilfe-Bäuchlein?

kp

Trojanische Termiten

Bericht und Gedanken über die Bezirksstellenversammlung München-Stadt und -Land

H. Brosch

Am 24. Oktober 1989 hielt die Bezirksstelle München-Stadt und -Land der KZV Bayerns ihre alljährliche Mitgliederversammlung ab, zu der über 300 Zahnärzte gekommen waren. Drei Tagesordnungspunkte waren vorgesehen: Top 1 Geschäftsbericht, Top 2 Referat des KZVB-Vorsitzenden *E. H. Müller* und Top 3 eine geheime Meinungsumfrage über den dualen oder den alleinigen Direktabrechnungsweg bei Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Viele Kolleginnen und Kollegen, insbesondere diejenigen, die erstmals an einer solchen Veranstaltung teilgenommen haben, waren betroffen über die ungehemmte Aggressivität und über die Tiefschläge, mit denen hier gekämpft wurde. Es war wie bei einer Catch-as-catch-can-Veranstaltung – nur war es nicht lustig.

Erstaunlich oder schon nicht mehr erstaunlich, wozu der Streit über die vom GRG vorgegebene Kostenerstattung und über den sich daraus ergebenden Zahlungsfluß herhalten muß: Abrechnung jahrelanger Fehden und schwelender Feindschaften, die Vision von einem Fuß in der Tür zur Freiheit, eine

Fata Morgana vom Auszug aus dem Lager der Knechtschaft ins Paradies, Angelpunkt über Einfluß, Disziplinierung und Zwang durch Teile des Freien Verbandes deutscher Zahnärzte (FVDZ), Hebel zur Schwächung und schließlichen Eliminierung der KZVEN.

Der Bezirksstellenvorsitzende und Versammlungsleiter Kollege *Aigner*, der die Einladung samt Tagesordnung zugeschickt hatte, wollte diese in der Weise durch Zustimmung der Versammlung ändern, daß die geheime Befragung vor dem Referat *Müllers* stattfinden sollte. Da brach gleich zu Anfang der Tumult los mit Geschrei und Manipulationsvorwürfen. Andere verstanden aber nicht, was hieran so wichtig sei. Der wahre Grund war ja auch nicht genannt worden: Kollege *Müller*, der sich von einem Verfechter des dualen Weges zu einem Vorkämpfer für die alleinige Direktabrechnung gewandelt hatte, könne durch seine Position als KZVB-Chef, durch seinen Ruf als Realpolitiker und gewiefter Verhandler die Abstimmung entscheidend beeinflussen; zumal *Aigner* und seine Anhänger als Befürworter des dualen Weges auf eine Mehrheit hoff-

ten. Es war nicht abzusehen, wessen telefonische und schriftliche Werbung mehr Anhänger in den Saal gebracht hatte. Außerdem war noch nie eine längst überfällige Befragung der Basis außerhalb der eingeschworenen Zirkel durchgeführt worden.

Nach der Abstimmung über die Tagesordnung blieb er bei der ursprünglichen Reihenfolge. Top 1 war nach nie erlebter Schnelligkeit abgehandelt: in München kommen 1081 Einwohner auf einen Zahnarzt (was im Bundesdurchschnitt „erst“ für Ende des Jahres 1997 prognostiziert wird), Assistentenstellenmangel. Am Anfang seines Referats wies Müller darauf hin, daß offensichtlich noch gar nicht erkannt sei, wie viele und entscheidende Änderungen das GRG gebracht habe. Wie wahr! Aber dennoch wurde den ganzen Abend nur über einen Punkt debattiert, d.h. mit Worten geschlagen.

Im ersten Teil seiner Rede über Grundsätzliches zur Kostenerstattung legte sich Müller eindeutig auf diese und die Direktabrechnung fest mit der vorsichtigen Beschreibung: während Sachleistung das Recht auf Erbringung ohne Vertrag sei, bedeute Kostenerstattung, oder könne bedeuten, eine Rechtsbeziehung auf Privatvertragsbasis. Hier gab es nun den zweiten Tumult, denn einige Zuschauer konnten sich noch erinnern, daß Müller auf der Vertreterversammlung der KZVB im letzten Herbst während in den Vordergrund gestellt hatte, daß auch bei Kostenerstattung weiter

die kassenzahnärztlichen rechtlichen Bindungen gelten und der duale Abrechnungsweg wünschenswerterweise in Verhandlungen mit den Krankenkassen zu erreichen sei.

Er führte weiter aus, durch die Vorgabe der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sei es zu einer Kopplung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsomme und somit zu einer Budgetierung gekommen. Es bestehe sozialer Konsens, die Krankenkassenbeiträge als Ohnnebenkosten betrachtet, nicht über 13% steigen zu lassen. Da so also der Deckel nicht zu heben sei, wurden neben den Formen der kollektiven auch solche der individuellen Finanzierung ausgedacht und entwickelt, wie Ausgrenzung von Verblindungen und Geschieben. So liege auch die Kostenerstattung außerhalb der Budgetierung. Zwar sei es im Gesetz nicht formuliert, aber es gebe die Möglichkeit zu mehr Freiraum und Privatisierung, wenn mit den Krankenkassen diesbezügliche Verträge geschlossen würden. Diese zeigten aber wenig konstruktive Verhandlungsbereitschaft in der Frage, was kann, was muß geprüft werden. Die Schwierigkeiten in den Verhandlungen seien nur vorgeschoben, um die Kostenerstattung ganz zu kippen zu versuchen. Auch bestehe bereits von politischer Seite die Gefahr, daß die Kostenerstattung zurückgenommen werde, da sie in der Öffentlichkeit unter Druck geraten sei. Die Schuld für den Verlust dieser einmaligen Chance würden dann

diese Kollegen tragen, die aus Ängstlichkeit nicht durchgesetzt oder gar bekämpft hätten.

Dazu ist zu sagen:

Jedermann, auch ein KZV-Chef, kann seine Meinung ändern, jedoch sollten die Gründe plausibel sein. Die Begründung, der von den Kollegen praktizierte duale Weg sei dann tatsächlich nur der Monoweg über die KZV gewesen. Hier hat also die Überzeugungskraft gefehlt. Man könne da nicht den Wunsch einzelner respektieren, der Wille und die Stimme des Volkes könne sehr gefährlich werden. Man muß also einzelne bis viele aus Fürsorgepflicht zu ihrem Glück zwingen. Da fehlt mir das Vertrauen in die Standespolitiker. Völlig falsch ist die Vorstellung, daß Honorare über die Kostenerstattung den Budgettopf nicht belasten. Im Zeitalter des Computers dürfte es nicht schwer sein, durch Gebrauch von zwei der vier Grundrechnarten die gewünschten Summen zu erhalten – und zwar an anderer Stelle.

In § 30 Sozialgesetzbuch V. Buch steht einfach: „Die Krankenkasse erstattet den Versicherten 50 % der Kosten der Versorgung mit Zahnersatz“. Kein Zweifel: die Kostenerstattung ist gesetzlich vorgegeben und zu praktizieren; bei Ablehnung wäre nur ein politisches Vorgehen angebracht. Über den Weg des Zahlungsflusses steht nichts drin; über die Gründe gibt es unter der Kollegenschaft verschiedene Mutmaßungen: Schludrigkeit des BMA, sogar Absicht und böser

Wille oder Freiraum für die Selbstverwaltungen.

Sicherlich wollte der Gesetzgeber einerseits mehr Transparenz und ein verbessertes Kostenbewußtsein, andererseits durch Beschränkung auf 50 % Erstattung (im gleichen Satz) eine pauschale Nachfragesenkung. Die Transparenz hätte sich einfacher und leichter auch anders erreichen lassen.

Nun wollten FDP-Politiker gewissen Zahnärztkreisen einen Wunsch erfüllen. Das lang ausgetragene Kind Kostenerstattung wurde frisch gewaschen aus der Wanne gehoben und der Öffentlichkeit präsentiert: Hier ist sie! Alle Wünsche der Zahnärzte erfüllt! Macht daraus, was ihr wollt und könnt! Wir Geburtshelfer haben unsere Schuldigkeit getan! Die uneigennütigen Helfer können sich nun im Hinblick auf die nächste Bundestagswahl rühmen „Wir sind die Zahnärzterpartei!“

Wenn Müller fehlende Behandlungsbereitschaft auf Seite der Krankenkasse sieht, so hat er auch gar nicht angedeutet, wie groß diese auf zahnärztlicher Seite ist. Eine Palette von Verhandlungspunkten hätte sehr frühzeitig eingebracht werden müssen: größere Schnelligkeit und bessere Sicherheit beim Zahlungsfluß (z.B. Scheck von der Krankenkasse an den Patienten, den nur der Zahnarzt einlösen kann), wie und ob der Zahnarzt seine Abrechnung überprüft, wie und ob der Patient die Honorarforderung auf eigene, gegebenenfalls zu ersetzende, Kosten überprüfen kann. Ergebnisse

wären möglich gewesen, wie das Beispiel über die Berechnung der tatsächlichen Abdruckmaterialien in Niedersachsen zeigte.

Der Skandal ist nicht der Streit und das Durcheinander beim Zahlungsfluß, als vielmehr der Druck des FVDZ, der den Verhandlungsspielraum auf die Dicke einer Shimstockfolie bringen will. „Der Kompromiß als klassisches Mittel der Politik scheidet aus“ (Bieg). Von demselben Vordenker noch die mittelalterlich anmutenden Drohungen: Nicht willfähige Mitglieder als Standesvertreter seien „selbstmörderische Elemente“ und „öffentlich in die Pflicht zu nehmen“.

Im zweiten Teil seiner Rede ging Müller auf aktuelle Fragen ein: Umsetzung der Kostenerstattung, Festzuschüsse mit Frist bis 31.12.1989, individuelle Prophylaxe, Pa-Vertrag.

Auf Landesebene hatte die VV der KZVB am 28.11.1989 die Direkt-Abrechnung favorisiert, der Landesvorstand hatte am 8.3.1989 eine Auslaufregelung für die Abrechnung über die KZVB bis 31.3.1989 beschlossen. Das Sozialgericht München hatte auf Anrufung eines fränkischen Kollegen geurteilt: Abrechnung über KZVB ist weiterhin möglich, da der alte Bundesmantelvertrag gültig bleibt, bis ein neuer abgeschlossen ist. Der Landesvorstand hat Widerspruch eingelegt und lehnt die KZVB-Abrechnung weiterhin ab. Kollegen, die gegen zurückgewiesene ZE-Abrechnungen Widerspruch einlegen, erhalten vom Landesvorstand die Mitteilung, daß auf

Grund eines Beschlusses noch Abrechnungen bis zum Ende des zweiten Quartals angenommen werden. Einen derartigen Beschluß hat weder der Landesvorstand noch der KZVB-Chef der Öffentlichkeit mitgeteilt.

Für die Spreizung kommt nach Müller nur das Festzuschußsystem in Frage, das die Chance böte, eine Grundversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen, weiter Leistungen gering bis gar nicht zu bezuschussen und so aus dem zugeschraubten Deckel der Budgetierung herauszukommen.

Im dritten Abschnitt seiner Rede warnte Müller vor der Schwächung der KZVen, denn diese seien für die Kollegenschaft der beste genossenschaftliche Zusammenschluß; das Ansehen der KZVen sei deshalb so angegriffen, weil sie parastaatliche (er meinte wohl quastaatliche) Aufgaben zu erfüllen habe wie Disziplinierung und Kontrolle. Der KZVB-Chef wird wohl Grund zu dieser Warnung gehabt haben; trojanischen Termiten gleich sitzen Kollegen in der VV der KZVB und auch selbst im Landesvorstand und nagen und nagen an der eigenen Institution.

Es bestehe bei Ausschaltung der KZVen die Gefahr, daß Krankenkassen Einzel- und Gruppenverträge abschließen, was wohl der schlechteste Weg wäre, vgl. Einkaufsmodell der SPD.

Am Schluß ein leidenschaftlicher Appell:

Geben Sie den Standesvertretern Vertrauen!

Beschreiten Sie neue, wenn auch holprige Wege!

Üben Sie Toleranz gegen die einzelnen! Achten Sie Mehrheitsmeinungen!

In der Diskussion, die sich dem Referat anschloß, trat Kollege v. *Glass*, von weit rechts außen aus dem Saal kommend, als Kieferorthopäde für den dualen Weg ein. Kollegen *Müller* sah er von jugendlichen Hitzköpfen eingemauert.

Die Zusammensetzung der VV hat sich tatsächlich stark verändert und verjüngt; jüngere Kollegen wurden herangezogen und genügend lang gelehrt (= doktriniert), aufgestellt und auch gewählt, nachdem *Gutmann* nicht willfähige Mitglieder als „feige Alte“ abserviert hatte. Die demokratische Einübung funktionierte gut: 59 von 60 Kollegen waren im Januar gegen die duale Abrechnung, das bei den bekannten Abstimmungen in anderen KZVen und in der Bundes-KZV. Auch im Landesvorstand hat diese junge Garde die Mehrheit gegenüber den langjährigen realistischen Mitgliedern.

Zu dieser jungen Garde gehört auch Kollege *Schneck*, der im Bundesvorstand des FVdZ für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig ist. Er hielt eine solch unerhört nichtssagende und absichtlich zeitvergeudende Ablesung seiner Schreibe über die allgemeine Lage in Europa und den Sozialismus im besonderen. Vielleicht hätte ich doch zuhören sollen und etwas über die Wiedergewinnung

demokratischer Strukturen — in Ungarn erfahren.

Kollege *K.* aus dem sozial schwächeren Münchner Norden (zur Erinnerung und Lokalisation: vor neun Jahren wollten DAZler am Hasenberg eine Behandlungsmöglichkeit gemeinsam schaffen): Hier, wo die Mieta mit der Pistole eingetrieben wird, funktioniert die Direktabrechnung gut, was vom Münchner Süden nicht so ohne weiteres klar sei. Dann könnte man ja den Kollegen in Solln und Grünwald den von ihnen gewünschten Zahlungsweg zugehen.

Kollege *Mühlhaus* stellte nebenbei so fest, bekanntermaßen gebe es ja Abrechnungsbetrüger und diese würden den leichteren Weg über die KZV gehen.. Hier wird ja so getan, als ob die KZV gar nicht oder nicht wirkungsvoll kontrolliert hätte. Wegen dieser Funktionen, die natürlich schon lange gerechter verbessert gehört hätten, werden die KZVen von den eigenen Mitgliedern angegriffen und als der erste Feind vor der Krankenkasse betrachtet.

Eine ungeheuerliche Behauptung besonders dann, wenn man den Umkehrschluß bedenkt!

Mit wenigen Ausnahmen blieben sich die weiteren Debattenredner in persönlichen Angriffen nichts schuldig.

Dann endlich das Referat von *Gutmann*, das als Diskussionsbeitrag angekündigt war. Wieder ein Musterbeispiel aus der Schublade volksführende Rede:

umgarnend: Lob für Müllers bisher beste Rede, die Lacher auf seiner Seite auf Kosten anderer, einen möglichen Gegner abfangend: Nielsen vom DAZ hätte mit ihm über die Kostenerstattung und teilweise gleiche Ziele gesprochen; Vision: von der Erniedrigung zur Freiheit, emotionell: Müller in Schutz nehmend gegen die Verdächtigung, einem gewissen Druck ausgesetzt gewesen zu sein oder ihm gar nachgegeben zu haben.

Zu später Stunde kam man dann zur Meinungsbefragung. Ob geheim oder nicht, wurde – wie anders zu erwarten – wieder zur Streitfrage; war evtl. zu erwarten, daß Mitglieder des FVdZ beim Abstimmungsverhalten unter Kontrolle gehalten werden sollten.

Mehrheitlich (der Hammelsprung konnte noch gerade vermieden werden) ergab sich der Wunsch nach offener Abstimmung. Kollege Aigner zog seinen Antrag zurück, um guten Willen zu zeigen, so daß nun der in der Versammlung formulierte Antrag von Gutmann zur Abstimmung kam: Die Versammlung bejaht die Politik der KZVB. Die Versammlung bejaht die Kostenerstattung und die Direktabrechnung.

