

DAZ FORUM

**Biedermänner
und Brandstifter**

**Qualitätssicherung
und Studienreform**

Die myofunktionelle Therapie

DDR-Kontakte

**Strahlenbelastung
in der Zahnarztpraxis**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Parodontologie
Guided Tissue Regeneration**



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

Top-Zahnersatz!

**VÖLLIG
NEU:**

**media-dent
Partnerlabor:
5 Jahre
Garantie**

**Qualitäts-
Pass**

**Günstiger
Bank-Kredit**



media-dent

Qualitäts-Marke für Top-Zahnersatz

media-dent Partnerlabors: Jahre Dental; Steffen & Jahre Zahntechnik, beide Hamburg

Komm zu uns! media-dent Beratungszentrum. Im Alsterhaus!



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 (02 11) 59 98-0

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 – Biedermänner und Brandstifter	389
Qualitätssicherung und Studienreform - gemeinsame Verhinderungsstrategien von DGZMK und Körperschaften	393
Die zahnärztliche Ausbildung im Kreuzfeuer der Kritik	409
Kontroverse Gedanken zur honorar- und standespolitischen Situation der Zahnärzte	415
Krankenkassen dürfen Beratungszahnärzte beschäftigen	423
Rechtsstellung der Prothetik-Einigungsausschüsse	425
Die myofunktionelle Therapie - Kritische Bestandsaufnahme	427
Buchbesprechung: Quecksilber in und aus der Zahnarztpraxis	433
Neue Aspekte in der Parodontologie - Guided Tissue Regeneration	439
Strahlenbelastung in der Zahnarztpraxis	459
Minimierung der Strahlenbelastung und Sicherung der Bildqualität	464
NAV-Nachrichten	469
DDR-Kontakte	473
Buchbesprechung: Dental-Vademecum	479
Impressum	487





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

Editorial

Biedermänner und Brandstifter! Zur Aggressivität und Erfolglosigkeit der FVDZ-Politik

Ch. Nielsen

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte – FVDZ – hat über 20.000 Mitglieder, davon – was gern verschwiegen wird – ungefähr die Hälfte beitragsfreie Ruhestandskollegen und mit allerlei Darlehen, Service und Freibier geköderte Studenten. Jeder dritte niedergelassene Zahnarzt dürfte FVDZ-Mitglied sein.

Die Politik dieses großen Verbandes erschöpft sich jedoch im wesentlichen darin, das öffentliche Ansehen der Zahnärzte, deren ökonomische Grundlagen und die noch vorhandenen Restbestände an politischem Einfluß zu zerschlagen. Es ist kein Geheimnis, daß FVDZ-Schriftstücke ungelesen in Ministerial- und Krankenkassenpapierkörben landen. Das Klima ist rundum vergiftet. Bis auf ein paar Hinterbänkler gibt es keine konstruktiven Verbindungen zu politischen Entscheidungsträgern.

Viele Kollegen schämen sich der abgewirtschafteten Berufsvertretungen aus FVDZ-Provenienz, halten es für ein Ärgernis, daß alle Spitzenämter durch Kollegen mit dentistischer

Biographie besetzt sind und leiden unter dem schlechten Image der Zahnärzteschaft, das durch FVDZ-Aktionen immer wieder bestätigt wird. Die großen Parteien gehören komplett zum Feindbild dieses von einer Handvoll Radikalen geführten Verbandes, die sich durch ungehobelte Rücksichtslosigkeit – auch nach innen – und eine verkümmerte Sozialisation auszeichnen. In der zahnärztlichen Berufspolitik etablieren sich Stil und Mentalität der ‚Republikaner‘, Teilnehmer an jüngsten Vertreter-, Delegierten- und Bezirksstellenversammlungen haben das erschrocken registrieren müssen.

Dieser Verlust an Berufskultur geht einher mit einer FVDZ-geprägten Politik, die die Zahnärzteschaft fast systematisch (!) in die Sackgasse geführt hat. Für diese verfahrenere Situation gibt es eine Reihe von Symptomen, die jeder Kollege spürt und bestätigen kann:

- eine verunsicherte, sich ins Private zurückziehende Kollegenschaft
- die offensichtliche Unfähigkeit der Standesführung, sich den Heraus-

- forderungen wie der Prophylaxe, der Qualitätssicherung, der Studienreform, der Mitarbeiterproblematik u.a. in angemessener Weise zu stellen und eigene Stempel aufzuprägen.
- die Unfähigkeit der KZBV, Honoraransprüche zu formulieren, zu legitimieren, politisch vorzubereiten und durchzusetzen; die jüngste Punktwertanhebung um 2,6 % kann nicht einmal als Kompromiß gewertet werden.
 - die sozial- und gesundheitspolitische Perspektivlosigkeit der Standesführung, die sich in einer wilden ‚mit dem Kopf durch die Wand-Aktion‘ von allen vermeintlichen Fesseln befreien will. Die Fesseln werden in der Sachleistung, dem Sicherstellungsauftrag, überhaupt in der Einbindung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung –GKV – dieses Landes gesehen.

Unter dem harmlos klingenden Etikett ‚Erstattungssystem‘ wird der irrierten Kollegenschaft suggeriert, allein in der ‚Freiheit der ungestörten Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient‘ läge die Zukunft optimaler (zahn-)medizinischer Betreuung. Ich frage in aller Diskretion: Können wir mit gutem Gewissen Hilfesuchenden empfehlen, sich in solche Zweierbeziehungen mit den Herren (sind Namen gefällig?) einzulassen, die ohnehin nur zustandekämen, wenn die Option der ungestörten Liquidation sichergestellt ist?

In ihrer sozialpolitischen Bindungslosigkeit verkennen diese Herren jedoch, daß diese rein marktorientierte Sicht sozial unverträglich ist. Sie verkennen, daß das soziale Netz mit dem freien Zugang aller zu notwendigen medizinischen Leistungen zu den Essentials dieses Gemeinwesens Bundesrepublik Deutschland gehört. Wegen gewachsener sozialer Besitzstände unserer Bevölkerung wird es keine, wie auch immer zusammengesetzte Bundesregierung zulassen, daß ein paar Zahnärzte nach Freikorpsmanier den Berufsstand aus der Sozialbindung aushebeln und damit einen Flächenbrand entfachen, der sich auf andere Bereiche des Gesundheitswesens ausbreiten könnte.

Wie ist die Haltung des DAZ in dieser Situation?

Die Kollegenschaft darf nicht nur ahnen, befürchten, sondern sie muß wissen, daß diese ganze Riege vom Schläge Schirbort, Bieg, Gutmann, Raff u.Co. mit ihrer ausschließlichen Fähigkeit zur Konfrontation die denkbar schlechtesten Vertreter unserer Interessen sind. Sie vor allem haben uns die derzeitigen Probleme eingebrockt! Wir beobachten mit Sorge, wie besonnene, verantwortlich handelnde, demokratisch gesinnte Kollegen – auch innerhalb des FVDZ – von dieser Mafia im Bundesvorstand verdrängt und diskreditiert werden. Daß der DAZ einer besonderen Hetze

ausgesetzt ist, sind wir gewohnt. Neu ist die Diffamierung auch ärztlicher Kollegen. Der ‚erweiterte Vorstand‘ des FVDZ scheidet sich nicht, Dr. Erwin Hirschmann, den Vorsitzenden des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands – NAV – wegen seiner Mitgliedschaft in der SPD zu attackieren. Allein dieser Vorgang wirft ein bezeichnendes Licht auf den Niedergang politischer Kultur beim FVDZ.

Die Honorarsituation ist – besonders langfristig – beklemmend. Wir weisen erneut darauf hin, daß zuerst den qualitätsorientierten Praxen die ökonomische Basis entzogen wird, wenn die rapide steigenden Kosten nicht durch Honoraranpassungen aufgefangen werden können. Das muß zu spürbaren Qualitätseinbußen führen. Diesen Zustand hat vordergründig das Arbeitsministerium und verhärtete Krankenkassenverbände zu verantworten. Auch wir empfinden den Kommando-Stil des Ministerialdirektors Jung im Umgang mit der Selbstverwaltung eines freien Berufes bisweilen als unerträglich. Bei der Motivsuche stößt man jedoch auch hier sehr bald auf Maßlosigkeiten des FVDZ, dessen berufspolitisches Sündenregister lang und bei unseren Vertragspartnern unvergessen ist.

Trotz dieser Krise gilt es, unsere zahnärztliche Aufgabe auch weiterhin im System der GKV wahrzunehmen.

Wie dies reibungsloser und auf einem hohen Niveau durchzuführen ist, muß verhandelt werden. Erstattungsregelungen sind lediglich veränderte Zahlungsmodalitäten, die die erforderliche ‚Transparenz‘ ermöglichen. Sie sind kein Schlüssel zu einer Tür, hinter der sich ein vertragsfreier Raum auftäte, in dem sich ‚ungestört‘ liquidieren ließe. Wer das glaubt, ist der Fata Morgana des Freien Verbandes erlegen.

Demographische, medizinische, strukturelle und andere Entwicklungen haben dazu geführt, daß die Bedingungen des Sachleistungssystems nicht mehr uneingeschränkt erfüllt werden können. Überlegungen zu differenzierteren Kostenverteilungen sind angezeigt und zulässig, solange der Grundkonsens über den freien Zugang aller zu medizinisch notwendigen Leistungen nicht in Frage gestellt wird, das Vertrauen in die Verfügbarkeit über (zahn-)medizinische Dienste nicht zerstört wird. Eine verantwortliche Analyse könnte zeigen, daß nur ein Mischsystem aus Sach-, Erstattungs- und Wahlleistungen einen Ausweg aus der Krise bietet. Dabei müßten Umfang und Qualität einer Grundversorgung verantwortlich definiert und gesichert werden.

Noch einmal: Die Alternativen sind entweder ein ins System eingebundener Berufsstand mit einer starken, integrierten Selbstverwaltung oder eine po-

litisch einflußlose Zahnärzteschaft mit einem Drittel Goldgruben-Praxen und zwei Dritteln Praxen, die den Anschluß an die moderne Zahnheilkunde verlieren und den Bedingungen einer mächtigen Krankenkassenbürokratie ausgeliefert sind. Im zweiten Fall sind jetzt schon die Gründungen von ‚Notgemeinschaften‘ wie in den fünfziger Jahren vorherzusagen. Für viele ältere Kollegen bleibt die Erinnerung an die guten Jahre nach 1974, allerdings auch der Zorn über die Maulhelden des FVDZ, die meinten, Zahnärzte hätten hinfort ein natürliches Anrecht auf Spitzeneinkünfte und die Sonnenseite des Daseins. Den Ausstieg aus der Sozialbindung und die Flucht in den ‚freien Markt‘ halten wir jedenfalls für einen Irrweg, ethisch, gesundheitspolitisch, gesellschaftspolitisch, für einen großen Teil der Kollegen auch ökonomisch.

Sozialpolitiker sollten ihrerseits die oben angedeuteten Alternativen bedenken und ihre mögliche Mitverantwortung an Radikalisierungstendenzen der Zahnärzteschaft klären. Der DAZ wünschte sich einen ‚runden Tisch‘, an dem alle Betroffenen nach Wegen aus der Konfrontation suchen und Modelle zukünftiger zahnmedizinischer Betreuung einschließlich deren Finanzierung erarbeiten.

Der zahnärztliche Berufsstand ist zu klein, politisch zu bedeutungslos, als daß er sich weiterhin solche Schlamm-schlachten leisten könnte. Wir for-

dem deshalb alle Kolleginnen und Kollegen des FVDZ auf, trotz aller Verdrossenheit der Radikalisierung ihres Bundesvorstandes nicht blind zu folgen, sondern auch unter schwierigen Voraussetzungen die Verantwortung und Besonnenheit zu bewahren, zu der wir als Ärzte verpflichtet sind.

Anschrift des Verfassers:

R.Chr. Nielsen

Lindenschmitstr. 44

8000 München 70

Qualitätssicherung und Studienreform

- gemeinsame Verhinderungsstrategien von DGZMK und Körperschaften?

Daß die zahnärztlichen Körperschaften mit Qualitätssicherung nichts zu tun haben wollen, ist bekannt. Daß Hochschullehrer bei diesem Thema jedoch plötzlich auffallende Zurückhaltung üben, war – nach der Veranstaltung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zu diesem Thema im vergangenen Oktober in Bonn – eine neue Erfahrung.

Angesichts der offenkundigen Mängel bezüglich flächendeckender Prophylaxe und der noch immer Prothetik-lastigen Curricula der Hochschulen erschien die Notwendigkeit einer Studienreform als allgemein unbestritten. Die Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK veranlaßte dies Anfang 1988 dazu, „strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Jugendzahnpflege“ zu formulieren, u.a. „die Errichtung von Lehrstühlen für

präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde“.

Jetzt soll das jedoch alles nicht mehr wahr sein: Bei einem Gespräch im Bundesgesundheitsministerium unterstützte der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) den „Vorschlag“ der Hochschullehrer, „für Prophylaxe, Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und ähnliches keine eigenen Unterrichtsfächer zu bilden, sondern diese Spezialisierungen in bestehende Fächer einzubeziehen“.

Der DAZ hält das Zusammenwirken von Hochschule und Berufspolitik zum Zweck der Abwehr notwendiger Umorientierungen für kurzfristig und für schädlich für unseren Berufsstand und hat diese Bedenken in zwei Schreiben an alle Hochschullehrer zum Ausdruck gebracht, die wir zusammen mit mehreren Anlagen nachstehend veröffentlichen.

An die
Damen und Herren Leiter
der Abteilungen für Prothetik,
Zahnerhaltung und Parodontologie der
Zahnärztlichen Universitätskliniken
und Institute in der
Bundesrepublik Deutschland

23.11.89

Sehr verehrte Frau Professor,
Sehr geehrter Herr Professor,

epidemiologische Daten weisen auf eine vergleichsweise hohe Morbidität an Karies und Parodontopathien in der Bundesrepublik Deutschland hin. Die Erkrankungsraten konnten in den letzten Jahren nicht in dem Maße reduziert werden, wie es wünschenswert und vor allem auch möglich gewesen wäre.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde plädiert deshalb seit nunmehr 10 Jahren für die Intensivierung präventiver Maßnahmen. Er hat aber auch eine Studienreform gefordert, bei der das Übergewicht technischer und prothetischer Lehrinhalte abgebaut werden sollte, um Prophylaxe und Zahnerhaltung zu fördern.

Nach unserer Kenntnis gibt es bei einigen - durchaus maßgeblichen - Hochschullehrern Vorbehalte, z.B. durch Schaffung von Lehrstühlen für präventive Zahnheilkunde und Parodontologie eine solche Umorientierung des Studiums vorzunehmen.

Der zweite Schwerpunkt der Arbeit des DAZ ist die Einführung zumutbarer und effektiver Maßnahmen systematischer Qualitätssicherung, die prinzipiell und methodisch nicht hinter den entsprechenden Anstrengungen der Ärzteschaft zurückbleiben dürfen. Mit diesem Anspruch stehen wir im Gegensatz zum Freien Verband Deutscher Zahnärzte - FVDZ -, der in den entsprechenden Gremien des

BDZ und der KZBV seine Präferenz einer sogenannten „voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung“ durchgesetzt hat und damit konkreten Schritten systematischer Qualitätssicherung ausweichen will.

Diese Absicht wurde zuletzt deutlich auf dem BdB-Symposion „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“ am 30.10.89 in Bonn, bei dem sich die BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe „Qualitätsfragen“ auf eine breite Unterstützung der eingeladenen Hochschullehrer stützen konnte. Deren Statements waren auffallend theoretisch, voll tiefsinniger Skepsis, jedenfalls ohne Bezug zu den qualitativen Befunden des Praxis- und Klinikalltags.

Bestand schon während des Symposions der Verdacht, daß auch durch die Wissenschaftler knallhart Politik gemacht wurde, so erwies sich bald darauf, daß es strategische Vorabgespräche zwischen BDZ/KZBV/FVDZ und DGZMK bzw. einzelnen Hochschullehrern gegeben hatte. Hier sind unseres Wissens z.T. massive Einflußnahmen erfolgt.

Inhalt und Ziel dieses Handels waren etwa folgende Abmachungen: Verhindert der BDZ die „Schwächung“ konservierender und prothetischer Lehrstühle bei den Beratungen zur Studienreform, so unterstützen die DGZMK und damit befaßte Hochschullehrer die Standesführung bei der Ablehnung der Qualitätssicherung.

Wir wissen nicht, ob Sie sich des Ergebnisses dieser Unterstützung bewußt sind. Es besteht darin, daß die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin ohne Beteiligung und notwendige Einflußnahme der Standesführung einschließlich der DGZMK durch die gesetzliche Krankenversicherung allein durchgeführt wird.

Der DAZ hält diesen boykottartigen Ausstieg aus der Verantwortung für schädlich und auch aus Prestige-Gründen für außerordentlich kurzsichtig.

Ein weiterer Aspekt erfüllt uns mit Sorge: Wieder einmal funktioniert die verbands- und berufspolitische Dominanz über die Wissenschaft. Hier werden Prinzipien der Unab-

hängigkeit aufgegeben, Hochschullehrer werden Erfüllungsgehilfen einer Konfrontationsstrategie gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, in diesem Fall „auf Gegenseitigkeit“. Ein solcher „Deal“ ist der DGZMK unwürdig, die Struktur unseres Standes degeneriert zum Filz, Glaubwürdigkeit geht verloren.