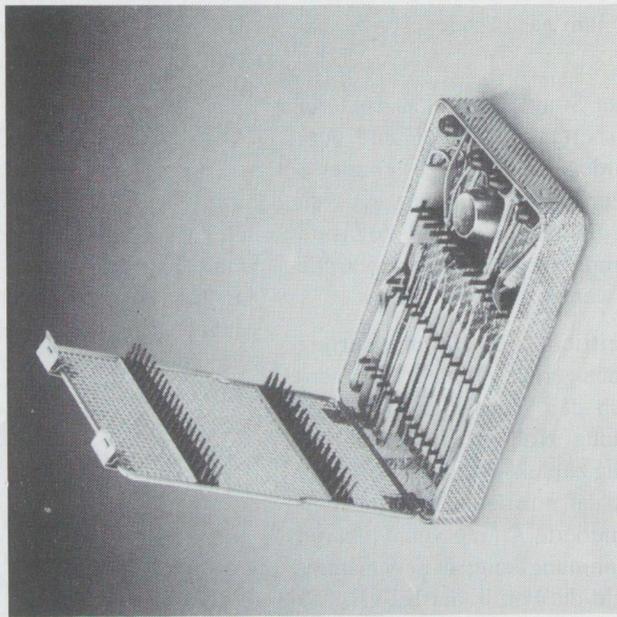
Eine geschickte Formulierung! Der Antrag erhielt in offener Abstimmung eine deutliche Mehrheit, etwa zwei Drittel. Kollege Heubisch, Schriftleiter des Zahnärztlichen Anzeigers, jubelte in einem Bericht über diese Versammlung das Ergebnis auf 905 hoch. Des

weiteren forderte er noch den Bezirksstellenvorsitzenden zum Rücktritt auf, weil er zum wiederholten Male die Politik der KZVB konterkarierte. Inzwischen hat auch die VV der KZVB am 10./11. November 1989, die auch mehrheitlich den Ausstieg aus der GKV beschlossen hat, das Verhalten Aigners auf der Versammlung mißbilligt. Da nicht alle Vertreter anwesend gewesen waren, hatte sie Gutmann in unermüdetem Einsatz vorher schriftlich informiert.

Vor vier Jahren sah ich KZVB-Müller als Jagdziel einer FVdZ-Meute (DAZ-forum Nr. 11), das wegen seinem Rückhalt in der Öffentlichkeit nicht erlegt wurde. Jetzt sehe ich ihn von den jungen Knappen umarmt und auf den Schild gehoben. Möge er dort oben noch lange (wie lange?) rufen: „Der Ausstieg aus den Kassen ist UTOPIE“ und nicht „Im übrigen bin ich der Meinung, daß die KZVen zerstört werden müssen“.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Hannes Brosch
Ammerseeestr. 6
8027 Neuried

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.

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, GF4, 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 Noppen-
 stege am Tray-Deckel
 TE 596 Packschablone

**ab
sofort**

zu
beziehen
durch

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

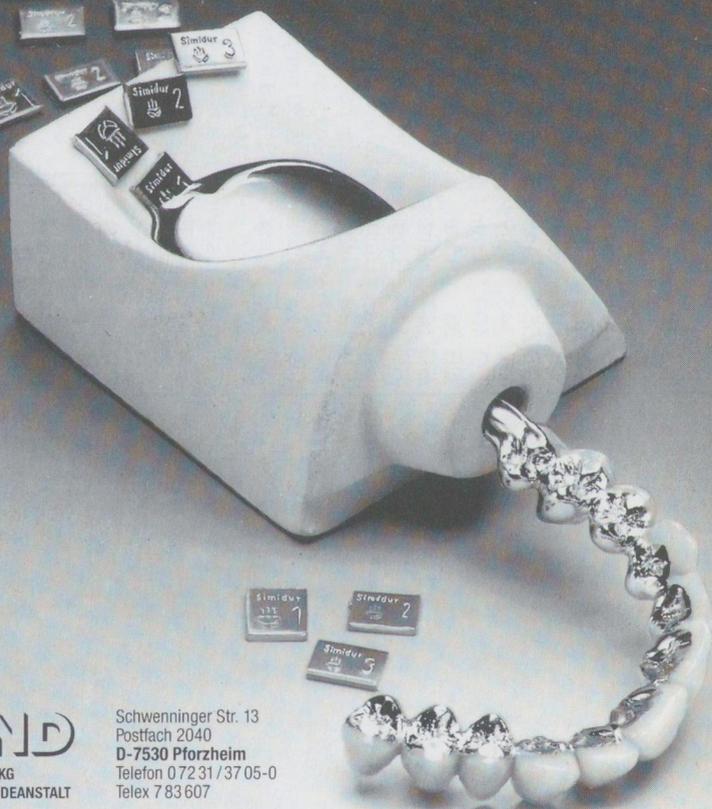
Postgasse 3 · D-7090 Ellwangen
Tel. 0 79 61 / 5 40 66

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 072 31 / 37 05-0
Telex 7 83 607

Muskulatur in der Zahnheilkunde

1. Erlanger Symposium am 20./21.10.1989

Walter Schöttls Gemeinde war vielleicht nicht vollständig versammelt, aber viele von denen, die in Dr. Schöttls Institut für temporo-mandibuläre Rehabilitation einen seiner sehr speziellen Gnathologie-Kurse oder eine seiner zahlreichen Veranstaltungen über Themen aus der ganzheitlichen Zahnheilkunde besucht hatten, waren wieder da, um aus erster Hand, nämlich von

R. Jankelson, Seattle, über Myozentrik, Elektromyographie im allgemeinen und den Myomonitor im besonderen zu hören. Nachfolgend Zitate aus dem von W. Schöttl freundlicherweise überlassenen Einführungsreferat, ein Tagungsbericht des Kollegen Buck von der Studiengruppe Oldenburg sowie eine Übersicht über die Myozentrik-Kurse in Erlangen im Jahr 1990.

Wir haben vergessen, was jenseits unserer zahnärztlichen Grenzen passiert ...

W. Schöttl

„Neue Registriermethode“?

Es handelt sich keineswegs NUR um eine „neue Registriermethode“, die uns wieder ein neues Schablonenverhalten aufzwingen würde, sondern eher um eine Befreiung von alten, verkrusteten Denkmustern durch das bessere biologische Verständnis, das mit der Einbeziehung von neuen *kybernetischen und propriozeptiven Dimensionen* entsteht.

Es handelt sich um eine *ganz neue gnathologische Philosophie* – was wir

Ihnen in diesem Kurs demonstrieren wollen.

Die Anstöße kamen eigentlich von Bernard JANKELSON

Der *erste Impuls* war – unbemerkt von der zahnärztlichen Öffentlichkeit – die Übernahme der *Elektromyographie* in die freie Praxis durch JANKELSON sen.

Der *zweite Impuls* war die Einführung des *Myo-Monitor* zur völligen Muske-

lentspannung – wiederum ohne daß es die Allgemeinheit verstand, denn er wird – vielfach bis heute – nur als TENS-Gerät (also gegen Schmerzen) verstanden und eingesetzt.

Der dritte Impuls war die äußerst wertvolle Verbesserung von *Hintergrundinformation und Kontrolle über den Zustand der Muskulatur* durch den „Mandibular Kinesiograph“ (MKG).

JANKELSON wurde (auch von mir) und wird noch heute von vielen als *unwissend* eingestuft, weil er die Unterkieferbewegung an den *unteren Inzisivi* aufzeichnet, und nicht an den Gelenken – oder am besten *In* der Scharnierachse, wie LEE und auch mein Minipantograf. Ich war ein glühender Verfechter der „fehlerarmen“ Achsenaufzeichnung. Aber das war mehr *Mechanik und Geometrie statt biologischem Verständnis*.

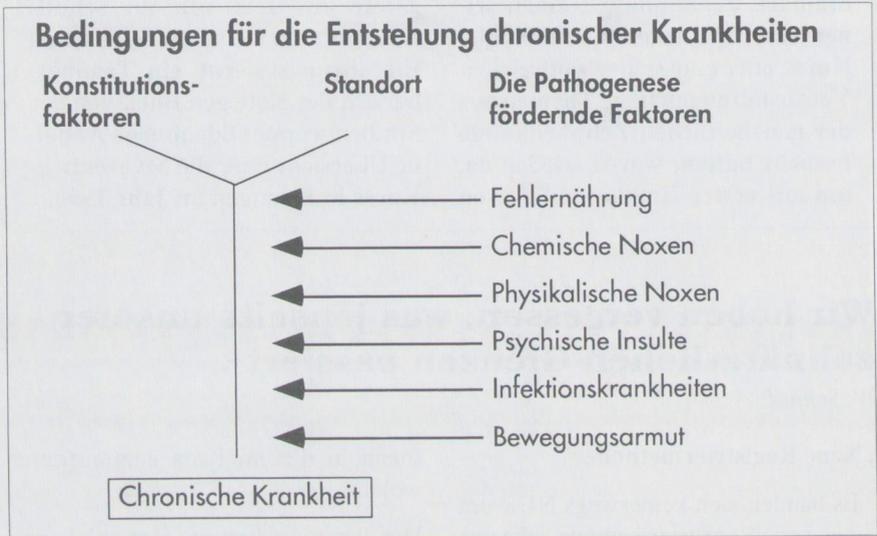


Abb. 1: Konstitutionsfaktoren können angeboren und erworben sein. Es handelt sich dabei nicht nur um Gene, also Erbsubstanz, sondern auch um Fehlinformationen im feineren energetischen und molekularen Bereich, die bereits von den Eltern auf das Kind übergehen können. Der Standort, also der Schlafplatz oder der Arbeitsplatz, verändert mit Sicherheit die Regulations- und Reaktionsfähigkeit des Organismus. Die anderen Faktoren zur Förderung der Pathogenese, könnten beliebig erweitert werden, und sprechen für sich selbst.

Nur zur Bewegungsarmut muß vielleicht angefügt werden, daß sie vor allen Dingen eine Beeinträchtigung des Stoffwechsels und der Ausscheidung verursacht. Dadurch wird auch klar, daß die Faktoren untereinander verschieden gewichtet und sogar vernetzt sein können, wie z. B. durch Bewegungsmangel, chemische Noxen oder psychische Insulte das Angehen einer Infektionskrankheit wesentlich gefördert werden kann. Gleichzeitig erkennt man, daß auch die Zahnheilkunde sich mit Bewegungstherapie befassen muß.

Erst Ende der achtziger Jahre kam mir der Verdacht, daß ich letztendlich die Welt und Denkweise, in der JANKELSON lebte, 10 Jahre lang nicht verstanden hatte.

Er wollte ja mit diesen Registraten gar nicht ermitteln, wie sich die Mandibula bewegt, um daraus wieder entsprechende Artikulatorbewegungen abzuleiten, sondern er wollte aus der Unterkieferbewegung sehen, wie harmonisch die Muskulatur zusammenarbeitet – und das kann man ja *nur mit gelenkferner* Aufzeichnung.

Außerdem ist jede Aufzeichnung, die ein Gewicht am Unterkiefer befestigt, oder Weichteile – wie z.B. die Zunge – verdrängt, falsch, weil so die Propriozeption empfindlich gestört wird. Es war für mich gar nicht so leicht, meine ganzen Minipantografen wegzuschmeißen.

Unsere ganze Heilkunde war in mechanischem und arrogant-naturwissenschaftlichem Denken erstarrt, was schon durch die weltfernen, monokausal-verkürzten Denkschemata verdeutlicht wird.

Gnathologie war Scharnier- und Knochendenken

Das müssen wir schnell überwinden.

Denken Sie an die RUM-Position von McCOLLUM und seinen Schülern STUARD, THOMAS, LAURITZEN usw.!

Was ist davon geblieben?

Zuerst – Anfang der 70er Jahre, durch W.FARRAR und P. DAWSON – *fiel das „R“ weg*, und man versteifte sich umso *mehr auf das „U“*. Aber wenn wir das „R“ verlassen, stimmt bereits das *Grundkonzept der organischen Okklusion* zur Vermeidung von Parafunktionen nicht mehr.

Mit dem „U“ hat es seine besondere Bewandnis

Sie haben es alle erlebt: Wenn man einen endständigen Pfeiler für eine Brücke präpariert, dann kann man oft 2mm okklusale Substanz abtragen und muß trotzdem damit rechnen, daß der Techniker sagt: „Da habe ich keinen Platz!“ Offensichtlich kann der Condylus nach oben ausweichen. Bereits GERBER hat immer auf die Gefahr der *Kompression* hingewiesen, aber das konnte man nicht ernst nehmen, denn die Patienten bekamen ja auch so *keine Beschwerden*.

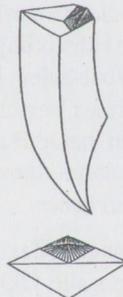


Abb. 2: Das POSSELT'sche Schema, modifiziert nach SCHÖTTL. Die kranialste Position des Unterkiefers ist die *habituelle Okklusion (IKP)*. Liegt sie vor der *retrudierten Position*, dann ist im *mechanischen Sinn* jede Möglichkeit zur *Parafunktion* gegeben.

Zwei Jahrzehnte wußten wir nicht viel mit diesem Problem anzufangen, weil wir gebannt auf die *UPPERMOST Position* starteten. Prof. CARL WIRTH, BOB LEE und andere (mich eingeschlossen) haben eine ganze Therapieanschauung auf der obersten Condylenposition aufgebaut. Ich erinnere nur an das „*WIRTH-Registat*“, das genaueste, was man sich damals vorstellen konnte – allerdings unter geometrischem Vorzeichnen. Alles, auch mein sogenanntes „muskuläres Registat“, kam unter manueller Manipulation zustande – und dieses letztere verändert die Propriozeption und Muskelspannung ganz deutlich und meßbar.

Dabei gab es zu dieser Zeit in den USA bereits eine Gruppe von Zahnärzten, zu denen B. JANKELSON, AL FONDER, H. GELB u.a.m. gehörten, und die darauf hinwiesen, daß diese *dorsale Abstützung der Mandibula* notwendig ist. FONDER berichtet in seinem Buch über signifikante, audiogramm-belegte Verbesserungen von Hörstörungen, Aufrichtung ganzer Wirbelsäulen, ja sogar über erstaunlich häufiges Verschwinden von Zyklusstörungen nach Befreiung von einer Kompression – *durch minimale Erhöhung der Siebener*.

Wir glaubten an die Maxime *UPPERMOST*, richteten alle Okklusionen so ein, daß die Condylen ganz oben waren (Selbstzentriert!), und haben ganz vergessen zu beobachten, was denn dabei *jenseits unserer zahnärztlichen Grenzen* passiert.

Die neue Condylenposition ist anterior und inferior.

Diese Unterkieferposition ist geringfügig anders als bisher, aber das hat weitreichende Bedeutung. Nicht nur für die Behandlung von bisher kaum therapierbaren Zuständen, wie *Tinnitus oder Bruxismus*, sondern auch für das *Allgemeinbefinden* und die *Körperhaltung*. Für die Erklärung dieser Einflüsse gibt es drei Theorien:

- a) Die Änderung im Bereich der Hyoid-Muskulatur bedingt eine Änderung der HWS-Haltung, und dies wiederum eine verbesserte Durchblutung der *Art. vertebralis*, die eine bessere *Blutversorgung des Kopfbereiches* sicherstellt.
- b) Das *Ohr* ist entwicklungsgeschichtlich *aus dem Kiefergelenk* entstanden, was die engen funktionellen Beziehungen beleuchtet. (R.S. nähere Ausführungen)
- c) Die starken *Meridianbeziehungen* des Kiefergelenkes zum ganzen Körper können physio-energetisch weitgehend für Erklärungen herangezogen werden (Beispiele sind Magen oder innere Sekretion).

Wie steht es mit dem „M“?