Wir haben Verständnis für die Sorgen einzelner Hochschullehrer, deren Lehrstühle durch Ausgliederung bestimmter Fachbereiche mögliche „Einbußen“ drohen. Auch die Beweggründe der Standesführung können wir als Praktiker nachvollziehen, wenn auch nicht gutheißen.

Wir bitten Sie deshalb mit diesem Schreiben um eine kritische Würdigung der Vorgänge, in die die DGZMK und eine Reihe von Professoren so bedenklich involviert sind. Solche Strategien auf Gegenseitigkeit dürfen sich nicht einbürgern, wenn Kompetenz und Integrität unseres Berufsstandes nicht noch weiter gefährdet werden sollen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Roland Ernst
Dr. Christian Nielsen
(DAZ-Vorstand)

Gesundheitspolitik
durch Kompetenz
und Verantwortung
mitgestalten
Darum



An die Damen und Herren Leiter
der Abteilungen für Prothetik,
Zahnerhaltung und Parodontologie der
Zahnärztlichen Universitätskliniken
und Institute in der
Bundesrepublik Deutschland

14. Januar 1990

Sehr verehrte Frau Professor,
Sehr geehrter Herr Professor,

das Schreiben des DAZ an alle Leiter der Abteilungen für Prothetik, Zahnerhaltung und Parodontologie vom 23.11.1989 hat neben diskreter Zustimmung auch herbe Kritik hervorgerufen. Insbesondere wurden die ‚fehlenden Beweise für die ungeheuerlichen Behauptungen‘ angemahnt.

Der Vorstand des DAZ ist sich des Ernstes seiner Aussagen bewußt und möchte durch die folgenden Erklärungen dazu beitragen, daß dieser Vorgang standesintern mit der nötigen Offenheit ausgetragen wird. Unsere Beobachtungen und Schlüsse wurden uns von einigen - auch direkt betroffenen - Hochschullehrern bestätigt. Wir wurden ermutigt, diese Auseinandersetzung um zukünftige gesundheits- und hochschulpolitische Konzepte durchzuhalten.

Im wesentlichen handelt es sich um zwei Aspekte, die jedoch im Zusammenhang gesehen werden müssen:

1. Die Beeinflussung von Wissenschaftlern durch Vertreter der Standespolitik bei der Darstellung der Qualitätssicherung.
2. Das Zusammenwirken von BDZ und DGZMK bei der Studienreform.

Im Vorfeld des durch den Bundesverband der Betriebskrankenkassen - BKK - in Bonn veranstalteten Symposions „Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung“ am 30.10.1989 lud die KZBV die für dieses Symposion vorgesehenen Referenten ein. (Anlage 1) Bei dieser

viel Wert legen. Gerade für eine glaubwürdige und effektive Entwicklung der Qualitätssicherung wäre die unabhängige, wahrheitsverpflichtete Strenge der Wissenschaftler unerlässlich gewesen. Hier jedoch gelang es der Dominanz der Berufspolitik, sich mit ihren Abwehrstrategien durchzusetzen. Damit wurde erneut die Chance verspielt, Gestaltungskompetenzen zahnärztlicher Qualitätssicherung bei der Zahnärzteschaft selbst zu halten. Mit Unterstützung der Hochschullehrer wird sie nun allein der Krankenkassenbürokratie überlassen, deren Konzepte sich ohne Fachberatung und Kooperation nur nachteilig für Zahnärzte und Patienten auswirken können. Der DAZ hat diese Entwicklung immer als ruinös für das Ansehen und die Freiberuflichkeit der Zahnärzteschaft angesehen.

Die Veranstaltungen in Frankfurt und Bonn muß man im Kontext sehen zum Treffen der Vereinigung der Hochschullehrer der ZMK-Heilkunde am 13.10.1989 in Bad Nauheim. Dort nahmen Prof. Nolden und vor allem Prof. Kröncke als ‚graue Eminenz der DGZMK‘ in auffallend kompromissloser Weise Stellung gegen jede Beteiligung an der QS-Diskussion. Diese autoritäre Haltung führte – was nach Aussagen von Teilnehmern in diesem Kreise absolut unüblich sei – zur offenen Opposition durch einige Lehrstuhlinhaber der Zahnerhaltungskunde, die Qualitätssicherung sehr wohl auch als Arbeitsfeld der DGZMK ansehen. Als Kompromiß einigte man sich auf die Funktion der ‚QS-Beobachtung und -Berichterstattung‘ durch Prof. Ott.

Gleichzeitig zu dieser sich in den letzten Monaten abzeichnenden Kongruenz von BDZ/KZBV/FVDZ und DGZMK in der Beurteilung der Qualitätssicherung stellen wir fest, daß auch die Überlegungen zur Studienreform und Approbationsordnung eine auffallende Harmonisierung zwischen den wissenschaftlichen und berufspolitischen Gremien erfahren. Der BDZ-Hochschulausschuß und die Vereinigung der Hochschullehrer der ZMK-Heilkunde einigen sich auf die Festschreibung des Status quo. Lediglich die KapVO wird scharf angegriffen: Die Ausbildung bedürfe weniger einer qualitativen Reform als der quantitativen Entla-

Zusammenkunft am 3./4.10.1989 in Frankfurt sollten Tendenzen und Inhalte der geplanten Referate dargelegt und - soweit erforderlich - auf die berufspolitischen Präferenzen abgestimmt werden.

Wenn bei dem - inzwischen beim erweiterten Bundesvorstand des FVDZ in Mißkredit geratenen - KZBV-Vorsitzenden Schad noch das Interesse für eine offene Diskussion der QS-Entwicklung vorzuherrschen schien, so ließ der Vorsitzende der BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe ‚Qualitätsfragen‘ Dr. Boehme keinen Zweifel daran, daß nur das Konzept der sogenannten ‚voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung‘ für die Zahnärzteschaft akzeptabel sei und keine weiterführenden QS-Programme realisiert werden dürften. Diese Position wurde in vorausgegangenen Telefonaten und durch die Vorlage diverser ‚Beschlüsse‘ untermauert.

Besonders irritierend erscheint dem DAZ die Tatsache, daß auch dem Vertreter des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Dr. Grosse, die KZBV-finanzierte Gelegenheit gegeben wurde, die Ablehnung seines Verbandes gegenüber der Qualitätssicherung in prononzierter Form darzulegen. Ein Teilnehmer: „Die Darstellung der Qualitätssicherung aus Sicht der Hochschullehrer wäre mit Sicherheit anders ausgefallen, wenn es diese Sitzung in Frankfurt nicht gegeben hätte“.

So ‚funktionierten‘ die Referenten auch mehr oder weniger erwartungsgemäß. Bis auf einzelne Ausnahmen äußerten alle ihre Bedenken gegenüber systematischen Verfahren der Qualitätssicherung und/oder konzentrierten sich auf die qualitätslimitierenden Folgen der fremdbestimmten Überlastung der Universitätszahnkliniken. Prof. Ketterl unterstützte ohne Umschweife das BDZ/KZBV/FVDZ-Argument, daß mangelhafte Qualität zahnärztlicher Leistungen die Folge unzureichender Honorare sei.

Der DAZ sieht in der Einladung nach Frankfurt die Absicht ‚strategischer Absprachen‘ und wertet solche - ‚erfolgreichen‘ - Aktionen als Eingriff in die Unabhängigkeit der Wissenschaft, auf die die Hochschulen sonst mit Recht so

stung überfüllter Ausbildungsstätten. Die seit Jahren überfällige Umorientierung von technisch-prothetischen Lehrinhalten des Curriculums zu präventiv-konservierenden Schwerpunkten findet nicht statt, die Zahl der PAR-Lehrstühle wird nicht erhöht, die traditionellen ‚Groß-Lehrstühle‘ der Konservierenden und Prothetischen Zahnheilkunde bleiben im wesentlichen unangetastet.

Politisch umgesetzt wurde diese ‚Harmonisierung‘ bei einer Besprechung am 23.10.1989 im BMJFFG zwischen Min. Rätin Schleicher einerseits und Dr. Schulze-Wilk (BDZ) sowie den DGZMK-Professoren Nolden, Frenkel und Schmalz andererseits. (Anlage 2)

Seitens der Hochschullehrer wird der Vorschlag gemacht, für die Fächer Prophylaxe, Kinderzahnheilkunde, Parodontologie, und ähnliches (!) keine eigenen Unterrichtsfächer zu bilden, sondern diese Spezialisierungen in bestehende Fächer einzubeziehen. Dies läge auf der Linie der Vorschläge der Studienreform-Kommission von 1980, die damals von Prof. Kröncke geleitet wurde.

Mit dieser BDZ/DGZMK-Empfehlung kommt also nicht der Stufenplan für den Auf- bzw. Ausbau der Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe an den bundesdeutschen Universitätszahnkliniken zur Anwendung, der noch 1988 von der DGZMK als notwendige Zielorientierung einer Studienreform verkündet worden war (Anlage 3). Damals hielt man u.a. ‚eigene Kinderabteilungen‘ sowie ‚Kinderzahnheilkunde einschl. Prophylaxe als Prüfungsfach (= Pflichtvorlesung und Pflichtkurs)!‘ für unabdingbar. Eine Ähnliche Aufwertung sollte die Parodontologie erfahren.

Zahlreiche Hochschullehrer und Praktiker waren und sind der Auffassung, daß die geltende - und nun auch weiterhin angestrebte - Approbationsordnung obsolet ist, weil epidemiologische, soziologische, ethische, ökonomische und curricularwissenschaftliche Erkenntnisse dringend eine grundlegende Reform erfordern. Ausländische Studienpläne mit positiven Erfahrungen, aber auch hiesige Entwürfe eines aktuellen Curriculums liegen seit Jahren vor und

warten auf ihre politische Umsetzung. Diese scheitert jedoch am Widerstand einer mit wachsendem Beharrungsvermögen ausgestatteten BDZ/DGZMK-Allianz.

Unser Schreiben provozierte einige Professoren zu Reaktionen wie ,ohne jede Qualifikation', ,keine Sachkenntnis', ,Lügengebäude', ,wahnwitzige Behauptung', ,überhitzte Phantasie', ,Profilneurose' u.ä., andere zeigten tiefe Betroffenheit und wollten aus eigener Erfahrung solchen ,Kuhhandel' nicht ausschließen. Wir selbst sehen nach eingehender Prüfung keine Veranlassung, unsere Vorwürfe zu relativieren.

Der BDZ und die DGZMK reagierten nicht.

Der DAZ hat Verständnis dafür, wenn sich Professoren nicht öffentlich in die ,Niederungen' verbandspolitischer Querelen begeben. Nach den geschilderten Vorgängen fände der DAZ es aber befremdlich, wenn nicht zumindest hinter verschlossenen Türen von Hochschullehrertreffen nach Motiven und Hintergründen solcher ,Spitzengespräche' gefragt würde. Wir halten es aber auch für denkbar, daß die hier kritisierten Vorgänge nicht allen Beteiligten bekannt sind. Diesem möglichen Informationsdefizit wollten wir begegnen. Daß wir diese Vorgänge aber auch bewerten, mag manchem als ,überhitzte Phantasie' erscheinen, wir halten die Grenze des ,Still-Tolerierbaren' jedoch für überschritten. Wir hoffen, daß wir nicht die einzigen sind.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Roland Ernst
Dr. Christian Nielsen
(DAZ-Vorstand)

Anlage 1

KZBV

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Herrn Dr. Boehme
Herrn Dr. Dünninger
Herrn Dr. Grosse
Herrn Prof. Kerschbaum
Herrn Prof. Ketterl
Herrn Prof. Körber
Herrn Prof. Lange
Herrn Prof. Marxkors
Herrn Dr. Micheelis
Herrn Müller
Herrn Prof. Pieper
Herrn Raff
Herrn Prof. Schwarze
Herrn Prof. Spiekermann

Der Vorsitzende
Wilfried Schad

Ludwigstr. 17, 6100 Darmstadt
Fernsprecher: (0 61 51) 2 54 33
Telefax: (0 61 51) 2 01 08

Geschäftsstelle:
Universitätsstr. 73, 5000 Köln 41
Fernsprecher: (0 2 21) 4 0 01-0

13.9.1989

Sehr geehrte Herren Kollegen,

nachdem Herr Dr. Boehme telefonisch mit Ihnen gesprochen hat,
darf ich Sie zu einer Besprechung zum Thema

Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung
in der zahnmedizinischen Versorgung

herzlich einladen.

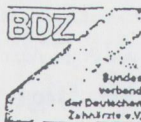
Diese Besprechung findet, wie bereits telefonisch avisiert,

am 3.10.1989
um 20.00 Uhr
im Konferenzraum des Steigenberger Airport-hotels in
Frankfurt/Flughafen (eigener Bus-Service vom Flughafen
aus - vgl. beiliegender Lageplan)

statt.

Wir haben dort ein Kontingent an Zimmern reservieren lassen.
Bitte teilen Sie Frau Fink (Tel. 0221/4001-183) möglichst
umgehend mit, ob Sie ein Zimmer benötigen. Für die Sitzung
lassen wir einen kleinen Imbiß vorbereiten. Die Reisekosten
übernimmt die KZBV gemäß ihrer Reisekostenordnung.

G-V + Hochschulausschuß
Verhiler



Anlage 2

Bundeszahnärztekamm

Herren
Mitglieder des
BDZ-Vorstandes (V 2)

nachrichtlich:
Zahnärztekammern

6001	
19.89	29.11.89
EV	
EV + LV	

Hochschul-Ausschuß

Verbandsfachstelle
Universitätsstraße 71
5000 Köln 41 (Lindendree)
Telefon (02 21) 40 01-0
Telefax (02 21) 40 40 35
Box (02 21) 40 40 38

SW/pa
25.10.89

Approbationsordnung/Kapazitätsverordnung

Sehr geehrte Herren,

am 23.10.89 fand im BMJFFG eine Besprechung bez. Änderungen der Approbationsordnung für Zahnärzte und bez. eines Gutachtens zur Situation in der zahnärztlichen Ausbildung statt. Besprechungsteilnehmer waren Frau Ministerial-Rätin Schleicher, Prof. Frankel, Prof. Schmalz, Prof. Nolden und Dr. Schulze-Wilk.

1. Approbationsordnung

Über eine Änderung der Approbationsordnung wurde gesprochen, da Frau Schleicher die Bundesregierung dem politischen Druck ausgesetzt sieht, Prophylaxe, Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und ähnliches verstärkt in die zahnmedizinische Ausbildung zu integrieren.

Seitens der Hochschullehrer wurde der Vorschlag gemacht, hierfür keine eigenen Unterrichtsfächer zu bilden, sondern diese Spezialisierungen in bestehenden Fächer einzubeziehen: Dies läge auf der Linie der Vorschläge der Studienreform-Kommission von 1980, die damals von Prof. Kröncke geleitet wurde.



AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe Weichen für zukünftige Arbeit gestellt

Die Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde beriet und beschloß am 30. Januar bei einem Workshop in der ZMK-Klinik Göttingen Ziele ihrer zukünftigen Arbeit.

Nach einer kurzen Einführung durch den 1. Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft, Priv.-Doz. Dr. J. Einwag, wurden drei Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit folgenden Themenschwerpunkten beschäftigen: 1. Aus- und Weiterbildung, 2. Förderung zielgruppengerechter Prophylaxe, 3. Prioritäre Forschungsziele auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde.

Zu allen drei Bereichen hatte der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Grundsatzpapiere erarbeitet, die zunächst in den Arbeitsgruppen, anschließend im Plenum diskutiert und ggf. modifiziert wurden.

Aus- und Weiterbildung

Die Diskussion gliederte sich in zwei Punkte. Zum einen wurde ein Gegenstands- und Stoffkatalog zum Gebiet Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe diskutiert, zum anderen ein Studienplan für den Ausbau der Ausbildung an den Hochschulen. Beide Papiere waren in ihrer „Urfassung“ bereits 1975, vor über einem Jahrzehnt formuliert worden!

Der „Gegenstands- und Stoffkatalog“ (s. Abb. 1) beschreibt das Wissen und die Fertigkeiten, die den Studenten während der Ausbildung sowie den Zahnärzten im Rahmen der Weiterbildung vermittelt werden sollen. Dieser Katalog wurde in einigen Punkten verändert und/oder ergänzt, im wesentlichen aber unverändert angenommen.

Lebhafter verlief die Diskussion des „Stufenplanes“ (Abb. 2). Der Studienplan zeigt auf, wie die Ausbildung auf den Gebieten der Kinderzahnheilkunde schrittweise verbessert werden kann. Im Rahmen einer Bestandsaufnahme zu diesem Problem wurde zunächst einmal festgestellt, daß die Ausbildung auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde in vielen

Zahnkliniken immer noch nicht intensiv genug betrieben wird. Einigkeit bestand darüber, daß es besonders wichtig sei, die Ausbildung in der oralen Präventivmedizin im Vorklinikum unterzubringen. Nur auf diese Weise könne die gewünschte präventive Orientierung des zahnärztlichen Berufstandes erreicht werden.

Gerade im Rahmen der gegenwärtigen Diskussion um das Gesundheitsreformgesetz ist diese Forderung von besonderer Aktualität. Der veränderten gesundheitspolitischen Situation mit deutlicher Verschiebung des zahnärztlichen Tätigkeitsbereichs „weg vom Ersatz“ und „hin zu Prävention und Zahnerhaltung“ muß auch im Rahmen der Ausbildung Rechnung getragen werden. Wie von verschiedenen Diskussionsrednern immer wieder betont wurde, müsse daher im klinischen Bereich insbesondere die Ausbildung auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde intensiviert werden. Hierzu gehöre — neben der Möglichkeit, Kinder im Rahmen der Kurse zu behandeln — vor allem auch die Absolvierung von Praktika im Rahmen der Jugendzahnpflege in Schulen und Kindergärten!