Nachdem wir das „R“ und das „U“ aufgegeben haben, müssen wir feststellen, daß wir auch das „M“ nicht mehr manuell sichern können. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß in nicht wenigen Fällen die skelettale – also *knochen- oder bandbezogene – Median-*

position der Mandibula nicht mit der Mitte übereinstimmt, die der Muskel-funktion entspricht. In unserer Praxis hat sich nun in einer ganzen Reihe von behandlungsrefraktären MAP-Patienten die Erfahrung JANKELSONs bestätigt, daß allein die muskuläre Mitte entscheidet.

Genau betrachtet ist also die ganze RUM-Position nichts mehr wert.

Soweit die Zentrische Position!

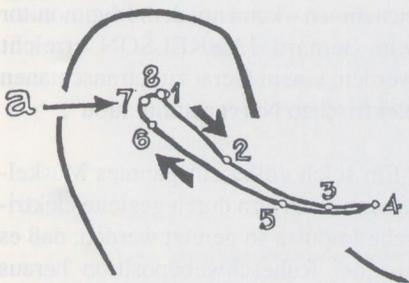


Abb. 3: Die Bewegung der Condylenachse ist vom Replicator in 8 Stufen aufgezeichnet (Umzeichnung nach GIBBS und LUNDEEN). Während der Vorschub des Gelenkkopfes in Pfeilrichtung, zur Mundöffnung (Leerbewegung) gehört, steht die Dorsalbewegung mit der Schließbewegung (Kraftschluß in den Bolus) in Zusammenhang. Das letzte Stückchen aber von 7-8 (=1) verläuft wieder von posterior nach anterior - wahrscheinlich massetergesteuert.

Wie steht es nun mit der Exzentrik?

Die Unterkieferbewegung läuft nicht zwischen den Determinanten ab, woran Sie ja auch schon lange nicht mehr glau-

ben. Diese Bewegung ist rein muskelgesteuert und unterliegt einem propriozeptiven Programm. Die Determinanten sind etwa zu vergleichen mit dem Konzept des Programmierers, das nach der Programminstallation in den Computer, eigentlich nur noch aus Sicherheitsgründen aufgehoben wird. Den Beweis, daß dieser Vergleich nicht hinkt, liefern viele Menschen, die ihre Frontführung oder ihre Condylen verloren haben. Das Programm kann auf längere Zeit erhalten bleiben – aber nur bei entspanntem Muskelsystem. Das ist auch der Grund, weshalb ein offener Biß mit Bruxneigung in der RKP nicht zur Ruhe gebracht werden kann. – Jetzt, mit der MZP geht es – zumindest viel besser.

Deshalb spielen die Gelenke auch eine viel passivere – aber deshalb nicht unwichtigere – Rolle, als wir dachten.

Die Aufzeichnungen von GIBBS und LUNDEEN, die schon vor 1980 entstanden, weisen eindeutig auf die muskuläre Führung der Unterkieferbewegung hin – und sie zeigen auch eindeutig, daß der Arbeitscondylus von posterior in seine zentrische Stellung einschwingt, was einen weiteren Beleg für die Notwendigkeit einer anterioren Condylenposition darstellt, die sich erfahrungsgemäß jeder Patient sowieso wieder freipreßt, wenn er retral eingestellt wurde.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Walter Schöttl

Schulstraße 35

8520 Erlangen

Die Scharnierachse ist tot, es lebe die Myozentrik?

J. Buck

Unter dieser unausgesprochenen Überschrift verlief das 1. Erlangener TMR-Symposium, zu dem Vater und Sohn SCHÖTTL im Oktober 1989 eingeladen hatten. Der offizielle Titel lautete: „Muskulatur in der Zahnheilkunde“.

Auch in der Gnathologie hat seit den 70er Jahren in gewisser Weise ein Wechsel zu einer mehr ganzheitlichen Betrachtungsweise stattgefunden. Von den meisten Patienten, und zwar vor allem von den im TMJ-Bereich vorgeschädigten, scheint die retrudierte Kontaktposition doch nicht so gut vertragen zu werden. Abgesehen von dem weißen Daumen, den der Behandler beim Dorsalschub des Unterkiefers immer bekam.

Der Dawson-Griff strebt schon eine mehr anteriore und superiorere Stellung des Condylus an. Aber wohin soll man den Unterkiefer führen, wenn der Discus schon nach medial und anterior verlagert ist? Als Ausweg bietet sich hier an, die entspannte Muskulatur als Grundlage für eine Rehabilitierung zu nehmen.

Entscheidenden Anteil an dieser neuen Situation hat wohl die Erfindung des Jankelson-Elektromyographie-Gerätes. Hierdurch ist es ohne invasive Techniken möglich, eine Messung des Spannungszustandes der oberflächlichen

Kaumuskulatur durchzuführen. Dadurch wissen wir, daß gerade die RKP auf Dauer nur unter Muskelspannungen aufrechterhalten wird.

Ein Zustand der weitestgehenden Entspannung der Muskulatur in der Ruheschwebe – und damit die Möglichkeit, diese als Ausgangspunkt einer Therapie zu nehmen – kann mit dem Myomonitor von Bernard JANKELSON erreicht werden, einem Gerät zur „transcutanen elektrischen Nervenstimulation“.

Ein solch völlig entspanntes Muskelsystem kann nun durch gezielte elektrische Impulse so gereizt werden, daß es aus der Ruheschwebeposition heraus eine ideale zentrische Position findet, ohne jede Berührung durch den Behandler.

In beeindruckenden, hervorragend Satz für Satz übersetzten Vorträgen stellten Robert R. JANKELSON und J. Michael DIERKES aus den USA das Konzept dar. Weder kamen die wissenschaftlichen Grundlagen des neuromuskulären, propriozeptorischen Verhaltens der Muskulatur, die Systematik der Befunderhebung und Therapie noch die sehr gut dokumentierten Fallbeschreibungen zu kurz.

Ob man nun gleich mit einem (zugegebenermaßen faszinierenden) computergestützten

Diagnose-, Therapie- und Dokumentationsaufwand von DM 50.000,— beginnen soll und ob die chirurgische Begleittherapie der kieferorthopädischen Behandlung zur Erreichung eines „myozentrischen Ideals“ nicht doch etwas über das Ziel hinausschießt, sei dahingestellt.

Sicher werden sich aber durch die neuen muskulären Konzepte erhebliche Umwälzungen in der Lehre und Praxis von Kieferorthopäden, Prothetikern, Gnathologen und TMJ-Behandlern er-

geben. Ich bin jedenfalls gespannt auf die weitere Entwicklung in diesem Gebiet.

Für Interessenten: Am 5. und 6. Oktober 1990 findet das 2. TMR-Symposium in Erlangen statt. Über die weiteren Kurse in Myozentrik informiert die nachfolgende Übersicht.

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Joachim Buck
 Dobbenstr. 7
 2900 Oldenburg



INSTITUT FÜR TEMPORO-MANDIBULÄRE REHABILITATION

MYO-ZENTRIK-KURS

Die Kurstermine für das Jahr 1990 liegen folgendermaßen:

15. – 17. Februar	Erlangen
22. – 24. Februar	Erlangen
19. – 21. April	Erlangen
17. – 19. Mai	Erlangen
07. – 09. Juni	Erlangen
14. – 16. Juni	Erlangen
20. – 22. September	Erlangen
15. – 17. November	Erlangen
29. – 01. Nov./Dez.	Erlangen

Sollte der Kurs Ihrer Wahl belegt sein, so können wir Sie auf Wunsch auf eine Warteliste setzen, so daß Sie bei Ausfall eines Teilnehmers gleich benachrichtigt werden.

Schuhstr. 35 • 8520 Erlangen • Telefon 091 31 / 23099

Stehen Sie auch manchmal Kopf

wenn schon wieder ein Modellguß nicht paßt?



Einige von Ihnen werden diesen Ärger kennen und sich fragen: "Wie hat der Techniker es nur geschafft, den Modellguß auf dem Modell passend zu machen?" Die Antwort scheint einfach: Der Gips schabst ab!

DENTAL-LABOR HEINRICH

macht Schluß mit dieser Diskussion.

Auf Ihren Anruf freut sich Ihr

E. Peter Heinrich
Zahntechnikermeister

Ladestraße 9/Ecke Langenhof
2903 Bad Zwischenahn
04403/3883

Ein neuartiges Versiegelungssystem verhindert "abgeschabte" Gipszähne. Das bedeutet: "Stimmt der Abdruck, stimmt das Modell, so stimmt auch unser Modellguß im Munde des Patienten." Überzeugen Sie sich selbst, damit Sie Freude an präziser Teilprothetik bekommen. Eine Qualität die Sie anspricht.

PS: Botenservice im Umkreis von 100 km möglich!

Bericht über die Jahrestagung 1989 der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie in der DGZMK

H. Diewald

Am 10. und 11. November 1989 fand in Hamburg unter Rekordbeteiligung der Mitglieder die diesjährige Jahrestagung der ARö statt. In seiner Eröffnungsrede verwies der stellvertretende Vorsitzende der DGZMK Dr. Gumpel den Stellenwert der Röntgenologie im zahnärztlichen Behandlungsalltag. Diese werde auch dadurch unterstrichen, daß Röntgenologie seit 1988 im Staatsexamen für Zahnärzte Prüfungsbestandteil sei.

Die insgesamt 34 Vorträge waren in 3 Themenbereiche gegliedert.

Das 1. Thema lautete: „Erfahrungen mit der Durchführung der neuen Röntgenordnung (Röntgen+Kurs-Examen-Helferinnenausbildung-Qualitätssicherung)“

Zunächst berichtete Doz. Dr. *Andreas* aus Leipzig über den Stand der zahnärztlichen Röntgenologie in der DDR. 1975 hat sich eine Arbeitsgruppe für stomatologische Radiologie gegründet, die unter anderem Standards für verschiedene Aufnahmetechniken und Lehrpläne z.B. für den Fachschulabschluß „stomatologische Schwester“ erarbeitet hat. Studenten hören eine 48-

stündige Vorlesung zu dem Thema und müssen verschiedene Praktika absolvieren. Die zahnärztliche Radiologie wird begrenzt durch den kleinen bzw. überalterten Gerätepark. Ein Ausbildungsgang zum Fachzahnarzt für zahnärztliche Radiologie ist vorhanden.

Professor *Rottke* berichtete dann über den Stand der zahnärztlichen Röntgenologie in der Bundesrepublik. Mit den weit über 30.000 zahnärztlichen Geräten werden pro Jahr über 20 Mill. Aufnahmen angefertigt. Besonders auf den Gesichtspunkt der Qualitätssicherung ist es ganz erfreulich, daß es nach 10 Jahren gegen große Widerstände gelungen ist, die zahnärztliche Radiologie als Prüfungsfach durchzusetzen.

Der anschließende Kurzvortrag von Professor *Jung* zeigte Qualitätskriterien für zahnärztliche Röntgenaufnahmen auf. Nach Auffassung von Professor *Jung* sollten die Qualitätsmerkmale als Positivkriterien dargestellt werden, da sie so zur Selbstkontrolle und Selbstschulung besser dienen würden.

Der 4. Vortrag von Professor *Sonnabend* aus München berichtete von ei-

ner Zusammenkunft der Kursveranstalter für den Kenntnisnachweis nach § 23 Nr. 4 RöV für Helferinnen. Die Qualifikation der Ausbilder, die Anforderungen an den praktischen Teil, die Gruppengröße sowie die Durchführung der Prüfung stellten Schwerpunkte dar.

Ein weiteres Thema von Professor *Sonnabend* war die Arbeit der „Zahnärztlichen Stelle“ in Bayern. Die „zahnärztliche Stelle“ sieht sich als Organ zur Verwirklichung der Qualitätssicherung, ist es doch möglich, durch geeignete Maßnahmen rund 50 % Dosisreduktion zu erreichen. Laut Professor *Sonnabend* sind fehlerhafte Aufnahmen zur Konstanzprüfung häufig nicht auf Geräte oder Entwicklungsfehler, sondern auf mangelnde manuelle Geschicklichkeit der Helferin zurückzuführen.

Die Vorträge 6 und 7 beschäftigten sich mit den Helferinnenkursen nach der RöV im Haus der Technik in Essen. Hervorgehoben wurde besonders, daß trotz des bewußt hohen Niveaus alle Kursteilnehmerinnen die Prüfungen bestanden hätten.

Im nächsten Vortrag zeigte der Berichterstatter die Möglichkeiten des Kenntnisnachweises gemäß § 23 Nr. 4 RöV in Bayern auf. Quintessenz der Ausführungen war die Vermutung, daß es in manchen Kammern, so auch in der bayerischen, mehr um die einfache und vor allem billige Durchführung geht, anstatt die vom Ordnungsgeber an-

gestrebte Qualitätssicherung ausreichend im Auge zu behalten.

Der 9. Vortrag über die Vereinheitlichung der Abnahmeprüfung von Dentalröntengeräten wurde stark geprägt von der Frage, ob die Konstanzprüfung wöchentlich oder monatlich durchgeführt werden müsse. Die Mehrheit der Diskutanten setzte sich für die wöchentliche Konstanzprüfung ein, da nur so die Wirksamkeit des Entwicklers in ausreichend kurzen Zeitabständen geprüft werden könne.

Der letzte Vortrag des 1. Themas von Professor *Sanderink* aus Amsterdam beschäftigte sich mit dem Röntgenunterricht mit Hilfe des Computers und interaktiver Videobilder.

Das 2. Thema lautete „Fortschritte in der Aufnahmetechnik“.

Von den 12 Vorträgen zu diesem Bereich waren für den Praktiker besonders die Erfahrungsberichte über die neuen Panoramaschichtgeräte der Firmen Siemens, Philips und Soredex von Interesse.

Der 3. Abschnitt war mit „freie Themen“ überschrieben.

Dr. *Benz* berichtete über den neuen höchstempfindlichen Zahnfilm Dentus M4, den er mit den Filmen Super D-zahn HS und Ekta-Speed verglich. Da der höchstempfindliche Film Dentus M4 etwas kontrastärmer und grobkörniger als die Vergleichsfilme ist, eignet er sich für viele Anwendungsgebiete in der

täglichen Praxis. Die Anforderungen an die Dunkelkammerarbeit und die Dunkelkammerbeleuchtung bzw. die Tageslichtaufsätze sind wesentlich höher als bei anderen Filmen.

Anschließend zeigte Professor *Pasler* die Vorteile des von ihm entwickelten Rechtwinkeltechnik-Filmhalters auf.

Herr *Biestfeld* wies auf die beachtliche Dosisreduzierung durch die Verwendung eines Rechtecktubusses mit Zielvorrichtung (Filmhalter) hin.

Dr. *Tepel* schätzte die Gefahr des Röntgenbereichs als potentielle Infektionsquelle bei Anwendung geeigneter Desinfektionsverfahren als gering ein.

Dr. *Hanning* berichtete von den diagnostischen Problemen bei Deutung von Röntgenbildern adhäsiv zementierter Kompositinlays. Er stellte an die Industrie die Forderung, röntgengedichte Ma-

terialien, auch Bonding und Dentindetektor, für diesen Anwendungsbereich herzustellen.

Weitere sehr interessante Vorträge waren mehr wissenschaftlicher Natur und für den Praktiker nur von eingeschränktem Interesse.

Fazit: Es war wert, zur Jahrestagung der ARö nach Hamburg zu fahren. Neue Verbindungen wurden geknüpft, Anregungen gesammelt. Meiner Meinung nach wäre es begrüßenswert, wenn sich noch mehr Praktiker für dieses wichtige Teilgebiet der Zahnmedizin interessieren würden und dies durch ihren Beitritt in die ARö bekunden könnten.

Anschrift des Verfassers:
Dr. H. Diewald
Donaustauer Str. 25
8400 Regensburg

Besuchen Sie unsere monatlichen
Studientreffen!

Wir bieten:

praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch

Universalschnitzinstrument »Cav. Spr. 18« – Hu Friedy

Mit dem neuen Amalgamschnitzinstrument der Fa. Hu Friedy »Cav. Spr. 18« nach Sprengel ist ein Universalinstrument entwickelt worden, welches eine vollständige Gestaltung sowohl der approximalen, bukkalen und oralen Flächen als auch des okklusalen Reliefs ermöglicht.