Zielgruppengerechte Prophylaxe

Die Notwendigkeit einer Verbesserung der Mundgesundheit in der Bundesrepublik ist unbestritten. Erste Ansätze hierfür sind zwar vorhanden, aber bei weitem nicht ausreichend. Vor einer flächendeckenden prophylaktischen Versorgung der Bevölkerung sind noch erhebliche Wissens- und Strukturdefizite zu beheben.

In diesem Zusammenhang angesprochen wurden vor allem:

- Die Notwendigkeit einer qualifizierten Elternberatung
- Die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Erstinspektion spätestens im 3. Lebensjahr, um insbesondere Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko frühzeitig zu erfassen
- Die Entwicklung von Strukturen, um Kinder, die nicht durch Prophylaxeprogramme erfaßt werden, ebenfalls einer prophylaktischen Betreuung zuzuführen.
- Die Optimierung bestehender



Strukturen (so soll bei der Planung von Prophylaxeprogrammen „sanftlen Phasen“ wie z. B. Schwangerschaft, 1. Zahn, Einschulung... mehr Beachtung geschenkt werden)

Zu all diesen Punkten werden von der Arbeitsgemeinschaft künftig konkrete Vorschläge erarbeitet werden.

Bestand hinsichtlich der o. a. Punkte weitgehend Übereinstimmung, so wurde insbesondere die wünschenswerte Organisationsform der Jugendzahnpflege, vor allem das Wechselspiel „öffentlicher Gesundheitsdienst“ einerseits und „Obstetikonzept“ andererseits, kontrovers diskutiert. Das Spektrum der Meinungen reichte hierbei von der Forderung nach völligem Verzicht auf das Obstetikonzept bei gleichzeitigem Aufbau eines flächendeckenden öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bis hin zu der Ansicht, der ÖGD sei gegenwärtig und — wegen mangelnder Finanzkraft der öffentlichen Hand — auch zukünftig gar nicht zu einer entsprechenden Versorgung in der Lage. Die niedergelassenen Zahnärzte müßten daher auf jeden Fall in die Prophylaxearbeit vor Ort einbezogen werden. Ein allgemeiner Konsens konnte schließlich insoweit erreicht werden, als dem öffentlichen Gesundheitsdienst — wo vorhanden — Priorität vor anderen Strukturen einzuräumen ist.

Auch das Problem der Finanzierung gruppenprophylaktischer Maßnahmen wurde wiederholt angesprochen. In vielen Regionen besteht immer noch das Problem, daß die Krankenkassen keine Mittel für präventive Maßnahmen zur Verfügung stellen, vor allem nicht für Prophylaxepersonal! Deshalb wurde vorgeschlagen, die Krankenkassen sollten gesetzlich verpflichtet werden, die entsprechenden Kosten zu übernehmen, ein

→ Forderung, die ja zwischenzeitlich auch im Referentenentwurf für das GRG niedergeschrieben ist.

Der Vorstand wurde schließlich aufgefordert, die genannten Punkte in einem Grundsatzpapier zusammenzufassen. Diesem Auftrag wurde zwischenzeitlich entsprochen (Abb. 3) und die Stellungnahmen würden dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zugeleitet.

Besonders intensiv wurde über die

„Entwicklung von Methoden zur Erfassung von Risikopatienten“ diskutiert. Auf die Gefahr, angesichts sinkender Karies bei Kindern und Jugendlichen die Rolle des Zuckers in der wissenschaftlichen Forschung zu vernachlässigen, wurde ebenfalls hingewiesen. Schließlich wurde auch die Notwendigkeit einer verlässlichen epidemiologischen Datenbasis angesprochen. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert, mehr Informationen über die geplante Studie des Instituts der Deutschen Zahn-

ärzte (IDZ) zur Mundgesundheit der Deutschen Bevölkerung zu bekommen. Diesem Wunsch kam der 1. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft nach und gab einen kurzen Überblick des Planungs- und Bearbeitungsstandes. Die IDZ-Studie wird von der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe unterstützt; einige Mitglieder (z. B. Prof. Naujoks, PD Dr. Einwag, Dr. Reich, Prof. Pieper) arbeiten beim zahnmedizinischen Teil der Studie aktiv mit. PD, Dr. J. Einwag, Prof. Dr. K. Pieper



DIE „DEUTSCHE“ INFORMIERT

Anlage 3b

Gegenstands- und Stoffkatalog für das Fachgebiet Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe (Abb. 1)

A. Basiswissen

1. Normale Anatomie und Entwicklung (a)
 - 1.1. der Mundhöhle
 - 1.2. der Kiefer
 - 1.3. der Milchzähne
 - 1.4. der bleibenden Zähne
 - 1.5. Das Wachstum des Gesichtsschädels
2. Milchzahneruption, Zahnwechsel und Durchbruch der bleibenden Zähne (a)
3. Mineralisations- und Entwicklungsstörungen (a) u. (b)
- 3.1. erbliche
- 3.2. endogene
- 3.3. exogene
4. Biotop der Mundhöhle (b)
- 4.1. Schmelz
- 4.2. Speichel
- 4.3. Mundhöhlenflora
- 4.4. Nahrung
5. Grundlagen der Epidemiologie
6. Epidemiologie der Karies, Parodontopathien und Zahnverletzungen im Kindesalter

7. Ätiologie und Genese der Karies und Parodontopathien (b)
 - 7.1. Wirtsfaktoren
 - 7.2. Mikrobiologische Faktoren
 - 7.3. Biochemie
 - 7.4. Mikromorphologie
8. Diagnostische Verfahren zur Einschätzung der Kariesaktivität
9. Karies- und Gingivitisprophylaxe (b) u. (c)
 - 9.1. pränatale und perinatale Maßnahmen (Information und Motivation der Mutter)
 - 9.2. postnatale Maßnahmen
 - 9.2.1. Ernährung
 - 9.2.2. Zuckeraustauschstoffe
 - 9.2.3. Mundhygiene
 - 9.2.4. Fluoride (Wirkungsmechanismen, Applikationsmöglichkeiten, Toxikologie)
 - 9.3. Möglichkeiten und Grenzen der Individual-, Gruppen- und Kollektivprophylaxe
 - 9.4. Intensivprophylaxe für Patienten mit erhöhtem Erkrankungsrisiko

- B. Spezielles Wissen**
10. Psychologie der Kinderbehandlung
 - 10.1. Allgemeine Grundlagen
 - 10.2. Motivation von Eltern, Erziehern und Kindern
 - 10.3. Vorbereitung und Führung des Kindes
 - 10.4. Angstdiagnostik und Angstabbau
 - 10.5. das psychisch geschädigte Kind
 11. Befunderhebung, Röntgenologie und Behandlungsplanung
 12. Anästhesie, Prämed., Narkose (e)
 13. Karietherapie in Milch- und Wechselgebiß

Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Abb. 3)

Strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Jugendzahnpflege

Eine dem heutigen Wissensstand entsprechende Jugendzahnpflege kann sich nicht mehr nur auf die Feststellung und Dokumentation von Zahnschäden beschränken. Eine nachhaltige Verbesserung des Mundgesundheitszustandes unserer Bevölkerung ist nur durch konsequente Primär- und Sekundärprophylaxe von der Geburt bis ins hohe Lebensalter zu erreichen. Von der Wissenschaft als effizient angesehene Konzepte liegen vor.

Als Voraussetzung für die Realisation dieses Zieles fordert die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK:

- 13.1. Die Behandlung der Schmelzkaries
 - 13.2. Kavitätensanierungen
 - 13.3. Füllungsmaterialien, Indikation und Verarbeitung
 - 13.4. Weitergehende Restaurationsmaßnahmen
 - 13.5. Kompromißmaßnahmen
 14. Erkrankungen der Milchzahnpulpa und ihre Therapie
 - 14.1. Klinik und Symptomatik
 - 14.2. Behandlung der Karies profunda
 - 14.3. Amputations- oder Extirpationsverfahren
 - 14.4. Milchzahnwurzelfüllung
 - 14.5. apikale (Milchzahn)parodontitis, Nekrose, Gangrän
 - 14.6. Milchzahnpolypen, -abszesse und -fisteln
 - 14.7. Indikation zur Extraktion von Milchzähnen
 15. Pulpaerkrankungen bleibender Zähne (mit noch nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum) und ihre Behandlung
 16. Das Frontzahntrauma
 - 16.1. im Milchgebiß
 - 16.2. im jugendlichen bleibenden Gebiß
- Interdisziplinär abzuhandeln wären zudem:

Stufenplan für den Auf- bzw. Ausbau der Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe an den bundesdeutschen Universitätszahnkliniken (Abb. 2)

- A. I. Ausbaustufe (Mindestforderungen):**
1. Je eine einstündige allgemeine Vorlesung und 3 Stunden Praktikum über Prophylaxe (Vorklinik oder 1. klin. Semester)
 2. einstündige spezielle Vorlesung und Seminar über Kinderzahnheilkunde (1. klin. Semester)
 3. Demonstration von Kinderbehandlungen
 4. Assistenz bei Kinderbehandlungen
 5. Behandlung mehrerer Kinder
- Voraussetzungen:**
1. In der Kinderzahnheilkunde *erfahrene Assistenten (möglichst Akad. Rat)*
 2. *Geeignete Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen bestehender Kurse*
 3. *Behandlungsbereite Kinder*
- B. II. Ausbaustufe:**
1. einstündige spezielle Vorlesung oder Seminar (Übungen) über Prophylaxe (Vorklinik oder 1. klin. Semester)
 2. einstündige spezielle Vorlesung über Kinderzahnheilkunde (4. u. 5. klin. Sem.)
 3. einstündiges spezielles Seminar über Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe (4. oder 5. klin. Semester)
 4. Demonstration von Kinderbehandlungen
 5. Assistenz bei Kinderbehandlungen, bei schwierigen Behandlungen und bei Narkosebehandlungen
- Kursus für Kinderzahnheilkunde**
- Voraussetzungen:**
1. Dozent oder Lehrbeauftragter (Aka-

- 13.1. Parodontale Erkrankungen bei Kindern und ihre Therapiemöglichkeiten
 18. Mundschleimhauterkrankungen bei Kindern
 19. Orale Symptome bei Infektions- u. Allgemeinerkrankungen von Kindern (d)
 20. Prothetische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (f)
 21. Chirurgische Eingriffe bei Kindern (a)
 22. Frühbehandlung, Vorsorge, Behandlung und Nachsorge bei Kindern mit Allgemeinerkrankungen
 23. Führung und Behandlung gelastig, körperlich und mehrfach behinderter Kinder
 24. Soziale Zahnheilkunde
 - 24.1. sozialhygienische Bedeutung der Prophylaxe
 - 24.2. Rechtliche Grundlagen und Organisation der Jugendzahnpflege
 25. Gesundheitserziehung
- In Abstimmung und ggf. unter Mitarbeit: (a) der Kieferorthopädie — (b) der Zahnerhaltung — (c) der Zahnklogie — (d) der Pädiatrie — (e) der Zahnärztlichen Chirurgie — (f) der Prothetik

- dem. Rat) mit gewisser Selbständigkeit**
2. in der Kinderzahnheilkunde erfahrene Assistenten
 3. Geeignete Räumlichkeiten und Behandlungsmöglichkeiten*
 4. Behandlungsbereite Kinder
 5. Einzelbehandlungsräume für Kinder (Funktionseinheiten)
- C. III. Ausbaustufe: (Endziel)**
1. Eigene Kinderabteilung
 2. Kinderzahnheilkunde einschl. Prophylaxe als Prüfungsfach (= Pflichtvorlesung und Pflichtkurs)
 3. Zusammenarbeit zwischen Universität und Jugendzahnpflege**
- Voraussetzungen:**
1. Selbständiger Leiter, mindestens C3-Professor, besser C4-Professor, mit entsprechender Anzahl nachgeordneter Stellen und genügend Hilfspersonal
 2. ausreichende spezielle Räumlichkeiten und Behandlungsmöglichkeiten
 3. Behandlungsbereite Kinder

* Beim Staatssystem sollten bestimmte Stunden- oder Behandlungseinheiten ausschließlich für die Kinderbehandlung reserviert werden.

** Nur so ist es möglich, für den Unterricht geeignete Kinder als Patienten in ausreichender Anzahl zu erhalten. Unter den heutigen Verhältnissen ist die Universitätsklinik vorwiegend der Überweisungsort für schwer- oder unbehandelbare Kinder, die primär nicht für die Studentenerziehung geeignet sind. Diese Vorstellungen betreffen auch eine neue Konzeption für die Jugendzahnpflege!

- ① Die vorhandenen Kapazitäten gehören an einen Tisch und sollten zusammenarbeiten. Ohne Kooperation zwischen Zahnärzten, Kinderärzten, Krankenkassen, Kommunen, Erziehern und Lehrern kann das gesteckte Ziel nicht erreicht werden. Wo Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen erfaßt werden können, ist eine flächendeckende Gruppenprophylaxe aufzubauen. Wo Kinder und Jugendliche nicht oder nicht vollständig über Gruppen erreichbar sind, müssen Organisationsformen entwickelt werden, um diesen Personenkreis ebenfalls in Prophylaxeprogramme einzubeziehen. Personen mit erhöhtem Kariesrisiko sowie körperlich und geistig Behinderte bedürfen zusätzlicher Hilfen.
- ② Die Kontinuität der Prophylaxemaßnahmen muß gewährleistet sein. Dies ist sicherzustellen a) durch entsprechende gesetzliche Beauftragung bereits vorhandener

- Organisationen (z. B. des ÖGD, der LAG's; dem ÖGD ist — wo vorhanden — Priorität einzuräumen; gewachsene und bewährte Strukturen dürfen nicht zerstört werden)
- b) durch langfristige vertragliche Bindung der in der Prophylaxe Tätigen (Zahnärzte, Prophylaxepersonal, Erzieher, Lehrer) muß sichergestellt sein. Voraussetzung hierfür ist eine der Bedeutung der Prophylaxe angemessene Einbeziehung entsprechender Lehrinhalte in die Aus- und Fortbildung
- a) der Medizino- und Zahnmedizinstudenten, b) der Erzieher und Lehrer, c) des Prophylaxepersonals. Der Errichtung von Lehrstühlen für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde kommt ein besonderer Stellenwert zu.

ZM 11'88

Nachschlag

Im Zusammenhang mit den Schreiben des DAZ an die Hochschullehrer erscheint uns besonders interessant, was der Präsident der DGZMK, Prof. Dr. Rolf Nolden, in den Mitteilungen der DGZMK 4/89 „Zur Sache“ feststellt:

„In der Funktion einer wissenschaftlichen Dachorganisation stellt die DGZMK auch ein Pendant zur berufsständischen Vertretung, dem BDZ, dar. Sie ist damit Ansprechpartner für wissenschaftliche Anfragen und Stellungnahmen, deren Bearbeitung dann oft mit den Fachgesellschaften gemeinsam erfolgt. Hier ist es überaus wichtig, daß die Unabhängigkeit gewahrt bleibt, und daß die Kompetenz - nicht nur die eigene, sondern auch die des Partners - aner-

kannt und berücksichtigt wird. Gerade in jüngster Zeit werden oft in Verken-
nung dieser Grundsätze Anliegen an uns herangetragen, die die Standes- und Berufspolitik betreffen und von uns deshalb, wenn wir die selbst auferlegten Grenzen unseres Handelns respektieren, nicht gelöst werden können. Wenn die DGZMK die Freiheit, aber auch die Anerkennung und Akzeptanz ihrer wissenschaftlichen Aussage bewahren will, muß sie in diesen Dingen sehr sorgfältig abwägen“.

Wir meinen:

Genau das hatten wir erwartet! Doch: die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube!

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Faust*

Aus der Wahrheitswendeabteilung des Freien Verbands:

„Die Zahnärzte, so Bunke, sollten sich immer bewußt sein, daß man rund zwölf Jahre dafür gearbeitet habe, die Gruppenprophylaxe in einem Programm darzustellen, so daß sie letztendlich ins GRG aufgenommen werden konnte. Dr. Erich Bunke bat die Anwesenden, der Öffentlichkeit immer wieder zu erklären, daß es das Werk des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte ist, daß die zahnärztliche Prophylaxe als Gruppenprophylaxe zur Realität gehöre.“

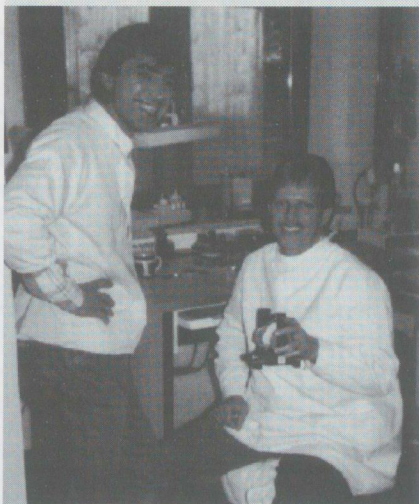
Niedersächsisches Zahnärzteblatt
11/1989

Pressespruch des Quartals Bieg an Sitte

„Haben Sie denn nicht bemerkt, welches Gewicht der Freie Verband Deutscher Zahnärzte im politischen Raum nach draußen hat, wie er respektiert wird, besonders von seinen Gegnern und was er im Gegensatz zu unseren Landes-KZVen, die kaum Einflußmöglichkeiten bei der politischen Willensbildung hatten, wie keine andere Gruppierung der Leistungsträger im Gesundheitswesen bei diesem GRG dem Vorhaben des Bundesarbeitsministeriums immerhin etliche Zähne gezogen und eine Reihe konstruktiver, wenn auch unvollkommener Ansätze, ins Gesetz gebracht hat?“

Der Freie Zahnarzt
19 DFZ 1/90

Uns bereitet Zahntechnik Freude...