Die zweimalige 45°-Abwinkelung in Verbindung mit einer konvexen Krümmung der Funktionsenden ermöglicht bei einer physiologischen Instrumentenführung eine anatomisch funktionelle Füllungsgestaltung bei minimalem Zeitaufwand.

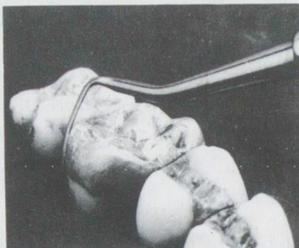


Abb. 3

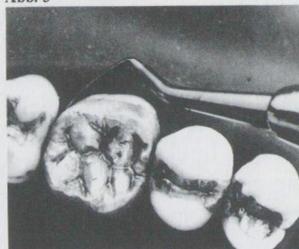


Abb. 4

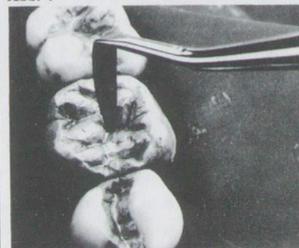


Abb. 5

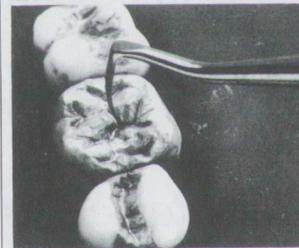


Abb. 6

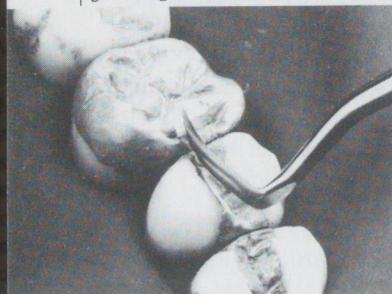


Abb. 1

Entsprechend *Abb. 1* wird der Überschub im Bereich der Randleisten entfernt; unter Führung des Instruments auf den noch vorhandenen Höckern (von peripher nach zentral) wird eine störungsfreie Okklusion hergestellt, wie auf *Abb. 2* zu erkennen ist.

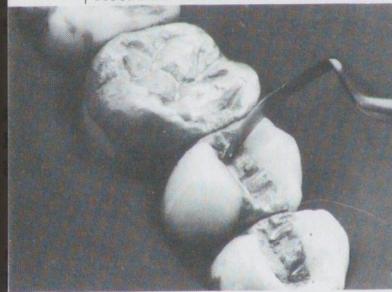


Abb. 2

Im Weiteren werden die bukkalen und oralen Anteile der Füllung adaptiert und gestaltet, was durch die konvexe Krümmung des Instruments sehr erleichtert wird; siehe *Abb. 3*. Auch interdental ist die Adaption der Füllung und das Entfernen eventuell vorhandener Überschüsse möglich; siehe *Abb. 4*.

Wird über die funktionell geschnitzte Füllung, welche zu diesem Zeitpunkt fertig wäre, hinaus eine anatomische Kauflächengestaltung angestrebt, ist die Modellation der sagittalen Fissuren mit dem einen Funktionsende, *Abb. 5*, und der transversalen Fissuren mit dem anderen Funktionsende möglich. *Abb. 6*.

Hat die Füllung inzwischen eine ausreichende Festigkeit erreicht, läßt sich diese mit dem selben Instrument auch brünnieren. Da die Funktionsenden zu gebräuchlichen Finierern und Polierern kongruent sind, lassen sich die so geschnitzten Füllungen auch gut polieren.

Der Vorzug des »Spr. 18« von Hu Friedy liegt, wie deutlich zu erkennen ist, in der Möglichkeit, eine Amalgamfüllung vollständig, rationell mit einem einzigen Instrument zu schnitzen und darüber hinaus auch anspruchsvolle Modellationen durchführen zu können.

Das »Spr. 18« ist ein Instrument, auf das der engagierte Praktiker nicht verzichten sollte.

Weitere Informationen

Hu Friedy Europe GmbH
Kurpfalz-Centrum
6906 Leimen 1

So leiste ich mir Top-Zahnersatz

Mit diesem Titel informiert in Hamburg das media-dent Beratungs-Centrum über Zahnersatz, den sich jeder leisten kann. Durch das am 1. Januar 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreform-Gesetz erscheint (!) der Zahnersatz für manchen unerschwinglich.

„Aber Gesundheit und gutes Aussehen dürfen nicht an den Finanzen scheitern!

Deshalb gibt es jetzt das media-dent Leistungspaket:

- kostenlose Beratung,
- Top-Zahnersatz von media-dent,
- Qualitäts-Paß von media-dent,
- Finanzierungsplan für Zahnersatz von media-dent.“

Die bequeme Bankfinanzierung für den media-dent Zahnersatz sichert die Qualität, die Patient und Zahnarzt für richtig halten. Die bisherigen Aspekte der Qualitätssicherung müssen wohl um den der Bankfinanzierung erweitert werden.

„Ihr finanzieller Anteil am Zahnersatz hat sich zwar durch die Gesundheitsreform erhöht. Aber deswegen müssen Sie sich noch lange nicht ‚krummlegen‘. Mit media-dent können Sie hochwertigen Zahnersatz in bequemen, individuellen Teilbeträgen bezahlen.“

Wichtige Vorhaben müssen nicht platzen. Mit media-dent kann sich der Pa-

tient schöne Zähne mit Top-Zahnersatz-Qualität und z.B. die ersehnte Urlaubsreise leisten.

„So, wie Sie sich beim Friseur Ihre Frisur selbst aussuchen, müssen Sie sich jetzt auch beim Zahnersatz nicht mehr mit dem Standard zufriedengeben. Sie können mitbestimmen, welche Qualität für Sie die richtige ist.“

So wie man sich in anderen Dingen des Lebens nicht für irgendetwas entscheidet, gilt es auch beim Zahnersatz erhebliche Unterschiede zu machen. „Und weil bisher über dieses wichtige Thema zu wenig Aufklärung stattfand, kennt natürlich kaum ein Patient diese Unterschiede.“

Da es nicht nur Unterschiede im Material und in der Verarbeitung gibt, liefert media dent beim Zahnersatz den ganz besonderen Qualitäts-Paß. Neben einer Partner-Bank hat media-dent die modernsten und erfolgreichsten Unternehmen der Zahntechnik (PartnerLabors).

„Moderne Verbraucher kaufen heute nichts mehr ohne intensive Beratung. Warum sollte das beim Zahnersatz anders sein.“ und „Deutschlands Patienten werden jetzt ein Qualitätsbewußtsein entwickeln wie nie zuvor.“ Wie dankbar können wir media-dent sein,

daß persönliche Fachberater uns die zahnärztliche Kompetenz in der Beratung abnehmen und auch noch die Qualität sichern.

Eine berechtigte Frage des Patienten: Muß ich jetzt meinen Zahnarzt wechseln? Die Antwort von media-dent: „Auf gar keinen Fall – selbstverständlich sollen Sie nicht ihren Zahnarzt wechseln.“ Auch der Zahnarzt legt Wert auf optimalen Zahnersatz. „Also keine Sorge: media-dent ist mit Zahnärzten ständig im Gespräch und hat sie über das media-dent Leistungspaket bestens informiert.“ und „Fragen Sie Ihren Zahnarzt nach der media-dent Qualität. Er wird sich bestimmt freuen, daß Sie sich

so engagiert um Ihre Zahngesundheit kümmern.“

„Ein Beratungszentrum ist erst dann gut und überzeugend, wenn es unabhängig ist.“ Das media-dent Beratungszentrum steht für 3 Dentallabors. Die persönlichen Fachberater haben als Vorbereitung eine spezielle Marketing-Ausbildung erfahren. Finanziert wird nur für Patienten, deren Zahnärzte mit den media-dent Partnerlabors zusammenarbeiten. Es mag sein, daß media-dent keine Zahnärzte empfiehlt. Fragt aber der Patient nach Zahnärzten, die mit den media-dent Partnerlabors zusammenarbeiten, wird er an einen qualitätsbewußten verwiesen. *m.w.*

DENT CARE

IHR SPEZIALIST FÜR:

- Prophylaxe
- Studienmodelle
- Instrumente

Fordern Sie unseren Katalog mit interessanten Angeboten für Ihre Praxis an.



Dent-o-Care . Postfach 11 51 . 8011 Brunnthal . Tel. (081 02) 41 12

Orale Implantologie – Eine Übersicht

St. Lemmer

Im Vorlesungsraum selten gehört, in der einschlägigen Fachpresse inzwischen ein Dauerbrenner – die zahnärztliche Implantologie. Für den Interessierten wird der Einstieg in dieses Gebiet schon durch die Vielfalt der Implantattypen (weltweit geschätzt schon über 100) erschwert. Ebenso wenig handelt es sich aufgrund der oftmals engen Indikationsstellung um eine „Wunderwaffe“ gegen die Folgen des Zahnverlustes. In einer Region, in der die eigenen Zähne bereits versagt haben, kann man auch von einem Implantat (aus körperfremdem Ersatzmaterial) nicht mehr erwarten. Daß trotzdem die zahnärztliche Implantologie zusehends an Bedeutung gewinnt, liegt zum einen an den Fortschritten in der Wissenschaft, zum anderen sicherlich auch am wachsenden Anspruch der Patienten gegenüber ihrer zahnärztlichen Versorgung.

Was zeichnet nun ein zahnärztliches Implantat aus? Im Gegensatz zu den in

der allgemeinen Chirurgie verwandten Implantaten, die nach ihrer Einheilung vollkommen von lebendem Gewebe umgeben sind (= geschlossene Implantate, z.B. Hüftgelenkprothesen oder Herzklappen) perforiert das zahnärztliche Implantat in der Regel die Schleimhaut an einer oder mehreren Stellen mit Pfeilern, an denen der Zahnersatz befestigt wird (= „offenes“ Implantat; mit permanenter Verbindung zur keimbeladenen Mundhöhle). Die verwandten alloplastischen Materialien (körperfremd, nichtbiologisch, aber gewebefreundlich) werden im Bereich der Schleimhautperforationsdecke bzw. des Kieferknochens eingepflanzt; im Laufe der Zeit haben sich bestimmte Metalle und Keramiken als besonders biokompatibel erwiesen. Von besonderer Bedeutung ist die Gewebereaktion an der Knochen-Implantat-Übergangszone, die *Osborn* 1978 nach der Biokompatibilität (Verträglichkeit) einteilte:

Biokompatibilität	Reaktion des Implantatlagers	Werkstoffe
Biotolerant	Distanzosteogenese (Einheilung im Knochen mit einer bindegewebigen Trennschicht)	Kunststoffe Knochenzement (PMMA) Edelstahl Co-Cr-Mo-Legierung
Bioinert	Kontaktosteogenese (Knochen wächst bis direkt an das Implantat heran)	Biometalle (Ti, Ta) Kohlenstoff (z.B. Glaskohle) Aufbrennkeramische Massen Aluminiumoxidkeramiken
Bioaktiv	Verbundosteogenese (Knochen verwächst mit dem Implantat)	Bioglas, Glaskeramik Hydroxylapatitkeramik Tri- u. Tetracalciumphosphatkeramik

Für die Osteointegration (s.u.) ist die primäre Stabilität des Implantates während der Einheilphase und die atraumatische Präparation ausgesprochen wichtig (*Donath, Schroeder, Adell* u.a.), einige wesentliche Faktoren sind also in dieser Einteilung nicht berücksichtigt. Als erfolgreich sieht man heutzutage die Implantate an, die eine mindestens 5-, besser 10-jährige reizlose Liegedauer aufweisen, allerdings mit einer entscheidenden Voraussetzung: Bei einer eventuellen Entfernung des Implantates darf die daraus resultierende Situation nicht wesentlich schlechter sein, als vor der Eingliederung des Implantates.

Ausschlaggebend für den Erfolg schien früher das Material zu sein, heutzutage ist man mehr und mehr der Ansicht, daß die Implantatgestaltung im Hinblick auf funktionelle Gegebenheiten mitunter als

wichtigeres Kriterium für den Erfolg gesehen werden muß. Dies ergibt sich schon allein daraus, daß im Gegensatz zum natürlichen Zahnhalteapparat eine Übertragung der Kaukräfte durch das Implantat auf den Knochen durch Druck erfolgt. (Eine Nachahmung des Parodontiums ist noch nicht möglich.)

Der Übergang Implantat – marginales Parodont gestaltet sich auch ausgesprochen schwierig. Die schon aus der Parodontologie bekannten Probleme spielen natürlich beim Implantat eine noch größere Rolle. Ähnlich wie bei den Prinzipien des „New Attachment“ versucht man durch eine möglichst glatte Oberfläche am Implantatals dieses Problem zu bewältigen. Um die primäre Stabilität zur optimalen Osteointegration zu erreichen, werden viele Implantate zweiphasig gestaltet, d.h. daß die Im-

plantate erst 3 bis 6 Monate nach der Implantation belastet werden (Einheiten in der ersten Phase, endgültige Versorgung in der zweiten Phase). Für den Langzeiterfolg des Implantates spielt die nach gnathologischen Aspekten optimal angefertigte prothetische Lösung (= Suprakonstruktion) mindestens eine ebenso große Bedeutung.

Will man erfolgreich implantologisch tätig werden, gilt es also, sehr viele Faktoren zu berücksichtigen. Es gibt zur Zeit 4 verschiedene Implantationsformen:

1. Die transdentale Fixation (= Transfixation),
 2. das submuköse (in der Schleimhaut fixierte),
 3. das subperiostale (dem Knochen aufliegende) und
 4. das enossale (im Knochen verankerte) Implantat.
- Außerdem gibt es Kombinationsformen.

I. Die transdentale Fixation

1943 zuerst von *Strock* und *Strock* berichtet; enossale Refixation eines aufbereiteten Zahnes mit einem Vitalium-Stift durch den Wurzelkanal hindurch. Nach der Klärung metallurgischer Probleme baute *Pruin* das technische Verfahren aus und bezeichnete es als transdentale Fixation, wohingegen *Wirz* von Transfixation spricht. Es handelt sich im Prinzip um ein geschlossenes Implantat. Sinn und Zweck der transdentalen Fixation liegen darin, Zähnen, deren Wurzel-Kronen-Relation zuun-

gunsten der im Knochen befestigten Wurzellänge verändert ist, oder die durch Traumen ihren Halt verloren haben, mit einem stabilisierenden Metallstift im Knochen zu fixieren.

- + günstige Voraussetzungen im Vergleich zu den offenen Implantaten, da es keine Probleme mit dem Pfeilerdurchtritt durch die Mukosa gibt.
- nur zur Befestigung einzelner vorhandener Zähne, die zudem noch devitalisiert werden müssen. Außerdem ist die Transfixation oft aus anatomischen Gründen (Perforation) nicht möglich.

II. Das submuköse Implantat

Bereits 1943 hat *Dahl* als erster diese Implantate angegeben. Einpflanzung druckknopfartiger alloplastischer Materialien submukös, z.B. am Gaumen; perforiert die Schleimhaut und soll Zahnersatz zusätzlichen Halt geben. In modifizierter Form als „mucosal inserts“ in neuerer Zeit besonders von amerikanischer Seite als therapeutischer Fortschritt propagiert!

- absolut unphysiologische Methode; allgemein kontraindiziert

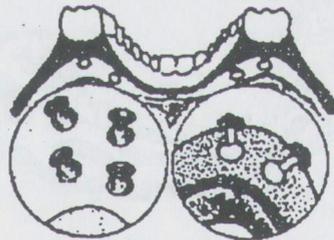


Abb. 1: Mucosal Inserts (Schleimhaut-Anker)

III. Das subperiostale Implantat

Das erste subperiostale Implantat wurde 1937 von Müller in Form eines Drahtnetzes eingegliedert, wobei vier Pfeiler in die Mundhöhle ragten. Dahl verwandte als Werkstoff Vitallium, eine Co-Cr-Mo-Legierung. Eine Systematisierung erfolgte durch die Amerikaner Gershkoff und Goldberg. Die Ursache für die auftretenden Mißerfolge wurde im ungenauen Sitz des individuellen Gerüsts durch die Kompressionsabdrucknahme bei geschlossener Schleimhautdecke gesehen. Ogus führte deshalb die direkte Abdrucknahme des operativ freigelegten Knochens ein, wodurch allerdings ein zweiter Eingriff zur Eingliederung des Implantates notwendig wurde. In Deutschland beschäftigten sich besonders Hammer und Reichenbach mit diesem Implantat-Typ, ausserdem seien hier noch Schmutziger und Obwegeser, Köle, Wunderer sowie Spiessl genannt.