Armin Koblitz Frank Ramisch

...das bekommen auch Sie zu spüren

Durch ständigen persönlichen Kontakt mit Ihnen finden wir für alles eine Lösung!

Auro - Galvanische - Krone • Kronen - Brücken - Inlay - Keramik •
Teleskop- und Geschiebearbeiten • Modellguß • Totalprothetik • Kfo



R+R Zahntechnik GmbH

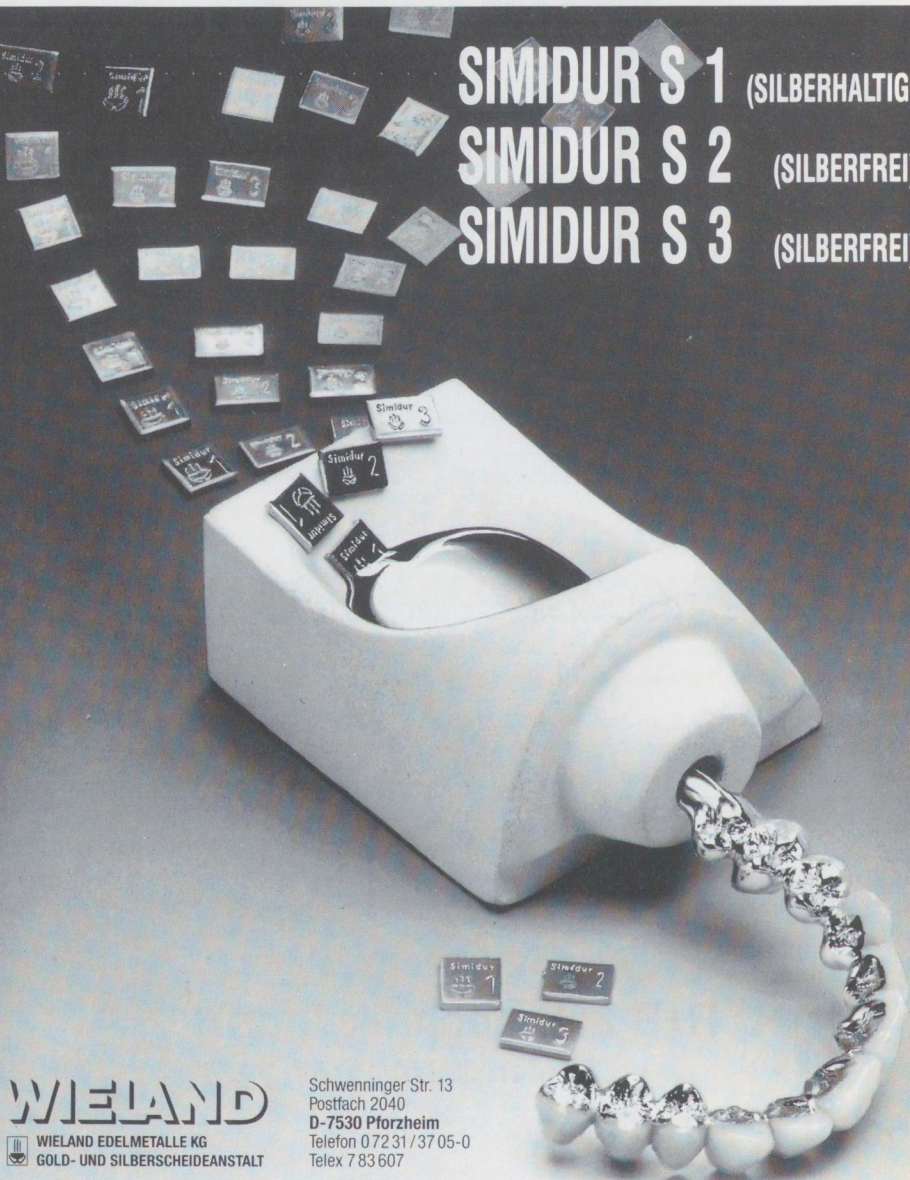
Telefon 09974/1515

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

Die zahnärztliche Ausbildung im Kreuzfeuer der Kritik

Studienreform unerlässlich – Neuorientierung keine „Traumtänzeri“

K. Kimmel

Es gibt eine Fülle von Anlässen und damit Ansätzen für eine Anpassung der zahnärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland an die Herausforderungen und Verpflichtungen des Zahnarztes. Die notwendige Neuorientierung kann nicht nur als optimiertes Studium der Zahnmedizin aufgefaßt werden, da dieser Begriff das Blickfeld zu sehr einengt. Die „zahnärztlichen Zukunftsperspektiven“ (F. Lutz⁵) sollten nicht als „Traumtänzeri“ (A. Kröncke⁴) be- bzw. verurteilt werden. Und da bin ich beim eigentlichen Anstoß für diese Betrachtung angelangt.

In den Mitteilungen der DGZMK 3/89 („Zur Sache“), die mit einem zusätzlichen Copyright für den Carl Hanser-Verlag versehen sind, meint der DZZ-Chefredakteur, Prof. Dr. Adolf Kröncke, daß „eine veränderte Ausbildung voreilig und lautstark zu fordern, wie dies einzelne in Verkennung d(ies)er Realitäten tun oder um ihr Profil auf Kosten anderer zu pflegen, in der heutigen Zeit zwar als modern gilt, aber doch vordergründig und fadenscheinig ist.“ Die Zukunftsperspektiven von David E.

Barnes (Kröncke: „der derzeit für die Zahnheilkunde oberste Funktionär der WHO...“) werden als „Traumtänzeri“ abqualifiziert, was dann von ihm aus auch auf den erwähnten Forum-Beitrag von F. Lutz gemünzt sein dürfte. Professor Kröncke war Vorsitzender der Studienreformkommission Zahnmedizin, in deren Bericht an das Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland vom 21. Januar 1982 jeglicher Handlungsbedarf für eine zeitgemäße und sachgerechte Anpassung an die Entwicklung verneint wird. Diese Empfehlungen haben sich gerade jetzt als fatale Fehlentscheidung herausgestellt, wo sich innerhalb der Qualitätssicherungsdiskussionen (K. Kimmel¹, K. Müller⁶, Chr. Nielsen⁷) und der Intensivierung der Prophylaxearbeit erhebliche Ausbildungsdefizite ergeben.

Die Referate und Diskussionen anlässlich des BKK-Symposiums über die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin (auch hier wieder der einengende Begriff) am 30. Oktober 1989 in Bonn haben doch auf zum Teil erschreckende

Weise offenkundig werden lassen, mit welchen Problemen die Universität zu kämpfen hat, so daß – kommt keine Hilfe von außen – nicht nur die eigenen „Bremser“, sondern auch die unzulänglichen personellen, materiellen und zeitlichen Möglichkeiten eine Optimierung verhindern. Es kommt also alles zusammen, was einer echten Reform der zahnärztlichen Ausbildung im Wege zu stehen vermag.

Unsere Standespolitik ist auf den entscheidenden Ebenen mit einer Fülle von Querelen und anderen Widrigkeiten beschäftigt und an einer praxisgerechten Ausbildungsanpassung offensichtlich wenig interessiert. Hier gilt zweifelsohne die allzu oft eine Situation beherrschende Devise „Nach mir die Sintflut!“, mit der schon seit eh und je Ausbildungsveränderungen verpaßt wurden.

Stichwort „Praxisgerechte Ausbildung“: Ohne eine Ergänzung des Studiums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde durch weitere wissenschaftliche Disziplinen (z.B. Arbeitswissenschaft/Ergonomie, Psychologie, Soziologie/Sozialmedizin, Betriebswirtschaftslehre) wird der angehende Zahnarzt nicht ausreichend auf seine Berufsarbeit vorbereitet, die doch heute und morgen mit einer Reihe von Aufgaben verbunden ist, die man ohne fundierte und dabei rechtzeitige Vorbereitung überhaupt nicht oder nur unzureichend erfüllen kann. Dazu gehört neben den genannten zusätzlichen Fächern auch das Vertrautwerden mit den Realitäten der Arbeits-

praxis, um den Zahnarzt nicht mit schwerwiegenden fachlichen und moralischen Problemen zu belasten. Und da sind wir wieder beim Thema „Qualitätssicherung“ angelangt.

Wie soll der Zahnarzt unter den jetzt gegebenen Umständen Qualitätsforderungen erfüllen, die auf praxisfernen Grundsätzen beruhen? Wie soll der Zahnarzt mit den Schwierigkeiten der Unternehmensführung im allgemeinen und den praxispezifischen Gegebenheiten fertig werden, wenn ihm die dafür notwendigen Kenntnisse fehlen? Die Arbeit als Assistent ist doch von zu vielfältigen Imponderabilien abhängig, so daß eine „Schule fürs (Berufs-)Leben“ oft nur Stückwerk bleiben muß. Insbesondere gilt dies für die zahlreichen ergonomischen Sünden, wie sie u.a. mit der Rohmert-Untersuchung („Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie“) festgestellt wurden. Hauptsächlich deshalb hat die DGZMK-Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ anlässlich ihrer Jahrestagung in Düsseldorf (K. Kimmel²) ebenso für die Integration der Ergonomie in die zahnärztliche Ausbildung plädiert wie die Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie wenige Wochen später in Padua (K. Kimmel³). Ein Anfang wurde jetzt an der Zahnmedizinischen Fakultät der Privaten Universität Witten/Herdecke gemacht, die vom AGAZ-Vorsitzenden, Prof. Dr. Jerome Rotgans, geleitet wird, der sich in verschiedenen Richtungen um eine

Einführung in die arbeitswissenschaftlichen Grundlagen in die zahnärztliche Ausbildung bemüht.

Schon 1976 vergeblich versucht

Das Zentralinstitut für Zahnärztliche Ergonomie der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz (1971–1979) hat von 1971 – 1976 – mit einem Kostenzuschuß des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit – eine Untersuchung „Ergonomie und zahnärztliche Ausbildung – Praxisfähigkeit als Zielorientierung“¹³ ausgeführt. Im Vorwort zum ZI-Untersuchungsbericht steht die folgende Aussage:

„Die vom BMJFG gestellte Frage, ob die Ergonomie (Arbeitswissenschaft) Gegenstand der Ausbildung der Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland sein soll, wird mit der Vorlage des Untersuchungsergebnisses grundsätzlich bejaht. Dabei ist aber schon an dieser Stelle anzumerken, daß die in den Entwurf der für die Anpassung der Studien-, Prüfungs- und Approbationsordnung für Zahnärzte von zahnärztlicher Seite zuständigen Kommission aufgenommene Unterrichtsveranstaltung „Zahnärztliche Ergonomie/Rationelle Praxisführung“ von der Zahnärztlichen Hochschule zumindest vorläufig nicht verwirklicht werden kann.“

Kurz vor Abgabe des ZI-Untersuchungsberichtes war die schon zuvor erwähnte Kröncke-Kommission von ihrer Zusammensetzung her „abge-

schmolzen“ worden. Die auch vom damaligen BDZ/KZBV-Ausschuß „Zahnärztliche Berufsausübung“ und vom Internationalen Institut für Zahnärztliche Praxisführung in der FDI unterstützte Empfehlung für die genannte Unterrichtsveranstaltung verschwand wenig später ganz aus dem Entwurf, so daß noch nicht einmal mehr ein Ansatz zu verzeichnen war. Mein Lehrauftrag für zahnärztliche Arbeitssystematik und angewandte Arbeitswissenschaft an der ZMK-Klinik der Universität des Saarlandes in Homburg (1976–1980) brachte positive Erfahrungen und weitere Erkenntnisse, aber es gab bis heute keine Bemühungen auf breiter Basis, obwohl zum Beispiel auch im Rohmert-Untersuchungsbericht für eine entsprechende Unterweisung plädiert wird. Ohne die Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Grundlagen kann es aber keine optimale Qualitätssicherung in der Ausbildung und Praxisarbeit geben. Die Erkenntnisse der Arbeitswissenschaft und sie selbst werden aber von der zahnärztlichen Wissenschaft – bis auf wenige Ausnahmen – völlig ignoriert.

Anzumerken ist noch, daß die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit Käthe Strobel bei der Eröffnung des FDI-Weltzahnärztekongresses 1971 in München die Notwendigkeit des Ergonomieunterrichts in ihrer Rede erwähnte. Das BMJFG hat sich seither nur an das Votum der Studienreformkommission gehalten und alle anderen Anregungen ignoriert.

Zahnarzt im Wandel: Ohne Studienanpassung bleibt die Dominanz des Fachlichen

Im Abschnitt 2.6 „Die Ausbildung des Zahnarztes“ des Kapitels „Aufgaben einer Dentalsoziologie“ (A. Schuller/E. Pillwein¹⁰) des Buches „Zahnarzt im Wandel“ (Hrsg. A. Schuller, B. Bergmann-Krauss und E. Witt⁹) wird auf die besonderen Defizite der Zahnärzte bei der Berufssozialisation hingewiesen. Die unzureichende systematisch und wissenschaftlich erworbene Kompetenz im Umgang mit Patienten und auch das zu geringe Bewußtsein für die politischen Dimensionen zahnärztlichen Handelns beruhen – so A. Schuller und E. Pillwein – auf der fehlenden Ausbildung. Die Dominanz des im engeren Sinn Zahnmedizinischen läßt kaum Spielraum für andere Reflexionen. Der Zahnarzt ist auch aus der Sicht der genannten Autoren zu sehr soziologischer und politischer Autodidakt, da die notwendigen Ausbildungsvoraussetzungen nicht vorhanden sind.

Wann mußten wir dieses Manko mehr zu spüren kriegen als in unserer gegenwärtigen Situation, wo es vielerorts an der erforderlichen Um- und Weitsicht fehlt und Standespolitiker wie E. Pillwein – trotz aller Ehrungen zum Abschied – Probleme mit der Akzeptanz ihrer Erkenntnisse und Perspektiven haben?

Wer kommt schon auf die Idee, daß gerade die Art der Ausbildung eine so entscheidende Rolle für unsere derzeiti-

ge Misere in puncto Standespolitik, Qualitätssicherung und Neuorientierung spielt? Und wer hat schon den „Zahnarzt im Wandel“ ebenso wie den „Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie“ gelesen?

Ärzteausbildung: auch hier nur Versuche zur Reform?

Die Ausbildungssituation der Ärzte ist nur bedingt mit derjenigen der Zahnärzte zu vergleichen, weil es im medizinischen Bereich meist mehr um die klinische bzw. praktische Ausbildung geht. In der Bundesrepublik Deutschland werden Mängel oft beklagt, ohne daß sich aber die Fakultäten an den nationalen und internationalen Reformdiskussionen beteiligen (Rosemarie Stein in der FAZ¹¹). So sind zum Beispiel Reformvorschläge, auf die man sich im Vorjahr auf internationaler Ebene einigen konnte, ohne Resonanz geblieben. Insbesondere gilt dies für jene Empfehlungen, die über den fachspezifischen Rahmen hinausgehen. Wie sich die Bilder gleichen.

Ein Verhinderungsfaktor für Reformversuche, der sich auch auf die Arbeit der Universität Witten/Herdecke auswirkt, sind die einengenden herrschenden Rahmenbedingungen, von denen in den Niederlanden die Medizinische Fakultät der Universität Maastricht befreit wurde. Trotzdem ist Witten/Herdecke also auch im medizinischen Bereich ein wichtiger Vorreiter. Es ist zu hoffen, daß der Verbleib am Ursprungsort und die dadurch verfügbaren Mittel

langfristig ausreichen werden, einen Reformkurs in beiden Fakultäten zu steuern.

Schmidseder's Perspektiven Verken- nung der Realitäten?

Der Herausgeber und Chefredakteur des „Phillip Journal“, unser Kollege Josef Schmidseder, der Ende 1990 – in Zusammenarbeit mit dem DAZ – ein Qualitätssicherungssymposium ausrichten wird, hat in seinem Editorial „Ausbildung zum Bohren – die Einbahnstraße in eine Sackgasse“ (3/89) eine Reform der Ausbildung in Richtung der Forum-Vorschläge von F. Lutz gewissermaßen untermauert und dabei auch eine Intensivierung der Prophylaxeausbildung angemahnt. Ihn deshalb der Verkenennung von Realitäten zu zeihen, ist eine der unverständlichen Passagen von A. Kröncke in den hier ins Blickfeld gerückten DGZMK-Mitteilungen. Den Kollegen W. Westermann wegen ähnlicher Empfehlungen als „Profiliierungssüchtigen“ zu bezeichnen, ist pure Polemik, die in einem DGZMK-Statement nichts zu suchen hat. Wenn Prof. Kröncke aber tatsächlich das Sagen in puncto Ausbildung in der „Deutschen“ haben sollte, ist es an der Zeit, unsere wissenschaftliche Dachgesellschaft auf einen anderen Weg zu bringen.

Literatur

- 1 Kimmel, K.:
Grundlagen der Qualitätssicherung,
In: Kimmel, K. und Siebert, G. (Hrsg.):
Qualitätssicherung bei der zahnmedi-
zischen Versorgung, 1. Lieferung, Spit-
ta, Balingen 1989
- 2 Kimmel, K.:
Zahnärztliche Ergonomie: Die Diskre-
panz zwischen gesicherter Erkenntnis
und den Realitäten in Lehre und Ar-
beitspraxis ein unverständlicher Anach-
ronismus, Dent Echo 59, Nr. 8 /1989)
- 3 Kimmel, K.:
Europäische Gesellschaft für Zahnärzt-
liche Ergonomie: Jahrestagung in Pa-
dua mit der Absaugtechnik als Haupt-
thema, Dent Echo 59, Nr. 9 (1989)
- 4 Kröncke, A.:
Zur Sache, Mitteilungen der DGZMK 3/
89, Dtsch Zahnärztl Z 44, 635, Nr. 9
(1989)
- 5 Lutz, F.:
Zahnärztliche Zukunftsperspektiven,
DAZ-forum 26, 185 und 186, (1989)
- 6 Müller, K.:
Korreferat beim BKK-Symposium
„Qualitätssicherung in der Zahnmedi-
zin“ am 30. Oktober 1989 in Bonn
- 7 Nielsen, Chr.:
Qualitätssicherung aus der Sicht des
DAZ, In: Kimmel, K. und Siebert, G.
(Hrsg.): Qualitätssicherung bei der zahn-
medizinischen Versorgung, Spitta, Ba-
lingen 1989

⁸ Rohmert, W., Mainzer, J. u. Zipp, P.: Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie, IDZ-Band 4, 2. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1988

⁹ Schuller, A., Bergmann-Krauss, B. und Witte, E.: Zahnarzt im Wandel, C. Hanser, München 1988

¹⁰ Schuller, A. und Pillwein, E.: Perspektiven – Aufgaben einer Dentalsoziologie, 256–266, In: 9

¹¹ Stein, R.: Ärzteausbildung – Versuche zur Reform, Ansätze auch in Europa/Maastricht als Vorbild/Lernen für die Praxis, FAZ Nr. 248, 1989–10–25

¹² Studienreformkommission Zahnmedizin: Empfehlungen, Veröffentlichungen zur Studienreform 9, Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsstelle für die Studienreformkommissionen, Bonn 1982

¹³ Zentralinstitut für Zahnärztliche Ergonomie der LZK Rheinland-Pfalz/Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Ergonomie und zahnärztliche Ausbildung – Praxisfähigkeit als Zielorientierung, Bonn 1976, (Autor: K. Kimmel)

Anschrift des Verfassers:
Dr. K. Kimmel
Löhrstr. 139
5400 Koblenz

Prävention im argen - nicht nur in der Zahnheilkunde

Nürnberg - Daß den Reden nicht immer Taten folgen, trifft nicht nur auf die Politiker zu. Auch bei anderen Bürgern gibt es Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit, stellte Bayerns Sozialminister Gebhard Glück jetzt fest. Er verwies in Nürnberg auf das fehlende Verantwortungsbewußtsein der Bürger im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge. Trotz zahlreicher Appelle an die Bevölkerung sei es beispielsweise nicht gelungen, die Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen zu erhöhen. In den letzten Jahren habe sich hier so gut wie nichts verändert - 1988 hätten sich zum Beispiel lediglich 3,6 Prozent der Männer einem Krebs-Test unterzogen.

Auch bei der Bekämpfung von Zivilisations- und Wohlstandskrankheiten liegt noch vieles im argen mit der Vorbeugung, belegte Glück. Knapp die Hälfte aller Todesfälle seien auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Allein in Bayern seien 1988 über 58 000 Menschen an einer solchen Krankheit gestorben. Dem Krebs fielen im Freistaat im gleichen Zeitraum 26 400 Bürger zum Opfer. Erschreckend findet Glück auch die hohe Zahl der Suchtkranken: „Allein in der Bundesrepublik können 1,5 Millionen Menschen, darunter 30 Prozent Frauen, ohne Alkohol nicht mehr leben.“

Süddeutsche Zeitung v. 20.01.1990

Kontroverse Gedanken

zur honorar- und standespolitischen Situation der Zahnärzte

W. Westermann

Dr. Wolfgang Westermann zeichnet ein Bild der zeitigen honorar- und standespolitischen Situation und ruft die schweigende Mehrheit der Zahnärzteschaft zu mehr Engagement auf.

Wir machen unsere Leser darauf aufmerksam, daß Sätze wie „Je schlechter ein Zahnarzt arbeitet, umso besser verdient er“ und andere Passagen, nicht die Meinung des DAZ wiedergeben. (Die Redaktion)

Mit einer Punktwertserhöhung von schlappen 2,6 % gehen wir nun also in das neue Jahr!

Die zahnärztlichen Standesvertreter, unsere Vertreter also, hatten eine Erhöhung des Punktwertes um 10 % gefordert; die Kassenvertreter in Niedersachsen hatten mit dem Argument der Beitragsstabilität eine Absenkung um 10 % verlangt.

Wenn man eine 10-%ige Anhebung fordert und dann nur 2,6 % erhält, hat man das gesteckte Ziel auch nicht annähernd erreicht. Unsere Standesvertreter dürfen also mal wieder in der Rubrik Niederlage, Versagen einen weiteren Punkt verbuchen.

Aber lesen wir in der Standespresse etwas von Widerstand, von Protest gegen diese geringe Anhebung unserer Honorare?

Haben wir vor dieser Entscheidung des Schiedsamtes deutlichen Protest und knallharte Argumente von Seiten unserer gewählten Standesfürsten vernommen?

Verschiedene Gründe sprechen wohl gegen eine sinnvolle Aufklärung der Öffentlichkeit über unsere Honorarsituation:

1. Es gibt zur Zeit Wichtigeres in der Standespolitik zu tun. So muß mit viel Aufwand der duale Weg in der ZE- und KFO-Abrechnung verhindert werden. Es gilt, sich dem Preis-Diktat der Kassen zu entziehen, und die Direktabrechnung zwingend für alle Zahnärzte durchzusetzen. Für diesen Abrechnungsweg wird mit ungeheurem finanziellen und argumentativem Aufwand geworben.

Ziel des FVDZ ist es dabei wohl, Mengestatistiken in diesen Bereichen zu verhindern. Werden ZE und KFO aus den Statistiken der Kostenträger ausgegliedert, so ist hierüber keine Kontrolle mehr möglich und die Zahnärzte können nicht mehr so leicht kontrolliert und gegängelt werden.

Daß dies ein Bumerang ist, hat man in Niedersachsen schon spüren müssen. Durch fehlendes Zahlenmaterial über die Ausgabenentwicklung in diesen Bereichen (der KZV stehen durch die

Direktabrechnung keine Statistiken und dadurch keine Argumente mehr zur Verfügung) war die KZV dem Zahlematerial der Kostenträger schutzlos ausgeliefert. Diese konnten somit Forderungen stellen, die schlichtweg utopisch waren, ohne daß eine Chance bestand, gewichtige Argumente dageganzusetzen.

2. Unsere gewählten Standesvertreter vermeiden seit Jahrzehnten eine Diskussion über die Qualität der einzelnen zahnärztlichen Leistungen und die Bedingungen, unter denen sie erbracht werden können oder müssen.

Es muß deutlich gesagt werden, daß eine Erhöhung des Punktwertes um die geforderten 10 % für die Zahnärzteschaft *insgesamt* nicht akzeptabel ist, für das Gros der Zahnärzte jedoch noch zu gering wäre!

Wie ist dieser scheinbare Widerspruch zu erklären?

Eine Vielzahl von zahnärztlichen Leistungen sind zu den gegenwärtigen Honoraren in der GKV nicht einmal kostendeckend zu erbringen.

Oder ist etwa jemand in der Lage,

- für ca. 50,- DM eine 3-flächige Füllung kostendeckend zu erbringen (Zeitaufwand ca. 15 – 20 Minuten; Assistenz einer Helferin);
- für ca. 39,- DM eine WK (ca. 20 Min.);
- für ca. 8,- DM eine Med (ca. 15 Min.);
- für ca. 20,- DM eine WF (ca. 15 Min.);
- für ca. 250,- DM eine Krone (ca. 90 Min.);

- für ca. 120,- DM einen Funktionsabdruck (ca. 40 Min.)?

Diese Beispiele ließen sich beliebig fortsetzen.

Ein Großteil der Leistungen wird nur erbringbar, wenn im Bereich der Privatpatienten ein genügend großer Ausgleich stattfindet, oder wenn aufgrund von Summationseffekten eine Leistung wirtschaftlich wird (z.B. mehrere Kronen in einem Kiefer), oder wenn die einzelnen Leistungen nicht *lege artis* erbracht werden.

Um es ganz deutlich zu sagen: Ein Teil der Zahnärzte erzielt Umsätze und erwirtschaftet Einkommen, die mit einer lege-artis-Arbeitsweise gar nicht zu erbringen sind!

So erarbeiten ca. 25 % der Zahnärzte ca. 55 % des Honorarvolumens! Die restlichen 75 % der Kollegenschaft teilen sich die verbleibenden 45 % des Honorarkuchens. Die Kostenträger und der Gesetzgeber haben jedoch keine Statistiken über die Umsätze des einzelnen Zahnarztes, sondern können bei ihren Berechnungen immer nur von Durchschnittswerten ausgehen (Gesamtausgaben im zahnärztlichen Bereich dividiert durch Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte = Umsatz des Durchschnittszahnarztes). Ergibt sich aus diesen Durchschnittszahlen ein zu hohes Einkommen der Zahnärzte (des Durchschnittszahnarztes), so ist noch Spiel im Honorarbereich möglich.

Der Fehler in diesen Berechnungen ist nur, daß es diesen Durchschnittszahnarzt gar nicht gibt! Es gibt aber Kolle-

gen, die auch unter den jetzigen Bedingungen hervorragend zurechtkommen und welche, die trotz immensen Einsatzes ein ungenügendes Einkommen erwirtschaften oder sogar in Turbulenzen geraten. Dies spüren vor allem die Kolleginnen und Kollegen, die sich neu niederlassen. Es geht hierbei nicht darum, jene zu verurteilen, die korrekt arbeiten und die diese Leistungen schneller erbringen als andere. Es muß aber deutlich gesagt werden, daß jene Kollegen, die mit qualitativ unzulänglicher Arbeit hohe Gewinne erzielen, den ehrlich arbeitenden Kollegen das erforderliche Honorar stehlen, weil alles aus dem gleichen, immer kleiner werdenden Topf bezahlt wird.

Diese Zahlen und diese Zustände sind unseren Standesvertretern seit Jahren bekannt! Warum wurde gegen diese Entwicklungen nichts unternommen? Man könnte vermuten, daß ein Teil der Standesvertreter mit den derzeitigen Verhältnissen finanziell gut zurecht kommt und daher an einer angemessenen Honorierung der einzelnen Leistung nicht interessiert ist. Auch könnte die Vermutung naheliegen, daß die Aufwandsentschädigungen für standespolitische Tätigkeiten ausreichen, um die unwirtschaftliche Situation in der eigenen Praxis auszugleichen.

Tatsache ist, daß über viele Jahre nichts gegen diese Vielabrechner unternommen wurde, obwohl den KZVen das entsprechende Zahlenmaterial vorlag. Erst im Laufe der letzten Jahre sind hier auf Druck der Kostenträger Verände-

rungen zu verzeichnen, die jedoch nur ein Tropfen auf den heißen Stein darstellen.

Es muß deutlich hervorgehoben werden, daß unsere derzeitige unerträgliche Situation die Folge einer jahrzehntelangen, verfehlten Standespolitik ist, die allein der Freie Verband deutscher Zahnärzte zu verantworten hat.

Wie ist es möglich, daß eine Vielzahl von einzelnen zahnärztlichen Leistungen nicht einmal mehr kostendeckend erbracht werden kann? Wie ist es möglich, daß bei lege artis Arbeit und bei Berücksichtigung von Mindestanforderungen an die Qualität unserer Arbeit viele Leistungen geradezu lächerlich bezahlt werden, bzw. teilweise gar nicht wirtschaftlich erbringbar sind?

Über Jahre hat sich unsere Standesführung gegen jede Qualitätsdiskussion in der Öffentlichkeit und mit den Kostenträgern gewehrt. Die Definition der Qualität wurde gefürchtet, wie der Teufel dies mit dem Weihwasser zu tun pflegt. Es galt die Feststellung, daß die deutsche Zahnheilkunde im internationalen Vergleich bestens abschneide und der beste Garant für die Qualität der mündige und aufgeklärte Patient sei. Dies wurde auch der Zahnärzteschaft immer wieder per Standespresse eingeschärft. Nur linke Spinner, Kommunisten und Systemfeinde konnten anderer Meinung sein, da sie ja mit ihren Forderungen das bestehende, aus der Sicht der Zahnärzteschaft gut funktionierende

System in Frage stellen oder sogar zerstören wollten.

Die Folge dieser kurzsichtigen Politik ist die Tatsache, daß es der Zahnärzteschaft heute unmöglich ist, die Öffentlichkeit, den Gesetzgeber und die Kostenträger von der Notwendigkeit einer deutlich besseren Honorierung vieler Leistungen zu überzeugen. Man ist eben in der Öffentlichkeit der Meinung, daß die Zahnärzte als Gesamtheit eher zu viel als zu wenig verdienen. Dieses falsche Bild ist durch die unverhältnismäßig hohen Einkommen einzelner Ausreißer entstanden, aber auch durch das Verhalten vieler Kolleginnen und Kollegen in der Öffentlichkeit.

Hätte man in den vergangenen Jahren eine weitsichtige Politik angestrebt, die nicht nur dem kurzfristigen Ziel eines unkontrollierten, satten Einkommens gedient hätte, so hätte man schon früh von sich aus die Qualitätsdiskussion in Gang gebracht.

Wenn wir nämlich die Qualität und die Ausführung einer zahnärztlichen Leistung definieren, dann können wir hierfür auch einen durchschnittlichen (!) Zeitaufwand angeben, der in Einzelfällen sowohl unterschritten als auch überschritten werden kann. Zeit ist jedoch auch Geld! Dies bedeutet, daß man unter Zugrundelegung betriebswirtschaftlicher Aspekte dann auch ein angebrachtes Honorar aushandeln kann.

Dieses Vorgehen, erst eine Leistung in Art und Aufwand (auch zeitlichem Aufwand) zu definieren, und dann dar-

aus sich ergebend ein angebrachtes Honorar festzusetzen, setzt jedoch auch voraus, daß wir die Qualität dieser Leistung zu den definierten Bedingungen als Berufsstand weitgehendst garantieren. Ausreißer, die unter Außerachtlassung von Qualitäts Gesichtspunkten sich ungerechtfertigt auf Kosten der Solidargemeinschaft bereichern, stellen das funktionierende System in Frage und stehlen somit den Kolleginnen und Kollegen ein gerechtes Honorar, weil derartiges Verhalten immer das Mißtrauen des Kostenträgers wecken muß. Mißtrauen führt jedoch nie zur Anhebung der Honorare sondern ausschließlich immer zur Absenkung.

Die Selbstverwaltung, *unsere* Selbstverwaltung, wäre also gezwungen, zum Wohle Aller Mißbrauch des Systems zu verhindern. Dies wäre über die Statistiken der KZVen ohne große Schwierigkeiten möglich.

Doch wie sieht die derzeitige Realität aus?

Wer eine Qualitätsdiskussion fordert, wird in der Standespolitischen Einheitspresse zerrissen.

Viele Leistungen sind nur unter betriebswirtschaftlich ungünstigen Bedingungen zu erbringen.

Viele Leistungen können *lege artis* nur noch als Hobby erbracht werden. Die Honorierung dieser Leistungen im GKV-Bereich schließt einen betriebswirtschaftlichen Gewinn schlichtweg aus.

Je mehr Mühe sich der einzelne Zahnarzt mit seinem Patienten gibt, je höher die Qualität seiner Arbeit, umso schlechter verdient er.

Je schlechter ein Zahnarzt arbeitet, umso besser verdient er. Das Einkommen der Zahnärzte verhält sich in der Regel umgekehrt proportional zur Qualität der erbrachten Leistungen.

Durch die geforderte Direktabrechnung besteht keine Möglichkeit mehr, im Rahmen der Selbstverwaltung Einfluß auf die Qualität und damit auf die Honorierung der Leistungen auszuüben.

Möglich geworden ist dieser Zustand nur durch eine verfehlte, kurzfristige Politik unserer Standesvertreter, die ausnahmslos seit Jahrzehnten dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte angehören. Diese westdeutsche Einheitspartei hat über Jahrzehnte jede Opposition kleingeknüpelt und diffamiert. Mit der Begründung, daß alle Zahnärzte in einem Boot sitzen und nur Gemeinsamkeit uns gegenüber den Vertragspartnern stark machen kann, wurde eine Opposition außerhalb des Freien Verbandes mit aller Gewalt verhindert. Nur aus diesem Verband heraus sollte es durch Diskussion und Abwägen verschiedener Gesichtspunkte und Argumente zu Meinungsumschwüngen kommen können.

Andersdenkende wurden in der Standespresse als Linke diffamiert und generell den Sozialisten oder Kommunisten gleichgesetzt. Noch heute wird z.B.

der DAZ häufig nicht als *Deutscher Arbeitskreis Zahnheilkunde* ausgeschrieben, sondern als *Demokratischer Arbeitskreis Zahnheilkunde*. Der Verband der Zahnärzte in Westfalen-Lippe (VdZWL) wurde über Jahre hinweg in der Presse des Freien Verbandes und in Flugblättern immer wieder als *Die Grünen* tituliert, weil das Emblem des VdZWL in den ersten 2 Jahren des Bestehens dieses Verbandes aus grünen Buchstaben bestand. Hier wird also bewußt entweder mit dem Sozialismus (Demokratische Republik) oder mit den Grünen (Spinner, Linke, Systemveränderer) Meinungs- und Stimmungsmache betrieben.