Abb. 2: Subperiostales UK-Implantat

Trotz vereinzelter Erfolgsmeldungen mit jahrzehntelanger Tragedauer fällt doch auf, daß es bei vielen Patienten zu Komplikationen gekommen ist, so daß man die Mißerfolgsrate recht hoch ansetzen muß (zumal es, soweit mir bekannt, über subperiostale Implantate keine ausführlichen Statistiken mit objektiven Angaben der erhobenen Befunde und Komplikationen gibt). Um so erstaunlicher, daß es momentan, nicht nur in Amerika, zu einer starken Renaissance der subperiostalen Implantologie kommt.

IV. Das enossale Implantat

Bereits 1913 berichtete Greenfield vor der Academy of Stomatology in Philadelphia über ein käfigartiges Implantat aus Platin-Iridium. 1938 experimentierten die Gebrüder Strock mit korkenzieherartigen Schrauben aus Vitallium, die sie, wie wenige Jahre später auch Formiggini, in frische oder chirurgisch geschaffene Alveolen einsetzten. Ebenfalls mit Titanschrauben experimentierte Chercheve. Heinrich verwandte Tantal zur Herstellung der Schrauben. Nadelartige Implantate aus Tantal propagierten Scialom („Dreibein“) und Pruin („Nadelstraße“).

1952 entdeckte Brånemark bei mikroskopischen Studien des Blutkreislaufes an Versuchstieren ein für die Implantologie besonderes Phänomen. Die für invasive Maßnahmen verwendeten dünnen Rohre aus reinem, unlegiertem Titan waren nach einiger Zeit am Kno-

chen festgewachsen und konnten nicht mehr entfernt werden. Daraufhin begann er mit der Untersuchung der Möglichkeiten, die dieses – von ihm „Osseointegration“ genannte – Phänomen bot. Das Ergebnis der umfangreichen Forschungs- und Entwicklungsarbeiten liegt in Form des *Brånemark-Systems* vor, dessen Basiselement eine Titanschraube („fixture“) darstellt.

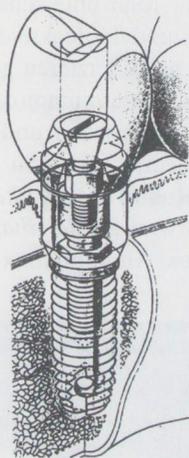


Abb. 3: Das *Brånemark-System*

Titan hat sich – bereits seit Jahrzehnten in der Chirurgie und Orthopädie bewährt – inzwischen auch in der oralen Implantologie durchgesetzt.

Folgende Eigenschaften sprechen für dieses Metall:

- Titan als reaktives Metall bildet in Luft, Wasser und beliebigen Elektrolyten auf der Oberfläche spontan ein Oxid, welches zu den resistentesten mineralischen Stoffen gehört.
- Der Oxidfilm ist im Gewebekontakt

kaum löslich, es werden keine Ionen freigesetzt, die mit organischen Molekülen reagieren könnten; Titan verhält sich im Gewebe „träge“.

- Die Materialeigenschaften (bruchfest, zäh und dehnbar) sind ausgesprochen günstig.
- In die raue Implantatoberfläche wächst mitunter Knochen ein und haftet am Metall. Diese ankytotische (versteifende) Verankerung ermöglicht es, alle möglichen Kräfte, nämlich Druck, Zug und Scherung direkt auf das Implantatlager zu übertragen, was die Funktion eines Implantates erst ermöglicht. Die Rauigkeit zur Oberflächenvergrößerung erreicht man durch Anätzen, Sandstrahlen oder auch durch das Plasma-Flame-Verfahren, wobei quasi flüssiges Titan auf das Implantat aufgesprüht wird.

Als *Linkow* 1967 seine Blatt- und Extensionsimplantate („Blade-vents“; auch aus Titan) einführte, hatte er offensichtlich zwei Ziele im Auge:

- Vergrößerung der Implantatoberfläche, um die Kaukräfte auf einen möglichst großen Knochenbezirk zu übertragen,
- Schaffung einer Grundform, deren Variationen alle anatomischen Gegebenheiten im Ober- und Unterkiefer berücksichtigen.

Das *Linkow*-Blattimplantat, in Deutschland besonders von *Grafelmann* propagiert, und einige ähnliche Konstruktionen (*Cranin*, *Muratori*, *Heinrich* und als *Neueste Münch*) haben, weltweit gesehen, eine große Verbrei-

tung gefunden. Nachteilig muß allerdings beim Blattimplantat der große Knochenverlust bei Explantation gesehen werden.

Koch und *Kirsch* entwickelten Mitte der siebziger Jahre das intramobile Zylinderimplantat (IMZ). Es handelt sich dabei um ein zweiphasiges Titanimplantat, das in der ersten Phase mit der Knochenoberkante bündig eingesetzt wird. Die Schleimhautschicht wird mit einer Distanzhülse überwunden, die Dämpfung der Kaukraft (am natürlichen Zahn via Wurzelhaut) wird mit einem einschraub- und auswechselbaren Dämpfungselement in Form eines Kunststoffzylinders nachgeahmt. Neu bei diesem Implantatsystem war auch das genormte Instrumentarium zum Legen von paßgenauen Knochenschnitten und die Einführung der innengekühlten Bohrer, die eine Traumatisierung des Knochens vermeiden.

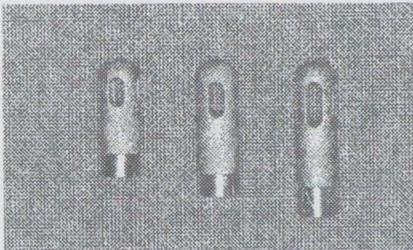


Abb. 4: IMZ-Implantate

Ledermann stellte wenig später sein TPS-Schraubenimplantat (Titan) vor, inzwischen zur neuen *Ledermann*-Schraube modifiziert. Maßgeblicher Einsatzbereich ist die Regio interforaminalis

(zwischen den foramina mentalia) bei zahnlosem Unterkiefer zur späteren Prothesen-Steg-Konstruktion.

Das Ergebnis der Arbeit des Internationalen Teams für orale Implantologie (ITI, mit *Schroeder*, *Sutter*, *Krekeler* u.a.) liegt in Form des ITI-Hohlzylindersystems (Titan) vor.

Einer ganz anderen Werkstoffgruppe, den Keramiken, will ich mich nun zuwenden. Man unterscheidet hierbei bioaktive und bioinaktive (bioinerte) Keramiken. Zu letzteren gehört hauptsächlich die Aluminiumoxid-Keramik, die vom chemischen und kristallinen Aufbau demjenigen von Edelsteinen (Saphir, Rubin) entspricht. In den 60er Jahren entwickelte *Sandhaus* den CBS-Anker aus Aluminiumoxid-Keramik.

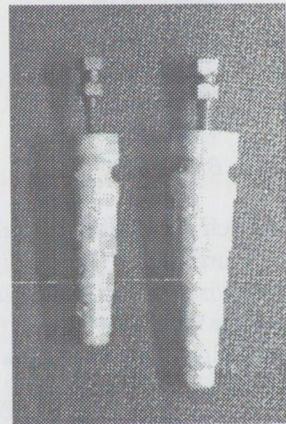


Abb. 5: Tübinger Sofortimplantat

Das Tübinger Sofortimplantat wurde 1976 von *Schulte* und *Heimke* vorgestellt. Es wurde gezielt für den Sofortersatz

eines zu extrahierenden oder verloren-gegangenen Zahnes entwickelt. Das aus Stufenzylindern bestehende Implantat besitzt eine lakunäre Oberflächengestaltung, die gegenüber einer natürlichen Zahnwurzel eine etwa 50%ige Oberflächenvergrößerung aufweist und zusätzlich ein Einwachsen von Osteonen ermöglicht.

Bei der Entwicklung des Münchner Spätimplantates, einer Modifikation des Tübinger Sofortimplantates, wurde die bei Spätimplantation meist vorhandene Resorption in labio-palatinaler Richtung berücksichtigt. 1977 führten *Mutschelknaus* und *Dörre* ein ankerförmiges Extensionsimplantat sowie zum Einzelzahnersatz das Pfeilstift-Implantat ein. *Brinkmann* modifizierte beide und propagiert außerdem die Biolox-Schraube. Während der Gingivadurchtritt bei den Keramiken als hervorragend bezeichnet werden kann, muß bei nahezu allen Keramiken die Bruchgefahr als nachteilig aufgeführt werden.

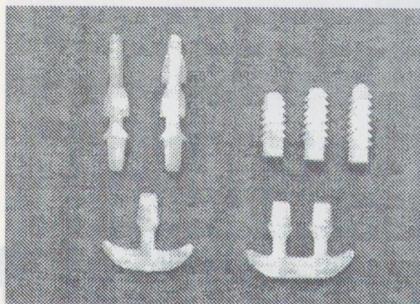


Abb. 6: Aluminiumoxid Keramik Implantat, Anker, Schraube, Pfeilstift

Die bioaktiven Keramiken befinden sich noch in der experimentellen und klinischen Erprobung. Strunz et.al. konnte nachweisen, daß Glas-Keramik mit dem Knochen eine feste Verbindung eingeht. Die TCP-Implantate (aus Tri- und Tetracalciumphosphat) werden, je nach Zusammensetzung der beiden Anteile im Laufe der Zeit teilweise durch Knochen ersetzt und damit fest inkorporiert. Wegen der unterschiedlichen biologischen und materialkundlichen Eigenschaften der metallischen und keramischen Implantate erfreut sich die Erprobung diverser Beschichtungsverfahren einer gewissen Beliebtheit (Metall-Implantate werden mit bioaktiver Keramik, aber auch mit anderen Stoffen beschichtet), um damit die Vorteile der beiden unterschiedlichen Materialien zu vereinigen bzw. zu optimieren.

Es soll am Ende dieses Artikels nicht verschwiegen werden, daß der weite implantologische Weg bis heute von unzähligen Mißerfolgen gepflastert war. Inzwischen sind aber einige Verfahren so ausgereift, daß sie eine Erfolgsquote von über 90% pro 5 Jahre aufweisen.

Literatur beim Verfasser!

Anschrift des Verfassers:
 cand. med. dent. Stephan Lemmer
 Kegelhofstr. 56
 2000 Hamburg 20

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 

Komposit-Kunststoffe im Seitenzahnbereich

W. Schulze

Amalgam als Füllungsmaterial steht, insbesondere in den letzten Jahren, immer wieder im Kreuzfeuer sowohl öffentlicher als auch interner Kritik. Und wenn auch die Darstellung in den Medien oft genug stark verzerrend wirkt, so sind doch die Fragen der Hg-Toxizität (bes. der chronischen) sowie die Sensibilisierung auch in Fachkreisen keineswegs unumstritten, geschweige denn endgültig beantwortet (s.u.). Für die schwindende Akzeptanz seitens der Patienten ist darüberhinaus auch die unbefriedigende Ästhetik insbesondere älterer Füllungen von großer Bedeutung.

So sind denn die Qualitäten dieses Materials fraglich genug, um die Suche nach ästhetisch befriedigenden, toxisch unbedenklichen aber eben auch okklusionsstabilen und langfristig randdichten Werkstoff-Alternativen zu intensivieren.

Hier geraten nun, neben den Gold- u. Keramik-Inlay-Systemen, immer wieder die Komposites als Füllungsmaterialien im Seitenzahnbereich in den Vordergrund der Diskussion. Im Folgenden sollen die Möglichkeiten und Grenzen dieser Werkstoffgruppe kurz dargestellt werden. (Die meisten Angaben beruhen auf Ausführungen von Prof.

J.F. Roulet / Abteilung für Zahnerhaltungskunde Berlin-Nord anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung im Mai 89 in Hamburg.)

Grundsätzlich bieten die Komposites die Möglichkeiten zur Verwendung entweder als plastisches Füllmaterial oder im Rahmen der direkten oder indirekten Inlaytechnik. In jedem Fall erfolgt die Verarbeitung unter Anwendung der Säure-Ätz-Technik. Selbstverständlich müssen beide Methoden dieselben Anforderungen an das Material und seine Verarbeitung erfüllen. Diese lassen sich im Wesentlichen in die Bereiche "Randverhalten" und Verschleißfestigkeit gliedern.

Randverhalten

Amalgam kompensiert bekanntlich Randimperfectionen bis zu einem gewissen Grad durch die Bildung von Metalloxiden, die sowohl zytotoxisch als auch im Sinne eines mechanischen Verschlusses wirken. Da Komposites diese Eigenschaften nicht haben, ist hier der optimale Rand eine *conditio sine qua non*. Dieses setzt ein Mikroretentionsmuster im Schmelz, d.h. Ansträngung und Ätzung des Randbereiches, sowie absolute Trockenheit voraus.

Beides ist im approximalen Bereich von Klasse-II-Füllungen äußerst problematisch zu bewerkstelligen. Die hier ohnehin schwierig zu kontrollierende Ätzung erlangt zusätzlich Unregelmäßigkeiten durch das Auftreten von prismaförmigen Schmelz in diesem Bereich. Auch die geforderte Trockenheit der Kavität ist hier kaum zu erreichen.

Ein weiterer Faktor ist das Auftreten der Polymerisationsschrumpfung beim Aushärten. Sie führt, insbesondere bei großen Füllungen, zur weiteren Vergrößerung des Randspaltes. Die in okklusaler Richtung wirkenden Schrumpfungsvektoren führen zur Entstehung der größten Kräfte gerade dort, wo der Verbund zwischen Füllung und Kavität ohnehin am schlechtesten ist: nämlich am Boden desselben. (Die von Lutz angegebene Verarbeitungstechnik, die *in vitro* durch gezielte, mehrzeitige Aushärtung unter Anwendung lichtleitender Keile zu fast 100%ig perfekten Rändern führt, ist *in vivo* fraglich. Klinische Studien liegen hier noch nicht vor.) So ist also insgesamt das Randverhalten von Kompositen im approximalen Bereich von Klasse-II-Füllungen als ungenügend einzustufen.

Bei Verwendung von Komposite-Inlays ist die Kunststoffmenge beim Einsetzen (SÄT) relativ gering. Die Polymerisationsschrumpfung verringert sich dadurch ebenfalls, sodaß das Randproblem hier lösbar erscheint.

Verschleißfestigkeit

Der Verschleiß der lichthärtenden Materialien der neueren Generation (dessen Verlauf relativ linear und somit zeitlich extrapolierbar ist) ist in unbelasteten Bereichen dem des Amalgams durchaus vergleichbar. Im okklusalen Kontaktbereich treten jedoch Schäden der Mikrostruktur auf (sog. Ermüdungsbruch), sodaß auch diese Eigenschaft als unzureichend eingestuft werden muß.

Bei den Inlays führt weder die extraorale Vergütung beim direkten, noch die Heißpolymerisation beim indirekten Verfahren zu einer entscheidenden Verbesserung der Verschleißfestigkeit. Als durchweg positiv zu bewerten sind hingegen nach Roulet Ästhetik (Zahnfarbe), Ausarbeitung, Politur und Röntgenopazität (wichtig wegen approximaler Kontrolle von Füllungssitz und Sekundär-Karies). Da jedoch die entscheidenden Kriterien des approximalen Randverhaltens und der okklusalen Stabilität nur unzureichend erfüllt werden, sind (insbesondere plastisch verarbeitete) Komposite als Amalgamersatz (d.h. für große Klasse-I- und -II-Füllungen) noch ungeeignet. Bedingt einsetzbar sind sie möglicherweise bei Milchzähnen und kleinen Kavitäten.

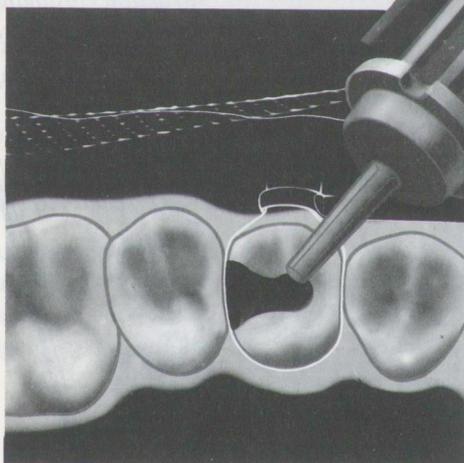
Literatur: ZWR 5/88, 422–429
Zahnärztliche Praxis 10/88, 385–386

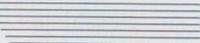
Anschrift des Verfassers:
Walter Schulze
Emil-Andresen-Str. 5
2000 Hamburg 54

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 

Gruppenprophylaxe

Bleibt die Einführung einer flächendeckenden Gruppenprophylaxe auf der Strecke?

Anlässlich des 3. Berliner Zahnärztetages findet am Samstag, dem 9. Sept. ein standespolitischer Vormittag im ICC Berlin statt zum Thema

„Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes und der neuen Gebührenordnungen“

Hierzu erklärt die Fraktion Gesundheit in der Zahnärztekammer Berlin:

Die Verdoppelung der „Selbstbeteiligung“ bei den Zahnersatzkosten durch das Gesundheitsreformgesetz ist asozial und muß zurückgenommen werden.

Das Resultat nämlich ist, daß sich die große Gruppe von Menschen, die mit ihrem Einkommen mehr oder weniger knapp über der ohnehin lächerlichen Härtefallregelung liegt, nur noch minderwertigen oder gar keinen Zahnersatz mehr leisten kann.

Die zahnärztlichen Meinungsführer insbesondere aus dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte propagieren dagegen eine noch weitergehende Privatisierung zahnärztlicher Leistungen.

Das positive Element des GRG, das die längst fällige Einführung einer flächendeckenden Gruppenprophylaxe zur Verhinderung von Zahnerkrankungen vorsieht (§ 21 SGBV), wird jedoch verschleppt.

In Berlin besteht noch ein funktionie-

rendes Netz eines Jugendzahnärztlichen Dienstes. Mit den zusätzlichen Mitteln, die durch die Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe zur Verfügung gestellt werden müssen, ließe sich die Institution rasch zu einer flächendeckenden und effektiven gruppenprophylaktischen Betreuung unserer Kinder und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen ausbauen.

Die Fraktion Gesundheit hat auf der Grundlage eines Vorschlages der „AG Kinderzahnheilkunde in der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK) ein solches Konzept für Berlin entworfen.

*Fraktion Gesundheit
i.d. Zahnärztekammer Berlin*

*Gesundheitspolitik
durch Kompetenz
und Verantwortung
mitgestalten
Darum*



Schokolade mit Bitterkrokant... ...oder lieber Haselnüsse in Schokolade?

Da stehe ich ratlos vor dem Schoko-Verkaufsregal und weiß nicht, was ich vorziehen soll ... wie der Wähler in Westfalen-Lippe vor dem Stimmzettel für die Wahl zur Kammerversammlung.

Bei aller Sympathie für die gewiefte Art des Herrn Hinz hat mich nun doch die Ergebnisadresse des UFZ-Listenföhrers aus Herne an den allmächtigen Freiverbands-Föhrer schockiert. Der UFZ will nun also der bessere und konsequentere Freie Verband sein? Zweimal FVdZ in verschiedenen Verpackungen? Oder sind nur die Verkäuferverschieden? Die Firma ist offensichtlich die gleiche ... Da liegt noch ein Sonderangebot: Lippstädter Brechnüsse in Schokolade! Diesmal heißt die Firma UZA. Ach so! Wieder eine Tochterfirma des Freien Verbandes ..., aber unabhängig! ... Wohl wegen möglicher Haftungsausschlüsse! Tja, was soll ich bei dieser Einheits-Auswahl aus demselben Konzern denn nun wählen?

Eigentlich mag ich alles nicht! Alles ist die gleiche klebrige und undefinierbare Masse ... nur mit anderem Beiwerk und anderem Glanzpapier. Schokolade ist schmierig! Vor allem, wenn man sie länger ansfasst. Alles ist gleichschwer

verdaulich! An all' dem Zeug hab' ich mir doch schon mehrfach den Magen verdorben ... Und liegen lassen kann man das Zeug auch nicht ..., schon nach kurzer Zeit fängt es an zu schimmeln und zieht Fliegen an ..., ... schwarze, blaue, rote und grüne! ... und Probleme macht das Zeug erst recht, ... Patienten als auch Zahnärzten ...!

Am besten, ich lasse die ganze Schokolade liegen und kaufe mir die altbekannten und trotzdem aktuellen V d Z W L - Gummibärchen! Die werden nie schlecht, höchstens etwas hart, wenn sie älter werden ... und durchschaubar sind die auch, zumal der DAZ als freier Mitarbeiter auch noch über die Qualität wacht!

Haben Sie schon mal Gummibärchen probiert? Sie werden nicht mehr aufhören können!

Dr. Rudolf Kirschner

Zitat

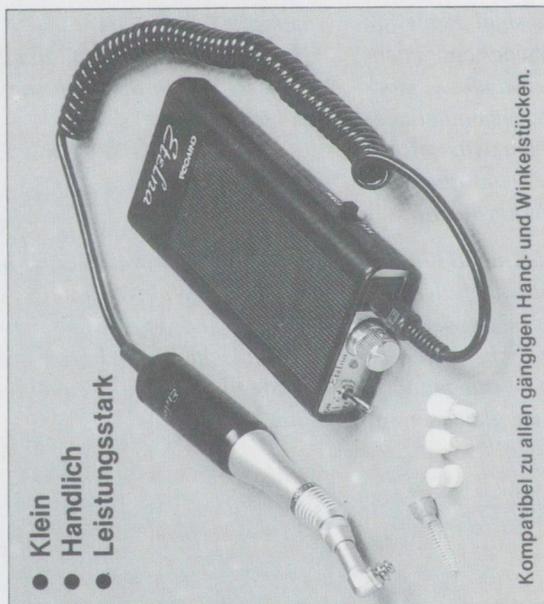
Prof. Dr. Rolf Hinz in DZW 40/89 Sonderseiten Westfalen-Lippe offen über seinen UFZ-Wahlverein:

„Die Grundsätze des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte werden nicht verlassen, eher konsequenter unterstützt.“

PROPHY PORT

zum Sonderpreis von nur DM 895,—

- Klein
- Handlich
- Leistungsstark



Kompatibel zu allen gängigen Hand- und Winkelstücken.

PROPHY PORT besteht aus 1 Bravo Mikromotor mit stufenloser Geschwindigkeitsregulierung (bis zu 20.000 U/min.), Vor- und Rückwärtslauf, Ladegerät, Tragetasche und einem Snap-on Winkelstück mit 4 verschiedenen Prophyansätzen (je 10 Stück).

Weitere Winkel-, Handstücke und Reduktionsteil für alle in Praxis und Labor anfallenden Arbeiten erhältlich.

BESTELLUNG

<input type="checkbox"/> Prophy Port komplett	DM 895,—
Alle Teile auch einzeln erhältlich:	
<input type="checkbox"/> Bravo Mikromotor	DM 749,—
<input type="checkbox"/> Winkelstück ARK	DM 159,—
<input type="checkbox"/> Bürstchen spitz 20 St.	DM 24,—
<input type="checkbox"/> Bürstchen flach 20 St.	DM 24,—
<input type="checkbox"/> Kelche 20 St.	DM 10,—
<input type="checkbox"/> Interdental Spirex 20 St.	DM 36,—

Alle Preise ohne MWST.

Abrechnungsmodus gemäß GOZ 405, 406, 611, 613.

Bitte Praxisstempel nicht vergessen!

Firma
GRUSS Prophylaxe
Düsseler Str. 14

5603 Wülfrath

Buchbesprechung:

J. Rübiger:

Zahnmedizinische Prävention

ein Buch für alle, die sich für Prophylaxe interessieren

Wer das Metier kennt, wird diese Arbeit zu schätzen wissen: Da hat sich jemand durch die eindrucksvolle Fülle wissenschaftlicher Veröffentlichungen, Verlautbarungen, Programme und Aufsätze gearbeitet, die während der letzten 15 Jahre über zahnmedizinische Prophylaxe und deren soziales, politisches, ökonomisches und verbandsbestimmtes Umfeld verfaßt wurde.

Es war zweifellos vorteilhaft, daß der Jemand wissenschaftliche Mitarbeiterin an einem Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik ist, also nicht von der Zahnheilkunde kommt – der Leser hätte sich in diesem Fall möglicherweise durch 50 Seiten Begründung quälen müssen, warum zahnmedizinische Prävention besser ist als zahnmedizinische Therapie. Dies also bleibt uns – bis auf wenige Seiten – erspart, so daß man sich auf die „Vorschläge zur optimalen Organisation und Finanzierung in der Bundesrepublik“ konzentrieren kann. Und die sind sehr systematisch erarbeitet und ausführlich begründet:

Gerade weil es noch nirgendwo bei einer nennenswerten Population gelang, durch Zuckerverzicht und Mundhygiene allein eine signifikante Reduktion von Kariesläsionen zu erreichen, wird

der Fluoridprophylaxe die entscheidende Rolle zugewiesen. Dabei stellt die Autorin u.a. eine Kosten-Effektivitätsberechnung für die verschiedenen Fluoridierungsmaßnahmen auf, bezogen auf die Prävention von jeweils 1 DMF-Fläche. Pro Person und Jahr kostet demnach die Fluoridierung mittels fluoridierten Trinkwassers 1 DM, über den Weg der Speisesalzfluoridierung jedoch nur 2 Pfennige. Der vergleichbare Wert bei der Tablettenfluoridierung an 365 Tagen im Jahr zu Hause wird mit 13 DM errechnet, bei semikollektiver Anwendung in der Schule mit 2,85 DM. Beim Fluorlack-Verfahren werden 6,50 DM bei der Anwendung durch eine ZMF angegeben, 10,40 DM dagegen bei der Anwendung durch einen Jugendzahnarzt. In der Zusammenfassung der Ergebnisse wird die partielle Speisesalzfluoridierung (womit die Wahlfreiheit zwischen fluoridiertem und nicht-fluoridiertem Speisesalz verstanden wird) als praktikabelste Form der Kollektivprophylaxe für die Bundesrepublik dargestellt, wobei der Hinweis, daß dies seit Jahren vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde gefordert wird, natürlich besonders erfreulich ist.

Interessant ist weiter die Feststellung,

L. Hupfauf

Praxis der Zahnheilkunde

Band 8

Funktionsstörungen des Kauorgans

Herausgegeben von L. Hupfauf

Mit Beiträgen von:

J. P. Engelhardt, K. Fuhr, K. Gausch,
G. Graber, J.-E. Hausamen, L. Hupfauf,
B. Köck, G. Komposch, W. Krogh-
Poulsen, U. Lotzmann, W. Lückerath,
G. Meyer, Th. Reiber, R. Reich,
N. Reuling, G. Siebert, T. Troest

1989. 341 Seiten m. Abb. DM 248.-
(Subskriptionspreis bei Abnahme aller Bände
DM 198.- pro Band)



Bitte einsenden an:

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen GmbH

Landwehrstraße 79

8000 München 2

bei der St. Pauls-Kirche

(089) 533959

Coupon

Ich bestelle

Expl.

Name/Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

Datum/Unterschrift:

daß die Umweltbelastung bei der Speisesalzfluoridierung 200mal niedriger ist als diejenige bei der Trinkwasserfluoridierung.

Weiterhin stellt die Autorin einen Effizienzvergleich zwischen Gruppen- und Individualprophylaxe an und kommt u.a. zu dem bemerkenswerten Ergebnis, „daß der öffentliche, zahnärztliche Gesundheitsdienst von seinen institutionell-organisatorischen und personell-fachlichen Voraussetzungen her gesehen am besten geeignet ist, eine systematische Gruppenprophylaxe durchzuführen“.

Vor allem die Schlußbetrachtungen des Buches lassen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig: „Um der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sobald als möglich zum Durchbruch zu verhelfen, müßten zunächst alle verantwortlichen Institutionen (niedergelassene und beamtete Zahnärzteschaft) in kooperativer und koordinierter Weise zusammenarbeiten. Langfristig aber sollte diese Aufgabe von dem dafür zuständigen öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienst übernommen werden, der auch von seiner Struktur her für eine systematische und kontinuierliche Programmdurchführung besser geeignet erscheint als die niedergelassene Zahnärzteschaft. Das setzt allerdings voraus, daß der schulzahnärztliche Dienst personell und finanziell entsprechend ausgestattet wird, wobei auf dem Gesetzeswege anzustreben ist, daß sich die Krankenkassen – als Nutznießer der Prophylaxe – an den Kosten der Jugendzahnpflege maßgeblich beteiligen“ ...

„Inzwischen sollten sich die Krankenkassen- und Zahnärzteverbände darauf konzentrieren, Vorschläge für eine Umstrukturierung des Honorarsystems zu erarbeiten, um auch von der Angebotsseite her die notwendigen Voraussetzungen für eine Umorientierung der Zahnheilkunde von der Spät- auf die Frühbehandlung und Vorsorge zu schaffen. Dazu würde auch eine entsprechende Schwerpunktbildung im Aus- und Fortbildungsbereich gehören, und zwar sowohl was die Zahnärzte selbst als auch die zahnärztlichen Hilfskräfte betrifft, ohne deren Mitwirkung eine effiziente Individual- und Gruppenprophylaxe nicht zu bewerkstelligen ist.“

Als DAZ-Mitglied der ersten Stunde hat man diesem Text nichts hinzuzufügen – genau dies haben wir seit 10 Jahren immer wieder in allen unseren Schriften gefordert!

Wer sich ernsthaft mit der Realisation breitenwirksamer Prävention in der Bundesrepublik beschäftigt, der wird an diesem Buch und seiner überzeugenden Argumentation nicht vorbeikommen, vor allem dann, wenn er nach einem umfassenden Literaturverzeichnis sucht.

H.W. Hey

Vollständiger Buchtitel:

Jutta Rübiger - Zahnmedizinische Prävention, Vorschläge zur optimalen Organisation und Finanzierung in der Bundesrepublik

Campus Verlag Wirtschaftswissenschaft Bd. 6 1989



*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

Buchankündigung

„Zum Stand der EDV-Anwendung in der Zahnarztpraxis“ ist als Band 2 in der Broschürenreihe des Instituts der Deutschen Zahnärzte beim Deutschen Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1989 (ISBN 3-7691-7818-1), erschienen. Die Broschüre ist zum Preis von DM 29,80 über den Fachbuchhandel erhältlich.

Fast ein Viertel aller Zahnärzte setzen inzwischen Computer in ihrer Praxis ein und weite Kreise der Zahnärzteschaft sind für eine EDV-Installierung offen. Angesichts dieser rapide steigenden Zahlen ist die Beratung vor dem Kauf, aber auch bei der eigentlichen Einfügung eines EDV-Systems in die Praxisgegebenheiten gefragt und notwendig. Insbesondere vor diesem Hintergrund veranstaltete das Institut der Deutschen Zahnärzte anlässlich des 23. Deutschen Zahnärztetages in Stuttgart im April d. J. ein EDV-Forum, das eine unerwartet hohe Teilnehmerresonanz fand.

Inzwischen ist hierzu in der Broschürenreihe des IDZ als Band 2 die Dokumentation der Referate zum Generalthema **Zum Stand der EDV-Anwendung in der Zahnarztpraxis - Ergebnisse eines Symposiums** erschienen.