Das ist bewußte Meinungsmache nach bestem Nazi- und SED-Stil! Auch im Sprachstil (z.B. Aufsätze und Reden der Kollegen Bieg, Raff, Dygatz, Gutmann, Schirbort) sind hier deutliche Parallelen zu den genannten Systemen zu erkennen (übrigens sicherlich eine lohnenswerte Doktorarbeit für einen Germanisten).

Eine Opposition zum Freien Verband konnte sich somit in all den Jahren nicht in großem Stil entwickeln, weil die Standespresse ganz in den Händen des Freien Verbandes liegt (Zahnärzteblätter der Kammern, ZM, Der Freie Zahnarzt, Rundschreiben der KZVen). Kritische Leserbriefe wurden nur dann gedruckt, wenn dies den Redakteuren des Freien Verbandes genehm war.

So konnten den Lesern, der gesamten Zahnärzteschaft immer wieder die glei-

chen Parolen vorgebetet werden, Halbwahrheiten verbreitet werden und jede Kritik an der Politik der Standesfunktionäre vermieden werden. Viele Kolleginnen und Kollegen haben in den letzten Jahren aufgehört, sich selbst Gedanken über ihre derzeitige Situation und ihre Zukunft zu machen; dies hat der Freie Verband ihnen abgenommen, bzw. sie beten die Parolen dieses Verbandes nach, ohne auch nur jemals die Möglichkeit gehabt zu haben, die Richtigkeit der Aussagen überprüfen zu können.

Die Entwicklungen der letzten Monate in Osteuropa haben gezeigt, daß derart totalitäre Systeme, die über Jahrzehnte das Volk dumm halten und es mit ihrer Politik unterdrücken, sich nicht auf Dauer halten können. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte hat erschreckend viele Parallelen zu diesen Systemen. Sicherlich sind hiermit nicht die vielen Mitglieder dieses Verbandes gemeint, nicht die redlichen Kolleginnen und Kollegen, die guten Gewissens ihre Pflicht tun. Gemeint sind aber jene, die an der Spitze dieser Einheitspartei den Bezug zu den Problemen der Basis verloren haben und jede andere Meinung totknüppeln, auch wenn sie noch so ehrlich und selbstlos gemeint ist. Gemeint ist auch das System des Freien Verbandes, die Vetternwirtschaft, die Verteilung von Posten und Aufgaben in der Selbstverwaltung, die einzig den Sinn hat, Demokratie zu verhindern und die Macht des Apparates und seiner Führer zu stärken.

Es gibt in den Reihen der Standesvertreter aber auch wenige, deren Mut, Anständigkeit, politischen Weitblick und deren Rückgrat wir achten sollten. Gerade die Diskussion im Freien Verband um die Direktabrechnung in den letzten Monaten zeigt uns, daß in diesem Verband auch Kräfte vorhanden sind, derer wir uns nicht zu schämen brauchen.

Warum ist in unserer Standespolitik (bei ca. 40.000 Zahnärzten) nicht möglich, was in Osteuropa geschehen ist? Stürzen wir diejenigen, die uns in den letzten Jahren bewußt dumm gehalten haben, die Politik nicht für uns, sondern aus Kurzsichtigkeit gegen uns gemacht haben, von ihren Sockeln und vertreiben wir sie aus ihren getäfelten Arbeitszimmern in die politische Wüste. Schreiben wir Leserbriefe, treten wir in den Bezirksstellen auf, stellen wir Fragen, äußern wir Mißtrauen und Unbehagen; und vor allem: engagieren wir uns!

Diejenigen, die mit den derzeitigen Zuständen und den Verursachern dieser Zustände unzufrieden sind, sind bei weitem in der Mehrzahl. Es gilt, jeden Zahnarzt über die wirkliche Situation zu informieren. Schweigen wir nicht länger! Noch ist nicht alles verloren; aber mit jedem Tag des Zögerns wird es schlechter. Für 1990 wünsche ich mir ostdeutsches Erwachen in unserem westdeutschen Berufsstand.

*Anschrift des Verfassers:
L. Wolfgang Westermann
Nordwaller Str. 48
4407 Emstetten*

Inlay

Know How
inklusive.



Eine Kombination aus Erfahrung und modernster Dental-Technologie macht jetzt die Herstellung eines zahnfarbenen Inlays leicht und schnell.

Ein Inlay mit beispiellosen physikalischen Eigenschaften – fast so elastisch wie der natürliche Zahn – bei höchster Abrasionsfestigkeit und überzeugender Ästhetik.

Durch das Kulzer Composite Inlay ergeben sich für die Versorgung Ihrer Patienten völlig neue Perspektiven.

Entscheiden auch Sie sich für Know How in modernster Dental-Technologie. Fragen Sie die Dental-Spezialisten.

Ein Unternehmen der **Heraeus** Gruppe

Kulzer:
wir forschen und helfen

Kulzer GmbH
Im Dammwald 21
D-6382 Friedrichsdorf
Tel. 0 6172 / 732-0
Tx. 4 15 863 kulz d
Fax. 0 6172 / 746 89

Aus dem Bericht des AOK-Bundesverbandes über die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom 04.12.1989

Wilhelm Heitzer, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, schreibt in seinem Statement zum Tagesordnungspunkt 2.c (Zahnersatz) zum Thema „Zuschußdifferenzierung beim Zahnersatz“:

Zuschußdifferenzierung beim Zahnersatz

Eine Einigungsmöglichkeit zur Art der Zuschußdifferenzierung beim Zahnersatz wird von den Vertragspartnern nicht gesehen.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung beharrt auf einem Festzuschuß-Modell, das weder sozialverträglich noch transparent ist. Kosten für zahntechnische Leistungen, die nicht im Festzuschuß enthalten sind, gehen voll zu Lasten der Versicherten, weil die Zahn-techniker die Leistungen abrechnen werden, die mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Verträgen vereinbart worden sind.

Zudem wird das Festzuschuß-Modell dazu führen, daß aufwendige aber langfristige wirtschaftliche Versorgung für den Versicherten nicht mehr finanzierbar sind.

Zum Tagesordnungspunkt 4 (Qualitätssicherung) bemerkt er unter anderem:

Die im SGB V vorgesehenen Regelungen zur Qualitätssicherung konnten mit den Zahnärzten bisher noch nicht umgesetzt werden. Ein Symposium der Betriebskrankenkassen zu dieser Thematik hat gezeigt, daß die Zahnärzte konkrete Qualitätsanforderungen für die einzelnen Behandlungsbereiche ablehnen. Sie möchten vielmehr die Problematik der Qualitätssicherung in den Aus- und Fortbildungsbereich der Hochschulen legen und gewisse Qualitätsmängel mit der falschen Kapazitätsverordnung und mangelnden personellen und sachlichen Ausstattung der Hochschulen begründen.

Krankenkassen dürfen Beratungszahnärzte beschäftigen

Lutz Albers dokumentiert Gerichtsentscheidungen zur Rechtsstellung von Beratungszahnärzten und der Prothetik-Einigungsausschüsse

Der Streit begann so: Die AOK Dortmund hatte eine Kassenzahnärztin engagiert, um eingereichte Heil- und Kostenpläne einer fachlichen Überprüfung zu unterwerfen. Die Kollegin ging gründlich vor, forderte Röntgenaufnahmen an und untersuchte auch einzelne Mitglieder. In Einzelfällen verhandelte sie dann mit Kassenzahnärzten oder Patienten über eine etwaige Abänderung der Planung.

Die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sah darin ein Unterlaufen der gültigen Gutachterregelung und klagte auf Unterlassung. Sie machte geltend, daß die Krankenkasse zwar selbständig über Kostenübernahme bzw. Zuschußgewährung entscheiden könne, eine medizinische Sachaufklärung aber allein im Rahmen der Gutachtervereinbarungen möglich sei. Hinzuzufügen unterließ die KZV auch nicht, daß die Kollegin unzureichend qualifiziert sei, da sie nicht an den regelmäßigen Gutachtertreffen teilnehme. Sie wies im übrigen noch darauf hin, daß die Zahnärztekammer ein Berufungsverfahren wegen rechtswidriger

Gutachtertätigkeit anhängig gemacht habe.

Die AOK Dortmund hielt dem entgegen, daß sie nicht nur berechtigt, sondern geradezu verpflichtet sei, sachverständigen Rat einzuholen. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die Fragestellung nach der Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit eines Begutachtungsverfahrens.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung wurden die KZVB und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen dem Verfahren beigegeben.

Das Sozialgericht Münster wies am 04.07.1986 die Klage als unbegründet zurück (AZ: S 12 Ka 56/85). Das beanstandete Prüfungsverfahren sei kein selbständiger Verwaltungsakt, sondern es bereite diesen, nämlich die Genehmigung oder Ablehnung eines Zahnersatzantrages, nur vor. Ein Anfechtungsrecht dagegen stehe im übrigen weder dem Kassenzahnarzt noch der KZV sondern allein dem Mitglied zu.

Das Gericht führte aus, daß die Krankenkasse als eine (der KZV) gleichgeordnete Körperschaft des Öffentlichen Rechts sich selbstverständlich eines Sachverständigen bedienen könne. Da ein funktionierender Vertrauensärztlicher Dienst nicht vorhanden sei, könnten dafür auch freie Sachverständige

und niedergelassene Kassenzahnärzte herangezogen werden. Gemäß § 407 ZPO ist ein zum Sachverständigen Ernannter zur Erstattung von Gutachten verpflichtet, wenn er „die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt.“

Das Sozialgericht stellt zudem ausdrücklich fest, daß die beratende und gutachterliche Tätigkeit durchaus mit der „Pflichtenstellung einer Kassenzahnärztin“ vereinbar sei, erfolge sie doch „im Rahmen der gemeinsamen Aufgabenerfüllung.“ Daß die Zahnärztin gegen die Berufsordnung verstoßen habe, war für die Richter nicht erkennbar, schließlich sei sie ja „im amtlichen Auftrag“ tätig geworden.

Das Landessozialgericht hob nach Berufung durch die KZV am 24.02.1988 das erstinstanzliche Urteil auf und untersagte der AOK Dortmund eine fachliche Überprüfung von eingereichten Heil- und Kostenplänen außerhalb des vereinbarten Gutachterverfahrens (AZ: L 11 Ka 111/86).

Die Revisionsverhandlung vor dem Bundessozialgericht endete am 18.05.1989 mit einer Bestätigung des Sozialgerichtsurteils vom 04.07.1986 (AZ: 6 RKa 10/88). Das Bundessozialgericht stellte klar, daß es rechtlich gar nicht möglich sei, einer Krankenkasse durch ein Urteil ihr Überprüfungsrecht im Hinblick auf ihre Aufgabenerfüllung zu nehmen. „Indem die Krankenkasse es zwar dem einzelnen Kassen(zahn)arzt zu überlassen hat, den konkreten Inhalt

der ärztlichen Leistung zu bestimmen, bleibt ihre Verantwortung für die Einhaltung der (allgemeinen) gesetzlichen Anspruchsbedingungen bestehen.“

Wenn aber der Krankenkasse das Recht auf Überprüfung von Heil- und Kostenplänen zustehe, dann könne sie auch nach pflichtgemäßem Ermessen die Sachverhaltsermittlung vornehmen. Die Kassen seien selbstverständlich nicht berechtigt, das vereinbarte Gutachterverfahren durch die Einschaltung eines angestellten Beratungszahnarztes zu ersetzen.

Nach dem Bundessozialgerichtsurteil steht es der Krankenkasse bzw. dem von ihr beauftragten Beratungszahnarzt durchaus frei, „mit dem Kassenzahnarzt in Verbindung zu treten und ihn auf Bedenken hinzuweisen. Weigert er sich, darauf einzugehen, muß die Krankenkasse den einvernehmlich bestellten Gutachter einschalten.“

Ob der von der Krankenkasse engagierte Beratungszahnarzt einen Anspruch auf Einsicht in die Planungsunterlagen des behandelnden Zahnarztes besitzt, wurde ausdrücklich offengelassen: „Darüber, ob die Kassenzahnärzte verpflichtet sind, den Krankenkassen Röntgenunterlagen zur Überprüfung herauszugeben, war nicht zu entscheiden; insoweit liegt kein selbständiger Klageantrag vor.“

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg*

Die Rechtsstellung der Prothetik-Einigungsausschüsse

L. Albers

Ende der 70iger Jahre wurden auch für die Gesetzlichen Krankenkassen (damals RVO-Kassen) das Gutachterwesen eingerichtet. Die Zahnärzte verbanden damit die Erwartung, die bis dahin als Angestellte der Kassen tätigen Beratungszahnärzte überflüssig zu machen. Anders als bei der schon weit länger gültigen Regelung im Rahmen des VdAK-Vertrages wurden nicht Gutachter und Obergutachter bestimmt, für die zweite Instanz wurden vielmehr Prothetik-Einigungsausschüsse gebildet. Diese wurden den jeweiligen KZVen zugeordnet.

Um die Rechtsstellung dieser Prothetik-Einigungsausschüsse ging es in einem Streit vor dem Sozialgericht Mainz. Zugrunde lag ein typischer Streitfall: Eine Patientin war mit der durch einen Kassenzahnarzt eingegliederten Brücke nicht zufrieden. Der beauftragte Gutachter hatte Mängel festgestellt und auf eine Erneuerung gedrungen. Die Patientin wollte nicht zu ihrem Zahnarzt zurück, die Krankenkasse schaltete den Prothetik-Einigungsausschuß ein und dieser verdonnerte den Zahnarzt zur Zurückzahlung des gesamten Honorars sowie zur Übernahme der Gutachtergebühren.

Entsprechend der Rechtshilfebelehrung erhob der Zahnarzt Klage gegen diese Entscheidung beim zuständigen Sozialgericht. Mit Beschluß vom 09.03.88 erkannte das Sozialgericht Mainz, daß die Klage „unzulässig“ sei, die KZV vielmehr ein Widerspruchsverfahren durchführen müsse (AZ: 1aKa 1/87). Die KZV Rheinland-Pfalz legte zwar Berufung ein, das Landessozialgericht bestätigte jedoch am 06.12.88 die erstinstanzliche Entscheidung (AZ: L5 Ka 17/88).

Danach „kann kein Zweifel bestehen, daß die Entscheidung des Prothetik-Einigungsausschuß ein Verwaltungsakt ist, denn er regelt mit hoheitlicher Wirkung einen Schadensersatzanspruch gegen den Kläger“. Dieser kann aber nur in einem gestuften Verfahren (Vorverfahren bzw. Widerspruchsverfahren) durchgeführt werden. Eine Parallele ist zu ziehen zu den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen im Bereich der konservierend-chirurgischen Versorgung.

Die Entscheidung eines Prothetik-Einigungsausschusses ist somit völlig anders zu bewerten als die Entscheidung eines Obergutachters. Während der Obergutachter wie der Gutachter auch

einen Verwaltungsakt lediglich vorbereitet, trifft der Prothetik-Einigungsausschuß Entscheidungen mit bindender Wirkung im Sinne eines Verwaltungsaktes.

Daß es bei den KZVen bisher keine Widerspruchsausschüsse für den Zahnersatzbereich gibt, ließen die Gerichte nicht gelten. Das Landessozialgericht stellte vielmehr gleich Kriterien auf, nach denen solche Ausschüsse zu bilden seien: Sie müssen sachkundig sein und paritätisch besetzt sein, ihre zahlenmäßige Besetzung „dürfte kaum geringer sein“ als die der Prothetik-Einigungsausschüsse.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg*

Honorareinbußen durch die neue GOZ?

In dem Gespräch konnte auch eine Reihe offenkundiger Mißverständnisse ausgeräumt werden. Die PKV wies darauf hin, daß die Prognose der Bundeszahnärztekammer, die neue GOZ werde zu Einnahmeausfällen der Zahnärzte führen, nicht eingetroffen sei. Allein die Überschreitung des Schwellenwertes habe gegenüber den Kostenneutralitätsberechnungen - und damit gegenüber der alten GOZ - ein Plus von rd. 5 v.H. gebracht.

Beide Seiten waren sich darüber einig, daß es für endgültige Bewertungen derzeit noch zu früh ist, auch deshalb, weil die Zahnärzte den gegenseitigen finanziellen Ausgleich zwischen konservierenden und prothetischen Maßnahmen in ihrer Praxis erst voll zur Kenntnis nehmen müßten.

Zitat aus PKV-Publik 9/89

Stärkung der Kollegialität und Zusammenarbeit mit allen anderen Ärzten

Darum:



Die myofunktionelle Therapie - kritische Bestandsaufnahme

H. Hahn

Seit dreizehn Jahren hat dieses Konzept Eingang in die Fortbildung und die Praxen hierzulande gefunden. Aber hat dieser anfangs begeistert aufgenommene Therapieansatz die in ihn gesteckten Erwartungen erfüllt? Was es eine Modeströmung oder kann man von Durchbruch reden?

Was ist myofunktionelle Therapie?

Um manchen verbreiteten Mißverständnissen vorzubeugen, sei die Myofunktionelle Therapie vorab definiert und abgegrenzt. Der Terminus wurde 1912 von einem Weggenossen A.P. Rogers' geprägt, erschien in den dreißiger Jahren auch bei G. Korkhaus („Muskelgymnastik“), beanspruchte aber, eine Übungsbehandlung zu sein, die imstande wäre, gnathische Kieferkorrekturen zu vollbringen. Heute wissen wir, daß die MFT allein keine skelettalen Veränderungen bewirkt und die Kieferorthopädie nicht ersetzen kann, wie manche überschwenglich verkündet oder andere befürchtet haben, sondern unterstützt und über das muskuläre Umfeld zur Stabilität beiträgt.