Zur Sprache gebracht werden betriebswirtschaftliche, ergonomische, verwaltungsbezogene, juristische und politische Aspekte sowie empirische Forschungserkenntnisse zur Thematik. Die Broschüre bietet unter anderem eine realistische Einschätzung der Zukunfts-

perspektiven der Praxis-EDV und unterstreicht, daß Kaufentscheidung und Praxiseinpassung jeweils individuell in Abhängigkeit von den konkreten Praxisstrukturen und Arbeitsbedürfnissen des Zahnarztes und seines Teams erfolgen müssen. Nur so kann das vom Computer erwartete Rationalisierungspotential voll genutzt werden.

Teil 1: Der Stand der Praxis-EDV

Der Markt für Praxiscomputer

Zur Akzeptanzsituation von EDV-Systemen in der Zahnarztpraxis

Leistungserfassung - Ein Vergleich verschiedener Systeme

Organisatorische und personelle Voraussetzungen und Konsequenzen für den rationalen EDV-Einsatz in Zahnarztpraxen

Teil 2: Perspektiven für die Weiterentwicklung der Praxis-EDV

Prinzipien für die Benutzerfreundlichkeit von Zahnarztcomputern

Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Praxiscomputern durch weitergehende Anwendungen

Unterstützung bei der Entscheidung für die Anschaffung von Praxiscomputern durch die zahnärztlichen Körperschaften

Weiterentwicklung des Einsatzes von Praxiscomputern für die Abrechnung mit den KZVen

SIEMENS

Wir modernisieren Ihre Praxis sinnvoll – und das mit niedrigen Kosten.

Da zeigt sich der Profi.

Zum Beispiel:
unser
Praxisplaner
Jürgen Brunnert

Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, wie wohl Ihr Patient sich in Ihrer Praxis fühlt? Ihm fällt es kaum auf, daß die Technik Ihres Behandlungsgerätes etwas veraltet ist, aber das nicht mehr zeitgemäße Umfeld bemerkt er bestimmt.

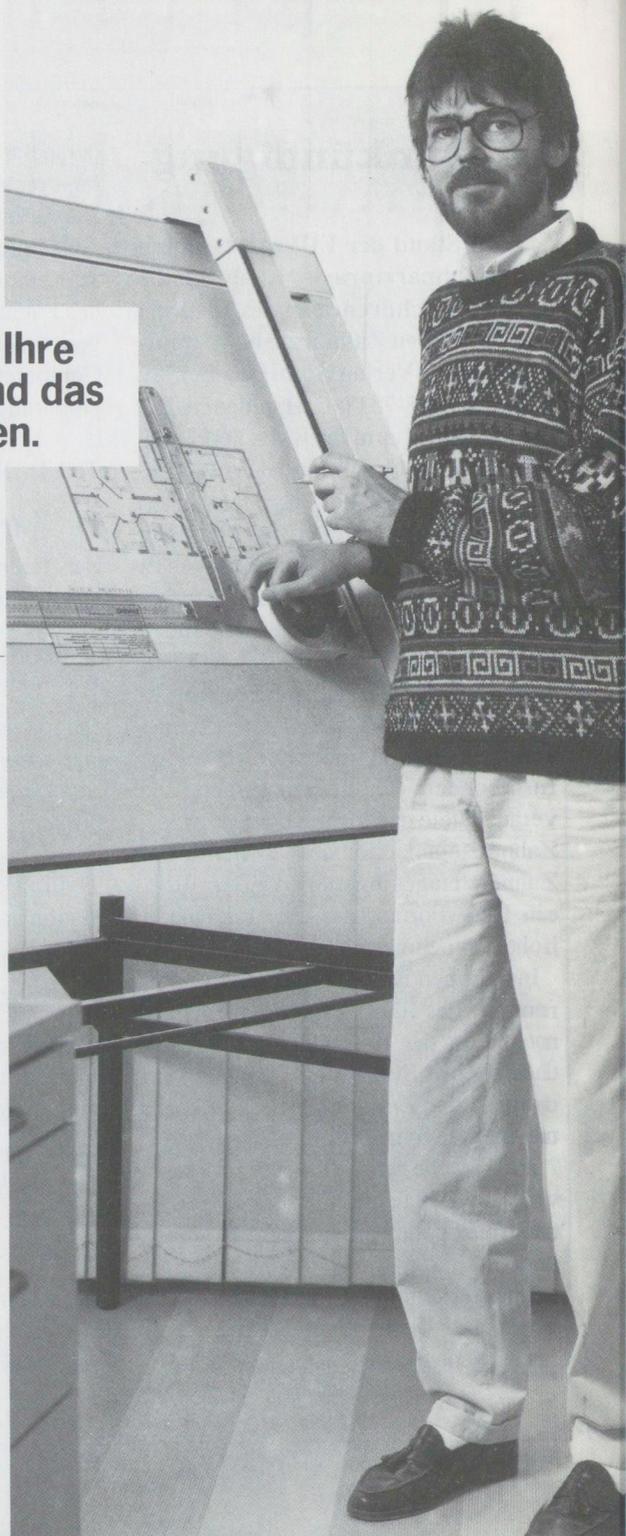
Wir modernisieren Ihre Praxis nach Ihren finanziellen Möglichkeiten.

Darin sind wir Profis. Sprechen Sie mit uns.

Kumpfmühler Str. 65
8400 Regensburg
Telefon 0941/97198

Lindwurmstr. 23-25
8000 München 2
Telefon 089/539850

*Siemens
Dental-Depot*
Ihr Partner



Sind Form und Inhalte des Zahnmedizinstudiums noch zeitgemäß?

Nachfolgend zwei Beiträge von Zahnmedizin-
studenten aus Göttingen und Hamburg

Gedanken über Möglichkeiten einer Studienreform

A. Schwander

Die zahnärztliche Ausbildung ist seit Inkrafttreten der Prüfungsordnung für Zahnärzte, die sich seit 1986 Approbationsordnung nennt, am 26.1.1955 im Prinzip unverändert geblieben.

Besonders in den letzten Jahren jedoch hat sich durch wissenschaftliche Weiterentwicklung, gesetzliche Änderungen (GOZ, GRG) und Veränderung des gesellschaftlichen Verhaltens (Prophylaxe) so viel geändert, daß, neben der unbedingt notwendigen Senkung der Zulassungszahlen, auch über eine grundlegende Reform der Ausbildung der Zahnmedizinstudenten nachgedacht werden muß.

Das universitäre Ausbildungsniveau bedarf dringend einer Anhebung. Heute

können Inhalte jenseits eines manuell-fachlichen Minimalkataloges kaum noch vermittelt werden. Auf der Strecke bleiben für das ärztliche Handeln unentbehrliche soziale, ethische und menschliche Qualifikationen. Letztere werden dem Studenten im Gegenteil durch die Ausbildungswirklichkeit noch systematisch abgewöhnt. Neben einer veränderten Zulassungspraxis, die insbesondere auf die zur Verfügung stehenden Behandlungseinheiten in den klinischen Kursen (pro Student eine ist nötig!) Rücksicht nehmen muß, ist der Studienablauf organisatorisch zu überarbeiten.

Dabei muß auch dem allgemeinen Trend der Schwerpunktverlagerung von der prothetisch-technischen auf die prophylaktisch-konservierende Seite

und einer dringend erforderlichen Grundbildung in Psychologie Rechnung getragen werden.

Jedem Studenten, der das Studium ganz oder zu einem größeren Teil durchlaufen hat, dürfte klar sein, daß eine Menge organisatorischer Dinge zu kritisieren sind und durchaus vernünftiger gelöst werden könnten. Im Folgenden sollen daher zunächst einige Kritikpunkte dargestellt und gleichzeitig mit einem Änderungsvorschlag verbunden werden.

1. Die drei vorklinischen prothetischen Phantomkurse überschneiden sich jeweils erheblich im Stoffgebiet und entsprechen von dem Platz her, den sie in der Vorklinik einnehmen, nicht dem Stellenwert, den die Prothetik in der heutigen Zahnheilkunde noch einnimmt. In der Zukunft dürfte dieser eher noch sinken. Zu fordern wäre daher eine Strafung des Ausbildungsprogrammes und die Streichung eines der drei Kurse. Statt nur Kronen und Brücken herzustellen, sollten auch Inlay/Onlay hier ausgebildet werden.

2. Wie jeder Student weiß, ist das 2. Semester ein Verlorenes. Hier findet praktisch nur das Chemiepraktikum statt. Indem dieses verlegt wird, kann das gesamte Semester gestrichen werden und die Vorklinik auf 4 Semester (analog zur Humanmedizin) verkürzt werden, wodurch die klinische Ausbildung um ein Semester verlängert wird, was dringend geboten erscheint.

3. Das Vorphysikum in seiner jetzigen

Form ist ein Anachronismus. In Chemie und Physik liegen die zum Scheinwerb nötigen Klausuren meist deutlich über dem Niveau der Vorphysikumsprüfung, die Prüfungen könnten daher durch die Vorlage der Scheine bei der Anmeldung zum Biochemie- bzw. Physiologiepraktikum ersetzt werden, notfalls auch ins Physikum verlegt werden. Völlig sinnlos ist die Prüfung in Zoologie, wo in der Regel biochemische und physiologische Themen geprüft werden. Dies sollte den entsprechenden Physikumsprüfungen vorbehalten werden.

4. Das Biochemiepraktikum ist für Zahnmediziner zum Teil überflüssig, es sollte als eigenständiges „Biochemisches Praktikum für Zahnmediziner“ etabliert werden, wobei Gebiete der Allgemeinmedizin entfallen, dafür aber z. B. Biochemie der Mundhöhle aufgenommen werden könnten.

5. Der Präparierkurs und der Histokurs sollten im selben Semester stattfinden, damit die Kenntnisse der makroskopischen und mikroskopischen Anatomie sinnvoll nebeneinander und nicht zusammenhanglos nacheinander erworben werden.

6. Der Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde (Ecki-Kurs) ist in Wahrheit ein rein vorklinischer Kurs. Dort sollte er auch, anstatt im 6. Semester, stattfinden.

7. Die Vorschrift der Approbationsordnung für Ärzte, daß Studenten zum Physikum die Teilnahme an einem Er-

ste-Hilfe-Kurs nachweisen müssen, sollte auch auf die Zahnmedizin übertragen werden, wie überhaupt Zahnmedizinstudenten eine befriedigende Ausbildung in Notfallmedizin erhalten sollten.

8. Unter den genannten Voraussetzungen können auch im Physikum, das dann nach dem 4. Semester stattfindet, in der praktischen Prüfung prothetische Arbeiten etwas zurücktreten und z. B. eine Goldguß- oder Amalgamfüllung am Frasakozahn durchgeführt werden. Zur mündlichen Prüfung in Zahnersatz- und Werkstoffkunde kämen dann natürlich auch Aspekte der Zahnerhaltungskunde. Die Gesamtprüfung hieße dann z. B. „vorklinische Zahnheilkunde“

9. Die Auswirkungen einer derartigen Reform auf die klinische Ausbildung sind enorm. Es würden, da der „Eckkurs“ in die Vorklinik wandert, insgesamt 1,5–2 Semester gewonnen. Es bietet sich an, diese Zeit für eine breitere zahnärztliche chirurgische Ausbildung zu nutzen, damit Studenten auch endlich wieder kleinere Operationen selbst machen können, zum anderen könnte wichtigen Spezialgebieten, wie Implantologie, Parodontologie, Kinderzahnheilkunde etc., aber auch der KFO mehr Raum gegeben werden. Im 10. Semester sollte ein interdisziplinärer Kurs stattfinden, in denen die Studenten ihre Patienten von der Behandlungsplanung bis zur völligen Sanierung in allen Disziplinen betreuen und die Behandlung im 4-

Hände-System, also ständig mit Helferin, stattfindet.

Die möglichen Ergebnisse einer sinnvollen Studienreform lassen sich am besten in einem möglichen Studienplan, hier am Beispiel der Vorklinik, wiedergeben. Ausgegangen wird hier vom Studienbeginn im Sommersemester:

1. SS:

Kursus der technischen Propädeutik, Physikalisches Praktikum (14tägig ein Nachmittag), Chemisches Praktikum (14tägig ein Nachmittag)

Vorlesungen: Physik, Chemie, Anatomie I, Zahnersatzkunde I, Werkstoffkunde I, Biologie (anstatt Zoologie)

2. WS:

Präparierkurs für Zahnmediziner, Kursus der mikroskop. Anatomie, Kursus der medizinischen Psychologie

Vorlesungen: Anatomie II, Histologie, Biochemie I, Psychologie

3. SS:

Biochemisches Praktikum für Zahnmediziner, Physiologisches Praktikum (Neurophys.)

Vorlesungen: Biochemie II, Physiologie I, Zahnersatzkunde II

in den Semesterferien: Phantomkurs der Zahnersatzkunde (6Wo)

4. WS:

Phantomkurs der Zahnerhaltungskun-

de, Physiologisches Praktikum (vegetative Phys.)

Vorlesungen: Physiologie II, Embryologie, Zahnerhaltungskunde, Werkstoffkunde II

anschließend Physikum

Auf einen Vorschlag zur Änderung des klinischen Studienplanes soll hier verzichtet werden, da eine Vielzahl von Varianten denkbar ist. Es sei auf die Ausführungen unter Punkt 8 (s. o.) verwiesen. Zum Abschluß meiner Überlegungen möchte ich noch drei weitere nachdenkenswerte Punkte ansprechen. Um eine praxisnähere Ausbildung zu erreichen, sollte die in den Vereinigten Staaten längst bewährte Methode endlich ernsthaft diskutiert werden, erfahrene Praktiker, also freiberuflich tätige Zahnärzte, in das Studium einzubinden. Dabei könnten sicher beide Seiten viel voneinander lernen. Als weiteres ist zu überlegen, ob die klinischen Semester nicht weitgehend von technischen Arbeiten zu entlasten sind. Der Versuch, es den Technikern gleichzutun, ist ohnehin illusionär, wichtiger wäre es, die Zusammenarbeit mit dem Techniker zu lernen und an die ärztliche Kontroll- und Leitfunktion herangeführt zu werden. Als dritter Punkt sei noch die immer wieder auftauchende Idee einer Pflichtfamulatur genannt. Wieviel eine solche Maßnahme aber wirklich bringt, müßte ernsthaft geprüft werden, bevor so etwas eingeführt wird. (Immerhin könnten Studenten sich dort auch Falsches

angewöhnen, bekanntlich haben manche Zahnärzte sehr ungewöhnliche Methoden.)

Sicherlich können nicht alle Vorschläge durchgeführt werden, nicht alles Sinnvolle ist auch machbar. Daß aber unser Studium dringend umstrukturiert werden muß, kann niemand ernsthaft bestreiten. Alle müssen bereit sein, alte Zöpfe abzuschneiden. Voraussetzung für einen Erfolg ist aber in jedem Fall die Verringerung der Studienanfänger durch Änderung der KapVO.

Anschrift des Verfassers:
 cand. med. dent. Andreas Schwander
 Hospitalstr. 33c
 3400 Göttingen

Zahnmedizinstudium heute

– Beispiel Hamburg

St. Lemmer

Gleich zu Anfang: Trotz überfüllter Kurse und Stundenpläne, trotz Defizit an Platz, Personal und Patienten – ich bereue es (noch?) nicht, die Entscheidung getroffen zu haben, Zahnarzt zu werden. Als ich vor über 4 Jahren mit dem Studium in Hamburg begann, hatte ich nur ein vages Bild vom Beruf des Zahnarztes. Ein wenig vorbelastet aus eigenem Hause, kannte ich zwar den typischen Desinfektionsmittel- und Nelkenölgeruch einer Zahnarztpraxis, hatte auch selber mich schon so einige Male als leidenden Patienten auf dem Behandlungsstuhl liegen sehen, doch was mich noch so alles erwarten würde, konnte ich natürlich kaum überblicken. Mit den klischeehaften Vorstellungen vom Beruf des Zahnarztes begann also mein Weg an die Hochschule. Über das Schnitzen von Wachszähnen und das ach so schwierige Physikum kam ich in die Klinik; nach den zweieinhalb Jahren Vorklinik (mit allen Vorzügen und Narrenfreiheiten des Studentenlebens) ging es dann erst richtig los. Nach der Optimal-Okklusion im fehlerlosen Fräsco-gebiß war die Konfrontation mit den Launen der Natur ernüchternd. (Schön, daß man in der Vorklinik die Zähne am Modell noch auswechseln konnte.) Am lebenden Objekt tauchten

da natürlich auf einmal immense Probleme auf. Nichtsdestotrotz, auch hier wird nur mit Wasser gekocht. Und an die Patienten hat man sich auch schnell gewöhnt. Sie sind es ja auch, die einem all die kleinen Freuden des Alltags bescheren.