Die Myofunktionelle Therapie ist eine Behandlungsmethode, die im orofacialen Gebiet (Gesicht, Mund, Hals) schädliche Gewohnheiten abstellen, ungünstige Bewegungsmuster umstellen und Fehlentwicklungen vorbeugen möchte. Dazu werden ausschließlich funktionelle, keine mechanischen Kräfte eingesetzt, sei es durch gezielte Muskelübungen oder durch unbewußte Simulierung. (Nach-)entwickelt werden, wechselseitig die Sensibilität, einschließlich der Stereognosie, und die Motorik zur Verbesserung der primären und sekundären orofacialen Funktionen wie Kauen, Schlucken, Atmen sowie Sprechen, Haltung und Mimik.

Die modernen funktionsregulierenden Methoden verstehen sich sanft, aber möglichst kausal ansetzend als unterstützende Disziplin für die Sprachtherapie, die Logopädie, die Kieferorthopädie und Oralchirurgie sowie in der Behindertenmedizin und -pädagogik.

So ergeben sich je nach Therapiegruppe, Altersstufe und Behandlungsziel verschiedene Ansätze, die sich in den verschiedenen Schulen der Myofunktionellen Therapie widerspiegeln (kein Anspruch auf Vollständigkeit).

- Präventive Kieferorthopädie, fußend auf Balters u.a., als unbewußtes Muskeltraining und sanftes Abstellen von Habits.
- Übungsprogramme, die bewußte Mitarbeit voraussetzen, auch als neuro-motorische Methoden bezeichnet (W.J. Straub, D. Garliner, M.L. Hanson, R.H. Barrett, u.a.).
- Spielerische Stimulation, wo über die verbesserte Sensibilität die Motorik aktiviert wird, auch neuro-sensorielle Methode genannt (J. Dahan u.a.).
- Behindertentherapie, in der bewußte Mitarbeit ja ausscheidet und stattdessen manuell oder mit stimulierenden Geräten eine notwendige Funktion angebahnt wird, z.B. Orofaziale Regulationstherapie nach R. Castillo-Morales.

Ein allzu simples Konzept reicht unserer Erfahrung nach nicht aus, den meist komplexen Fällen gerecht zu werden. Wichtig ist eine individuelle Behandlungsplanung, Verbesserung der meist defizitären Mundraumorientierung (Stereognose) und ein ganzheitlicher Ansatz, der neben der Atmung und Körperhaltung auch den psychosozialen Background berücksichtigt.

Wie funktioniert die MFT?

Nach einem Formblatt werden Anamnese und Funktionsstatus erhoben sowie Tests und Messungen durchgeführt („Payne-Technik“, „Myoscanner-Messung“, Testplättchen, Sprechprobe, u.a.), um bei einer orofacialen Dysfunktion zu

einer differenzierten Diagnose zu gelangen. Während dies sicher die Aufgabe eines (Zahn-)Arztes ist, wird die Durchführung meistens delegiert in derselben Praxis oder überwiesen an speziell ausgebildete Fachkräfte. Dazu sind vor allem prädestiniert die Logopäden/innen (medizinisch-schulische Ausbildung), die Sprachheiltherapeuten/innen (sonderpädagogisches Studium), Krankengymnasten oder zahnmedizinische (Fach-)Helferinnen.

Die Übungen werden in der Sprechstunde 1 - 2 x pro Woche in Teilschritten erarbeitet, als Hausaufgabe täglich weitergeführt und an Intensität, Dauer und Schwierigkeit langsam gesteigert. Die spielerische Note kommt in den Bezeichnungen „Kranspiel“, „Tauziehen“, „Ringlein-Turnen“, „Sendepause“, Schnalzen und Ertasten zum Ausdruck. Die Motivation unter Einsatz von Video, Punktetabellen und Erinnerungszeichen ist von besonderer Bedeutung, um zur Habitualisierung, zu einer unbewußt richtigen Funktion zu gelangen.

Eingesetzt wird die MFT vor allem bei Kindern und Jugendlichen, wo die orofaciale Entwicklung gesteuert wird und bessere Voraussetzungen für die Kieferorthopädie oder/und logopädische Behandlung (alle Sigmatismen) geschaffen werden. Die Anwendung bei Erwachsenen ist sinnvoll, um bei multifaktoriellen Erkrankungen die dysfunktionellen Noxen auszuschalten, z.B. das Zungenpressen auf ein parodontopathisch geschädigtes Kauorgan oder auf

eine gefährdete prothetische Versorgung. Weitere Indikationen sind Myoarthropathien, die nach T.L. Hansson zu 70 % myogen sind.

Ziel der myofunktionellen Behandlung ist in jedem Fall ein auf Dauer kräftemäßig ausgeglichenes Umfeld der Dentition, was die wesentliche Stabilisierung der Kieferrelationen und der Okklusion ausmacht (J.M. Dierkes).

Wo liegen die Probleme der MFT?

Mißerfolge oder Rezidive gibt es natürlich, lassen sich jedoch in den meisten Praxisfällen auf unzureichende Erhebung der Vorgeschichte oder Befunde und somit ungenaue Diagnose und Planung zurückführen. Auch ein mechanistisches Durchziehen des Konzepts (z.B. nach D. Garliner's Buch) entspricht nicht dem Geist der ganzheitlichen Therapie.

Gemessen an den paar Tausend Teilnehmern an den vielen Kursen oder den neun Kongressen blieb die Anzahl der tatsächlich Praktizierenden eher bescheiden. Schuld daran ist erstens die Zeit und Einsatz erfordernde persönliche Zuwendung, die manchen wieder Abstand nehmen läßt, zweitens die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit, die von unseren eingefahrenen Strukturen eher erschwert wird, und drittens die leidige Kostenfrage, die mit der versicherungstechnischen Anerkennung eng verknüpft ist. Die kritischen Statements von Schweizer und deutschen Kieferorthopädie-Professoren zielten eher auf solche strukturellen Probleme, denn auf die Therapie selbst. (wird fortgesetzt)

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Hermann Hahn
Steinkirchner Str. 28
8000 München 71*

III → Für ein
gesundes professionelles
Selbstbewußtsein



SIEMENS

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

Da zeigt sich der Profi.


Zum Beispiel:
unser
Praxisplaner
Jurgen Brunnert

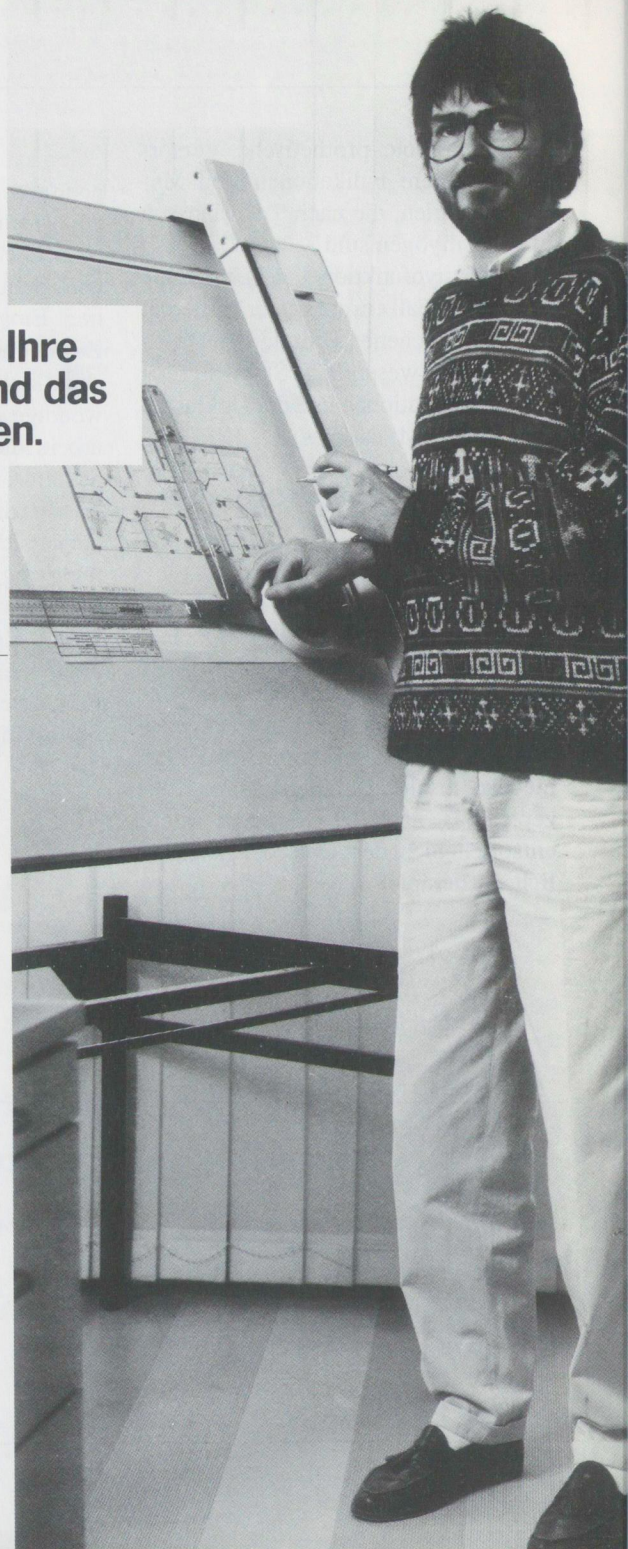
Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, wie wohl Ihr Patient sich in Ihrer Praxis fühlt? Ihm fällt es kaum auf, daß die Technik Ihres Behandlungsgerätes etwas veraltet ist, aber das nicht mehr zeitgemäße Umfeld bemerkt er bestimmt.

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



Gesunde Zähne



Zymafluor[®]

Dosierungstabelle

Altersgruppe	täglich 0,25 mg	täglich 0,7 mg	täglich 1,0 mg
0 bis 2 Jahre	○		
2 bis 4 Jahre	○ ○		
4 bis 6 Jahre		○	
ab 7 Jahre bis einschl. Erw.			○

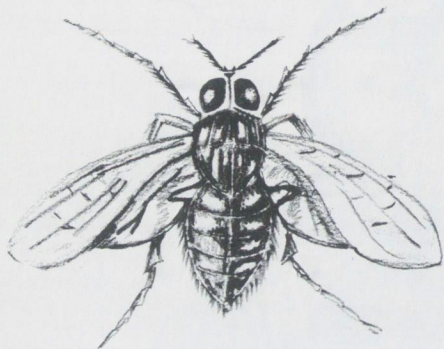
Zusammensetzung: Zymafluor 0,25 mg: 1 Tablette enthält 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). Zymafluor 0,7 mg: 1 Tablette enthält 1,548 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,7 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg: 1 Tablette enthält 2,210 mg Natriumfluorid (entsprechend 1 mg Fluorid). **Indikationen:**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

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Siehe Tabelle oben. Die Dosierung ist abhängig vom Fluoridgehalt des Trinkwassers und vom Lebensalter des Kindes. Genaue Dosierung siehe Gebrauchsinformation.

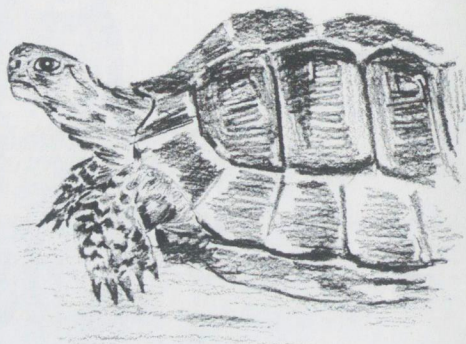
Handelsformen und Preise: Zymafluor[®] 0,25 mg 250 Tabletten DM 8,70; 1000 Tabletten DM 20,95; Zymafluor[®] 0,7 mg 250 Tabletten DM 11,80; 1000 Tabletten DM 27,95; Zymafluor[®] 1 mg 250 Tabletten DM 14,10; 1000 Tabletten DM 31,50; Stand: April '89

Achten Sie auf den
Unterschied

in der Lebensdauer



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



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

Wir bürgen dafür

Hu-Friedy®

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

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

Buchbesprechung

Quecksilber in und aus der Zahnarztpraxis

zu beziehen über Fachbuchhandlung Otto Spatz, Curschmannstraße 24,
2000 Hamburg 20, Telefon 040/460 20 71, Kostenbeitrag DM 15,—

Dr. Armin Maurer bespricht im folgenden die von Dr. Ulrich Happ herausgegebene, ca. 70-seitige Broschüre „Quecksilber in und aus der Zahnarztpraxis“. Dr. U. Happ ist Mitglied des berufspolitischen Arbeitskreises „Zahnmediziner für den Frieden“ und DAZ-Referent für den Bereich „Praxis und Umwelt“.

„*Quecksilber im Mund*“ – wieder einmal ein heißes Thema in Presse und Praxis, nicht nur dank Dr. Daundersers vorschneller Rundschläge.

„*Quecksilber im Abwasser*“ dagegen scheint bisher die Öffentlichkeit kalt zu lassen. Hier ist offenbar diesmal der Gesetzgeber schneller als die öffentliche Meinung.

Neue Verordnungen, Termine und Übergangsregelungen hat das *forum* in den letzten Ausgaben eingehend ausgeführt.

»*Quecksilber-Schadstoffreduzierung in der zahnärztlichen Praxis*« war das Thema eines Symposiums, das der DAZ-Referent Dr. Ulrich Happ Mitte 1989 in

Hamburg organisiert hatte. Die Referate liegen zusammen mit der Diskussionsniederschrift und einigen Zusatzinformationen jetzt als Skript im Eigenverlag vor, das gegen DM 15,— über die Fachbuchhandlung Otto Spatz bezogen werden kann.

Herausgeber Happ diskutiert in seinem Beitrag Amalgamzubereitungen sehr eingehend, wobei kaum ein Bereich unberücksichtigt bleibt. Verschiedene Amalgamsorten – ob gefeilt oder verdüst, ob kupferhaltig oder nicht, ob kugelig oder unregelmäßig – werden in Vor- und Nachteilen abgewogen.

Da wir Zahnärzte wohl noch einige Zeit auf Amalgamalternativen warten müssen, scheint es unverständlich, daß wir bei Amalgamauswahl und Verarbeitung üblicherweise so sehr im Dunkeln tappen und auf unsere eigenen Erfahrungen angewiesen sind. Hier stellt das Skript wesentliches klar, enthält sich allerdings auch nicht subjektiver Beurteilung – ein Kritikpunkt am ganzen Heft, den man aber durchaus auch positiv bewerten kann.

Im zweiten Beitrag referiert Jochen Slaby, ein Fachmann, der sich seit Jahren intensiv mit der Reduzierung der Hg-Belastung beschäftigt, über *Quecksilberdampfmessungen* und *Hg-Dampf-Quellen* in zahnärztlichen Praxen. Viele seiner Vorschläge lassen sich mühe- und kostenlos umsetzen, andere – wie der Einsatz quecksilberdampf-unterdrückender Flüssigkeiten bleiben durchaus im finanziell vertretbaren Rahmen, zeigen aber gute Wirkung.

Hauptsächlich aber befaßt sich das Heft mit Amalgamabscheidern, gesetzlichen Vorschriften zur Schadstoff-Beseitigung und mit Entsorgungs-Verträgen. Alle derzeit verfügbaren Amalgamabscheider werden ausführlich vorgestellt, wobei neben der Bauart auch der Preis sowie mögliche Vor- und Nachteile zur Sprache kommen, wiederum durchaus wertend.

Allerdings können die Referenten auf eigene Erfahrungen mit Abscheidern verweisen.

Über gesetzliche Vorschriften referiert und diskutiert ein kompetenter Mitarbeiter der Hamburger Umweltbehörde. Dabei stellt sich heraus, daß die vorhandenen Verwaltungsvorschriften zur Schadstoffentsorgung zahllose Lücken und vorläufige Kompromisse aufweisen.

Leider ist auch ein Kuckucksei in dieses Symposium geraten. Das Firmenportrait stellt eine Quecksilberrückgewinnungs-Firma vor, die bisher nur auf

dem Papier existiert und kaum Chancen hat, jemals die erforderliche umweltbehördliche Zulassung zu erhalten.

Trotzdem stellt das vorliegende Heft einen sinnvollen und hilfreichen Beitrag dar zur Lösung der Probleme, die uns durch die neue Umweltrechtslage, aber auch durch steigende Umweltverpflichtung ins Haus stehen.

Ähnlich fundierte Veröffentlichungen wären wünschenswert zu allen übrigen Umweltproblemen, die wir mit unserer Arbeit zu verantworten haben.

München, 16.1.90
Dr. Armin Maurer

Untersuchung zur Abwasserbelastung mit Quecksilber durch zahnärztliche Behandlungseinheiten

Gemäß einer Untersuchung der Universität Lübeck beträgt die Belastung der Umwelt mit Quecksilber aus zahnärztlichen Behandlungseinheiten hochgerechnet auf das Bundesgebiet 0,57 t/a Hg (570 kg pro Jahr).

Folgt man der Untersuchung, sind die Töpfer-Verordnungen für Amalgamabscheidungen in unseren Praxen nichts anderes als der Versuch, Ergebnisse in der Umweltpolitik gegenüber industriellen Hg Emittenten (300 000 kg) dadurch zu verschleiern, daß man die Zahnärzte als Popanz einer industriehörigen Umweltpolitik aufbaut.