Wie das in der Wissenschaft so ist, macht nun der Fortschritt auch nicht vor der Zahnheilkunde halt, die Anforderungen an den Studenten sind mit der Zeit ebenso gewachsen. Hört man den Berichten älterer Kollegen über ihre Studienzeit zu, so stellt man oft fest, daß es früher doch ein wenig einfacher gewesen sein muß (zumindest, was den rein fachlichen Teil des Studiums angeht). Wo geht heute der Trend hin? Man muß, mehr als früher, über allgemeinmedizinische Probleme Bescheid wissen, gleichzeitig wird immer mehr Wert auf die konservierende Behandlung gelegt. Eine Studienreform, die dieser Entwicklung Rechnung trägt, läßt aber auf sich warten. Immer noch liegen die Anforderungen im Studium viel zu sehr auf Seiten der Zahntechnik (und Prothetik); der Wende in der Zahnmedizin kann der Student also kaum folgen. Hinzu kommt, daß trotz sinkendem Einkommen und Imageverlust der Zu-

lauf auf die Studienplätze ungebrochen ist. Durch realitätsferne Gerichtsurteile hat sich die Lage in Hamburg extrem verschärft. Was sich für den Richter auf einem Blatt Papier mit Hilfe der Quadratmeterzahl der Klinik und Anzahl der angestellten Putzfrauen so schön ausrechnen läßt, führt dazu, daß im Propädeutikkurs 80 Studienanfänger auf 60 Arbeitsplätzen sitzen. Im Sinne der zwischenmenschlichen Beziehungen mag dies von Vorteil sein (man kommt sich näher), doch auf die Qualität der Ausbildung wirkt es sich nicht positiv aus. Die Auswirkungen dieser Zulassungspraxis haben sich inzwischen in die Klinik fortgesetzt, was zu einem unausgewogenen Verhältnis zwischen Studenten einerseits und vorhandenem Stuhl-, Assistenten- und inzwischen auch Patientenangebot (dank Norbert B.) führt. Die Rahmenbedingungen für das Studium haben sich also verschlechtert. Nach wie vor müssen aber die meisten zahntechnischen Arbeiten parallel zur Patientenbehandlung im Staatsexamen selbst angefertigt werden. Damit der Student dies auch schaffen kann, wird er bereits ab dem ersten Semester zahntechnisch gedrillt. Viele Vorlesungen des voller werdenden Stundenplans können nicht besucht werden, da mal eben noch Bißschablonen oder Kronenmodellationen angefertigt werden müssen. In der gleichen Zeit soll man noch Notfallmedizin, ZMK-Krankheiten, Innere etc. hören. An ein Mittagessen ist kaum noch zu denken. Ein anderes Fremdwort ist „ganzheitliche Zahnme-

dizin“. An der Uni bekommt man nicht gerade den Blick dafür geschärft; die Aufteilung der Ausbildung auf die einzelnen Abteilungen kompliziert und verlängert nur die studentische Behandlung des Patienten.

Die Ideale, die man am Beginn des Studiums hatte, haben sich in der einen oder anderen Weise noch gehalten: Das Ideal der Hilfe für (zahn-)leidende Menschen, das Ideal von der Selbständigkeit und Unabhängigkeit, etc. etc. Je mehr man in diesen Beruf hineinwächst (bzw. hereingewachsen wird), desto ernüchterter sieht man allerdings die eigene Zukunft. Auf der Hochschule zum Einzelkämpfer gedrillt, ist der Rückzug ins Private wohl vorprogrammiert. Dies fördert natürlich nicht gerade die Solidarität, sowohl bei Studenten, als auch bei Zahnärzten. Die Wurzeln für die heutige Situation der Zahnärzte liegen also z.T. bereits in der Ausbildung begründet. Den Weitblick, dies zu erkennen, wünsche ich den politisch Verantwortlichen. Aber die praxisferne Ausbildung der Studenten ist wohl eine Eigenheit der deutschen Hochschulen (wobei man sich als Zahnmediziner wohl am wenigsten beschweren darf!).

Anschrift des Verfasser:s:
cand.med.dent. Stephan Lemmer
Kegelhofstr. 56
2000 Hamburg 20

Wie wissenschaftlich sind wir in der Medizin?

R. Völker

Anläßlich eines DAZ-Empfanges an Bord der MS Cap San Diego fiel mir kürzlich das DAZ Forum Nr. 25 in die Hände, das ich mit großem Interesse studierte; dabei wurde ich dann auch auf einen Artikel von Dr. Ropers aufmerksam, der mir im Schlußteil ein wenig unversöhnlich zu sein scheint.

Vorweg: Ich stehe, was alternative Heilmethoden anbelangt, weder auf der Pro- noch auf der Contra-Seite: ich stehe vielmehr noch vor allem, denn ich bin Student im 10. Semester. Wenn ich dennoch zur Feder greife, dann nur deshalb, weil ich gegenüber anderen den Vorteil habe, keine müde Mark durch „Hokuspokus“ verdient zu haben, von der „Scharlatanerie“ materiell also nicht abhängig zu sein und sehr unvoreingenommen und neugierig an die Sache herangehen zu können. Nur die Überlegung, daß nichts ungeprüft bleiben soll, was helfen könnte, führt mich – sonst nichts.

Auch ich neige eher zur Skepsis und stelle gern Zwischenfragen; auch mich befriedigt nicht immer, was ich dann zur Antwort erhalte, aber ich habe während meines Studiums gelernt, daß menschliche Unzulänglichkeit in der Propädeu-

tik eines Faches nicht unbedingt gegen die Methode an sich sprechen muß. Mediziner sind keine Physiker! – was beispielsweise in akademischen Werkstoffkunde- und Physiologie-Vorlesungen an Halbwahrheiten und Verdrehungen durch die Lüfte wabert, kann ein Laie wie ich nur an dem kopfschüttelnden Gemurmel einschlägig vorgebildeter Kommilitonen ablesen.

Also? Ich für meinen Teil habe beschlossen, alles zunächst so hinzunehmen, wie man es an mich heranträgt, es auf innere Logik zu überprüfen und das, was ich nicht gleich verstehe, durch Erfahrung zu belegen oder (für mich) zu widerlegen. Ich frage Sie, nicht rhetorisch, sondern als selbst noch Suchender: Gehen Sie anders vor? Oder warum sonst halten Sie homöopathische Prae- und Postmedikationen bei chirurgischen Eingriffen für nützlich?

Ich mußte ein bißchen grinsen, als ich Ihr Wort von der „goldenen Brücke“ las, die da den Homöopathen wohlmeinend gebaut werden soll; nein, diese „Brücken“ mögen die Homöopathen, sofern sie es ernst meinen, nicht. Es wäre auch nicht nachvollziehbar, wie man z.B. homöopathische Wirkungen in der Veteri-

närmedizin durch Placebo-Effekte erklären sollte oder wie die (mir von Ärzten der Filderklinik/Stuttgart berichtete) übersteigerte Wirkung von Hochpotenzen (D 200). Wenn ich es richtig verstanden habe, meiden die Ärzte dort die Hochpotenzen nicht wegen (materiell nicht von der Hand zu weisender) Unwirksamkeit, sondern wegen der schwer voraussehbaren, gravierenden Nebeneffekte.

Es geht mir ab, darüber zu urteilen, was wahr oder unwahr ist. Aber wenn, wie man mir versichert, die Wirkung der Verdünnungen eben nicht auf der molekularen Ebene zu suchen ist, sondern in der Art des Potenzierungsverfahrens (ergo auf einer unstofflichen, wenn Sie so wollen transzendenten Ebene), dann erklärt dies 1.) die beschriebenen Phänomene und ist 2. unwissenschaftlich – jawohl, solange unwissenschaftlich, wie die moderne Physik nicht detailliert (und dennoch für alle Wissenschaftler verständlich) erklären kann, was sie damit meint, wenn sie behauptet, strenggenommen gäbe es gar keine Materie, sondern nur energetische Wirkungen.

Und was bedeutet es, wenn die wissenschaftliche Informationstheorie sagt, daß nichts über die durch seine Art gezogene Begrenzung hinaus kann, daß man anders gesagt und auf den Punkt gebracht, mit stofflichen Methoden nur Stoffliches wissenschaftlich beweisen kann?

Wie erklärt sich denn, einmal anders gefragt, der Placebo-Effekt wissenschaftlich? – „Einbildung“, höchst Unstoffliches also, muß doch da auf

irgendeiner Ebene (hormonal?) einen Angriffspunkt ins Molekulare bekommen – oder wie?

Wirke auch ich demagogisch? Es wäre nicht meine Absicht: ich meine es fragend, nicht besserwisserisch. Nur: so einfach, wie es eine „Ab- und Ausgrenzung pseudowissenschaftlicher Aktivitäten“ verspricht, scheint mir, bisher, das Ganze nicht zu sein. Oder wo irre ich?

Anschrift des Verfassers:
cand.med.dent.Rudolf Völker
Wrangelstr. 23
2000 Hamburg 20

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

§1 Abs. 1 der Berufsordnung

Darum:



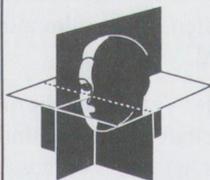
! **DICOR-KRONE**
● **270.- DM + MWST**

Carl-Maria-v.-Weber-Straße 2
8400 Regensburg
Telefon 09 41/70 43 70
7 17 10

Dicor - Glaskeramik
Frästechnik
Aufwachstechnik
Metall - Keramik

seidel

DENTAL-LABOR GMBH



Wo gibt es optimalen Versicherungsschutz?

Noch ist der Versicherungsmarkt überwiegend ein "Anbietermarkt", d.h. die Versicherungsverkäufer schwärmen aus, um Versicherungswillige zu finden. Die Gesellschaften können nach den Regeln der Marktwirtschaft die Preise festlegen. Die Bedingungen sind normiert durch das Bundesaufsichtsamt, Sonderbedingungen gibt es nur eingeschränkt.

Der Trend geht jedoch eindeutig zu einem "Käufermarkt", d.h. der Versicherungswillige fragt bei Gesellschaften oder deren Repräsentanten nach, vergleicht und wählt nach seinen Vorstellungen.

Eine schnelle Änderung der Verbrauchergewohnheiten wird verhindert durch die mangelnde Aufklärung über das Thema Versicherungen. Die Werbung verspricht zwar "ein ewiges Bündnis mit dem Glück", "30.000 sachkundige Berater" und ähnliche Sprüche mehr, doch die Angebote dieser Gesellschaften halten selten, was vollmundig versprochen wird.

Der Anteil der Vermittler, die nicht nur einer Gesellschaft verbunden sind, steigt ständig. Dies ist aber Voraussetzung, dem Verbraucher preiswerte Prämien anbieten zu können. Was soll der Ver-

treter der X-KV tun, wenn bei ihm Krankentagegeld ab der 6. Woche DM 33,- je DM 100,- täglich kostet und der Versicherungsmakler oder Mehrfirmen-Verehrer verlangt nur DM 7,40. Preisunterschied 446 % !!!

Kennen Sie eine noch bessere Möglichkeit, Ihr Geld zum Fenster rauszuwerfen?

Selbstverständlich sind die Preisunterschiede nicht überall so gravierend. Aber 10 % bei KFZ, 50 % bei Unfall, 40 % bei Praxissachversicherung etc. sind realistisch.

Es gibt eine Reihe von vorzüglichen Versicherungsmaklern, die nicht nur günstige Preise anbieten, sondern vor allem Verbesserungen der Bedingungen.

Es gibt derzeit 2 Versicherungsmaklerverbände, die sicherstellen, daß Ihre Mitglieder Mindestvoraussetzungen erfüllen (Ausbildung, Seriosität, Erfahrung, Versicherungsschutz für Beratungsfehler):

Bundesverband deutscher
Versicherungsmakler (BdVM)
Katharinenstr. 4
2000 Hamburg 11

Versicherungs-Makler-Verband
(VMV)e.V.
Steinpilzweg 4c
8000 München 7

Diese Verbände nennen Ihnen gerne
Anschriften von erfahrenen Maklern.

Machen Sie einen Versuch, es lohnt
sich bestimmt.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler (VMV)



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

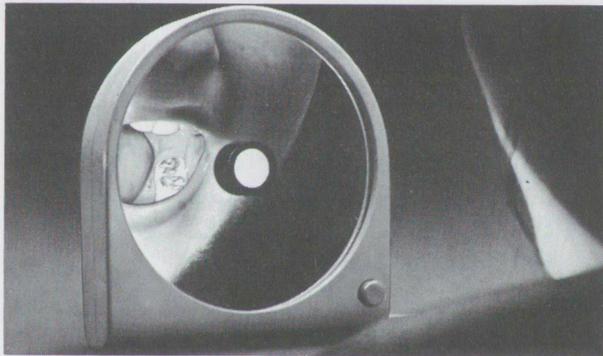
28. 2. 1990

Unerläßlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel

Der Punktlichtspiegel
schließt in der präventiven
Zahnheilkunde eine echte
Lücke: Er erfüllt die Forde-
rungen namhafter Wissen-
schaftler, die den Einsatz von
beleuchteten Prophylaxe-
Spiegeln zur täglichen, syste-
matischen Mundhygiene
kompromißlos vorschreiben.

Für Praxis und Patient!

Als Hand-, Stand-, Wand-
und Reisespiegel zu verwen-
den, daher besonders gut
geeignet für Kontaktlinsen-
träger und für Kosmetik.



Vergrößernd, mit blendungsfreier,
präzise fokussierter Lichtquelle, ver-
stellbare Linse, technisch perfekt und
robust, daher absolute Betriebssicher-
heit, funktionell einwandfreie und
einfache Handhabung.



PROFIMED GmbH

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

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 Gruppenversicherungsvertrages mit dem DAZ, die Ihnen den privaten 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 Jugendzahnheilkundegesetze
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Verkauf von fluoridiertem Kochsalz.

Delegation

Die zahnärztlichen Hilfsberufe können mehr leisten als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung und Anpassung der Kompetenzen bei:

- Prophylaxe und Hygieneaufklärung
- Ernährungsberatung
- Behandlungsassistenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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

DAZ forum

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

Impressum

- **Redaktion:**
Dr. Jürgen Heidtkamp,
Dr. Hanns-W. Hey
Dr. Karlheinz Plecker
Dr. Karima Stöcklein
- **Anschrift der Redaktion:**
Dr. Jürgen Heidtkamp
Wahlenstr. 18; 8400 Regensburg
- Das DAZ forum erscheint viermal jährlich.
Auflage 2.000 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.
- **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, Donaustaufferstr. 25, 8400 Regensburg
- DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ

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

Pressestelle des DAZ

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

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

Name, Vorname _____

Straße, Ort _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Datum Ehefrau _____

Zahl der Kinder _____ Telefon _____



Beitrittserklärung

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

Name, Vorname _____

Straße, Ort _____

Telefon _____

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

Stud./ cand. med. dent. beitragsfrei

angest. ZÄ/ZA 75,- DM*

selbst. ZÄ/ZA 120,- DM*

*bei Studiengruppenmitgliedern zuzügl. Studiengruppenbeitrag

Datum, Unterschrift _____

Bitte
freimachen

An den
Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
– DAZ –

Donaustauer Str. 25
8400 Regensburg

Bitte
freimachen

An den
Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
– DAZ –

Donaustauer Str. 25
8400 Regensburg