Uns Zahnärzten werden mehr als 300 Millionen DM Kosten für die Abscheidung von 570 kg/a Hg aufgezwungen, während 300 000 kg Quecksilber von der Industrie pro Jahr nach wie vor ungeklärt in die Umwelt geblasen wird.

Niedersächsisches Zahnärzteblatt
10/1989

Ein Team von engagierten Zahnärzten hat im Herbst 1989 den „Verein zur Förderung der Endodontie“ gegründet. Dieser Verein wird mit namhaften Referenten und regelmäßigen Veranstaltungen dem Praktiker eine Möglichkeit bieten, sich über den neuesten Standard im Bereich Endodontie zu informieren und auszutauschen. Geplant ist neben Beiträgen und Workshops auch ein Endodontie-Magazin.



Feursstr. 59 r
8037 Olching
Tel.: 08142/20363

Eröffnungsveranstaltung am 04. und 05. Mai 1990 Hotel Holiday Inn, München

Referenten und Themen

Dr. P.A. Guldener , Schweiz	Stand der Endodontie heute
Prof. Strömberg , Schweden	Endodontie im Milch- und Wechselgebiß
Dr. H. Rocke , Freiburg	Masseran - System zum Entfernen von abgebrochenen Instrumenten und Stiften
Dr. M. Hülsmann , Göttingen	Endometrie
Dr. B. Briseno , München	Handaufbereitung
Dr. K. Winkler , Bielefeld	Endodontischer Notfall
Dr. M. Schäfer , Bonn	Canal-Finder-System
Dr. H. Wichert , Germering	Ultraschall in der Endodontie
Dr. K. Behr , Eichenau	Laseranwendung in der Endodontie
Frau R. Pottratz , Puchheim	Abrechnung in der Endodontie

Table Clinics

Dr. Behr	Lasert	Dr. Briseno	Handaufbereitung
Dr. Rocke	Masseran-System	Dr. Schäfer	Canal-Finder
Dr. Wichert	Ultraschall	Dr. Winkler	Kofferdam

Frühstück mit Referenten am 05. Mai 1990 ab 7.30 Uhr (limitiert auf je 5 Personen)
Gemeinsames Abendessen mit Tanz am 04.05.

Tagungsgebühren: DM 400.-/Person

ab 01.04.1990 DM 500.-/Person

Mitglieder: DM 280.-/Person, ab 01.04.1990: DM 380.-/Person

Studenten: DM 50.-/Person

Assistenten: DM 200.-/Person

Information und Anmeldung: Dr. Heinz Wichert, Untere Bahnhofstr. 25, D-8034 Germering

Aesculap- Parodontal- Prophylaxe-Set



- DB 767 PAR-Sonde, nach Empfehlung der FDI/WHO mit kugelförmigem Ende
- DB 527 Lingualscaler, mit neutralem Rundgriff
- DB 552 Sichelscaler, einendig
- DB 553 Sichelscaler, zum Einsatz an Prämolaren und Molaren
- DB 559 Universalkürette, Mc CALL
- DB 558 Universalkürette COLUMBIA, zum Einsatz im posterioren Bereich
- DB 632 GRACEY-Kürette, zum Einsatz an Front- und Eckzähnen
- DB 633 GRACEY-Kürette, zum Einsatz an Prämolaren und Molaren, buccal und lingual
- DB 635 GRACEY-Kürette, zum Einsatz an Prämolaren und Molaren im mesialen Bereich
- DB 636 GRACEY-Kürette, zum Einsatz an Prämolaren und Molaren im distalen Bereich

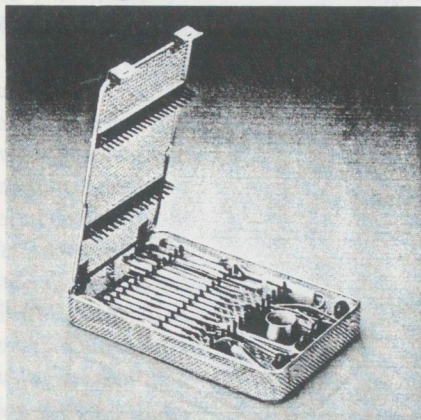
**ab
sofort**

zu
beziehen
durch

**TECHNIK
DENTAL
HEGEN**

**Postgasse 3 · D-7090 Ellwangen
Tel. 07961/54066**

Aesculap-Parodontal-Chirurgie-Set



Modell Münster bestehend aus:

- BT 405 Wangenhaken nach Middeldorpf
- BB 73 Skalpellgriff
- OM 309 Raspatorium nach Koenig
- BD 217 Anatomische Pinzette
- BD 669 Chirurgische PARO-Pinzette 145 mm lang,
1,1 mm breit
- DO 642 Gingiva-Raspatorium
- DA 14 Mundspiegel
- DA 74 Mundspiegelgriff
- DB 768 Parodontometer, PCP 11, Meßskala farbcodiert,
3 mm – 6 mm – 8 mm – 11 mm
- DA 470 Zahnsonde, doppelendig, EXD 5
- DA 482 Furkationssonde, P2N, nach Nabers
- DB 530 Zahnreiniger, T 2/3, nach Taylor
- DB 534 Kürette, 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. 07961 / 54066

Antibiotikaanwendung bei Parodontalerkrankungen

Für die Behandlung von parodontalen Erkrankungen eignen sich nicht Penicillin oder Erythromycin, sondern Tetracyclin. 70% aller parodontaler Abszesse werden durch gram-negative anaerobische Organismen verursacht. Penicillin ist wirksam, aber die Heilung dauert 5 - 7 Tage. Penicillin wird in den Blutkreislauf aufgenommen, wobei das Antibiotikum jedoch nicht in die Zahnfleischtasche eindringt. Nach Verabreichung von Tetracyclin kann das Antibiotikum in der Taschenflüssigkeit nachgewiesen werden. Bei Verwendung von DOXYCYCLIN oder VIBRAMYCIN, 100 mg täglich nach dem Essen, kann der Patient Milch oder Alkohol (ohne Nebenwirkungen) einnehmen - im Gegensatz zu anderen

Tetracyclinen. In einigen Fällen ist die Verabreichung durch Injektion vorzuziehen, da die Einnahme von Medikamenten per os durch den Patienten vergessen werden kann. Nach Einnahme von Tetracyclin soll der Patient Sonnenwirkung oder die Bestrahlung in Bräunungsstudios vermeiden! Mit Penicillin dauert die Heilung eines parodontalen Abszesses 7 - 10 Tage mit Rezidivmöglichkeit. Mit DOXYCYCLIN ist der Abszess in 3 Tagen ausgeheilt. Es gibt keine Untersuchungen, die belegen, wie lange Antibiotika für die Behandlung von parodontalen Erkrankungen verabreicht werden sollen, aber die Verabreichung über einen längeren Zeitraum wird in Frage gestellt.

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt
für den Praktiker Nr. 9/1989

Der Parodontologe sieht Zahnstein gern!

Der Parodontologe sieht Zahnstein gern! Die besten Heilungserfolge sind bei den Fällen zu verzeichnen, die Zahnstein gehabt haben. Parodontalerkrankungen ohne Zahnstein sind problematisch und sprechen oft auf die Therapie nicht an. Angeblich gibt es ca. 6 - 10 verschiedene Parodontalerkrankungen. Einige der Erkrankungsformen sind heilbar, andere nicht. Die Ursache der rasch fortschreitenden Parodontitis („Rapidly progressing periodontitis“) kennen wir nicht. Bei der chronischen, jugendlichen Parodontitis kann ein

hereditärer Faktor eine wichtige Rolle spielen. In der generalisierten Form kann eine Heilung in nur 50% der Fälle erwartet werden. Eine aktuelle Krankheitsform ist die Preputeral-Gingivitis. Die Milchzähne haben tiefe Zahnfleischtaschen. Nur in 50% der Fälle findet eine Heilung statt. Nach dem Zahnwechsel können die bleibenden Zähne ebenfalls befallen werden, und mit ca. 14 Jahren muß eine Totalprothese eingegliedert werden.

In der Allgemeinpraxis sind trotz umfangreicher Therapien 10% der Fälle nicht heilbar.

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt
für den Praktiker Nr. 9/1989

Neue Aspekte in der Parodontologie

Guided Tissue Regeneration

Teil I: Grundlagen - Chirurgisches Vorgehen - Fallbeispiele

F. Beck

1. Einleitung

Die Parodontologie ist zu einem umfangreichen Fachgebiet in der modernen Zahnmedizin herangewachsen. Trotz dieser Tatsache bleibt offensichtlich die universitäre Ausbildung hinter diesem Standard zurück. In nur fünf Abteilungen von insgesamt 24 Hochschulausbildungsstätten existiert eine selbstständige Sektion "Parodontologie"¹. Sich in Praxis und Theorie den aktuellen Stand der Parodontologie anzueignen, obliegt im Rahmen postgraduierter Fortbildungen jedem Kollegen selbst - allerdings auf freiwilliger Basis.

Es kann heute davon ausgegangen werden, daß ohne diese Ausbildung eine systematische PAR - Therapie nicht realisiert werden kann bzw. der Erfolg in Frage gestellt ist.

Die systematische PAR - Therapie unterliegt einer strengen Kausalität. Sie fordert viele obligate Einzelmaßnahmen, beginnend bei der Diagnostik über die Therapie bis hin zur Erhaltungsphase. Jedoch darf keiner dieser Schritte als singular betrachtet werden, sondern bleibt in die Gesamtsystematik des Behandlungsablaufes integriert. Auch die

"Guided Tissue Regeneration (GTR)" ist nur ein Aspekt aus diesem System. Bevor sie zu Tragen kommt, muß der gesamte Komplex der systematischen PAR - Therapie abgelaufen sein. Um dies zu verdeutlichen wird anschließend der Inhalt einer solchen Therapie repetitiv zusammengefaßt.

Die GTR ist eine innovative Methode zur Regeneration lokalisierter parodontaler Konchendefekte. Die wissenschaftliche Grundlage und das chirurgische Vorgehen bei der Implantation wird besprochen. Zusätzlich soll ein Erfahrungsbericht aus einer eineinvierteljährigen Erprobungsphase bei ca 40 Implantationen gegeben werden. Dabei handelt es sich um die Darstellung folgender Punkte:

- Probleme bei der korrekten Fallauswahl
- chirurgisches Procedere
- Beurteilung des Heilungsverlaufes
- Nachsorge
- Entfernung der Membran

Da erst nach einer mehrmonatigen Regenerationsphase (mind. acht Monate) eine Aussage über den Erfolg der Rege-

¹ zit. aus: *Qualitätsgesicherte PAR-Behandlung. Zahnärztliche Mitteilungen* 1989; 24,2851-2852

neration getroffen und eine im Röntgenbild nachweisbare ossäre Auffüllung der Defekte unter Umständen erst nach über einem Jahr nach Implantation dargestellt werden kann¹, muß auf diese Beurteilung vorläufig verzichtet werden. Es ist eine entsprechende Follow - Up Studie vorgesehen.

2. Inhalt einer systematischen PAR - Therapie

Anhand der folgenden beiden Tabellen wird ein Überblick über den Ablauf einer systematischen PAR - Therapie nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand gegeben.

PAR - Therapie ÜBERBLICK		del	dek
I. Vorbehandlung			
I.1. Instruktion in professioneller Mundhygiene (PL HYG, HI, SBI, GI, GI-S, GBI, PBI)		✓	✓
Entfernung weicher und harter Zahnbeläge		✓	✓
I.2. Kontrollsituation der Mundhygienefähigkeit		✓	✓
Evtl. 2. Sitzung für Entfernung weicher und harter Zahnbeläge + nochmaliger Kontrolltermin für Mundhygienefähigkeit		✓	✓
Erstellen des PAR - Status+ Unterlagen			✓
II. Konservative PAR - Therapie			
II.1. Geschlossene Curettage (deep scaling)	✓		
II.2. Nachbehandlung + professionelle Mundhygiene		✓	✓
II.3. Nachbehandlung + Kontrolle der Mundhygienefähigkeit		✓	✓
III. Abheilphase			
			✓
IV. Nachexamination und weitere Therapieplanung			
			✓
V. Chirurgische PAR - Therapie			
V.1. Offene Curettage			✓
V.2. Flap - Op (mod. WIDMAN Flap)			✓
V.2.1. mit Osteoplastik			
V.2.2. ohne Osteoplastik			

PAR - Therapie ÜBERBLICK		del	dek
VI. Abheilphase mit Kontrollen von Heilungsverlauf und Mundhygienefähigkeit (professionelle Hygiene eingeschlossen)			
		✓	✓
VII. Mucogingivale Chirurgie (z.B. FST, coronaler o. lateraler Verschiebelappen, EDLAN-MEICHAR)			
			✓
VIII. Regenerative Chirurgie (z.B. Hydroxylapatit, GTR)			
			✓
<small>del: an speziell geschulten, fortgebildeten Personal delegierbare Leistungen dek: Hinweis auf Dokumentationspflicht</small>			

Abb. 1, 2: Systematische PAR-Behandlung: Obligate Indizes bei der Vorbehandlung sind gesperrt und Unterstrichen². Deligierbare Leistungen³ und notwendige Dokumentation sind mit einem Haken markiert. Die Beschreibung wird im Text gegeben.

¹ DE JACOBY, L., F.: Neue Perspektiven für die Parodontalbehandlung. Quintessenzverlag

² PI: Plaque-Index nach SILNESS und LOE (1964):

Beurteilung der Dicke der Plaque entlang dem Gingivalrand

SBI: Sulkus-Blutungsindex nach MÜHLEMANN und SON (1971):

Beurteilung der Blutung aus dem Sulkus bei Sondierung, aber auch Rötung, Schwellung und Ödem.

PBI: Papillen-Blutungsindex nach SAXER und MÜHLEMANN (1975):

Beurteilung der Blutung bei stumpfer Sondierung der Papille

³ DEUTSCH, E., SCHRÖDER, M.:

Zuverlässigkeit und Grenzen der Delegation zahnärztlicher Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung parodontal erkrankter Patienten. Göttingen 1989

Im Rahmen der Vorbehandlung ist die professionelle Mundhygiene die Grundlage für die gesamte Therapie. Diese in mindestens zwei Sitzungen durchgeführte Instruktion - und Motivationsphase mit professioneller Reinigung aller Zahnflächen schafft die wichtigste Säule der erfolgreichen PAR - Behandlung: die absolute Reinigung der Zähne durch den Patienten. Dabei besteht die Möglichkeit, entsprechend fortgebildete Fachkräfte einzusetzen.

Gleichzeitig ist es in dieser Zeit möglich, die Compliance des Patienten abzuklären und entsprechend zu selektieren. Selbstverständlich ist simultan die Entfernung lokaler Reizfaktoren (überstehende Füllungs- und Kronenränder usw.) notwendig.

Nach Abheilung der marginalen Entzündungen muß ein exakter PAR - Status erstellt werden. Die Dokumentationspflicht gilt im übrigen für alle Behandlungsschritte. Die exakte Exploration des parodontalen Destruktionsgrades zirkulär um den Zahn unterstützt von orthoradialen Einzelzahnaufnahmen gibt einen Anhaltspunkt für den Schädigungsgrad.

Die folgende konservative PAR - Therapie (Curettage, Root - Planning, Deep Scaling) reinigt professionell die infizierten Wurzeloberflächen. Bleibt nur ein geringer Bereich der Wurzel unerreicht (in der Regel bei jedem vertikalen Knochendefekt), kann eine Ausheilung nicht gewährleistet werden.

Es implementiert automatisch einen nachfolgenden chirurgischen Eingriff.

Die chirurgische PAR - Therapie beinhaltet mehrere Schritte:

- Flap Operationen: Darstellung des tatsächlichen Defektes und Entfernung verborgener Konkrement-ablagerungen
- Osteoplastiken: Remodelative Maßnahmen (Shaping)
- Regenerative Chirurgie: GTR, Defektauffüllung mit Knochenersatzmaterialien
- Mukogingivale Chirurgie

In der Regel kommen mehrere chirurgische Maßnahmen zum Tragen.

Die Einbindung des Patienten in ein individuelles Recallsystem (professionelle Mundhygiene, Reinstruktion, Remotivation) dient zur Absicherung des langfristigen Behandlungserfolges und ist *conditio sine qua non*.

Die systematische PAR - Behandlung steckt einen umfangreichen therapeutischen Rahmen, der die untragbaren Schwächen der derzeitigen gesetzlichen Regelung für die Therapie von Zahnbetterkrankungen inklusive der Gebührensituation vor Augen führt. Eine Novellierung auf fundierten wissenschaftlichen Grundlagen unter Berücksichtigung der Praxisrelevanz ist längst abgängig.

3. Theoretischer Hintergrund der Guided Tissue Regeneration (GTR)

Die Zielvorstellung der Therapie der Parodontitis marginalis ist eine vollständige Wiederherstellung biologischer

Gewebestrukturen in funktioneller und morphologischer Hinsicht (restitutio ad integrum).

Eine Regeneration des bindegewebigen und knöchernen Zahnhalteapparates ist jedoch, in Abhängigkeit von dem parodontalen Schädigungsgrad, mit bisherigen Behandlungsmethoden in nur sehr geringem Maße zu erzielen. In der Regel kommt es postoperativ zur Ausbildung eines langen Saumepithels (CATON et NYMAN, 1980¹) oder einer Anlagerung von Bindegewebe gingivalen oder alveolären Ursprungs mit der Gefahr von Wurzelresorption und/oder Ankylosierung (NYMAN et al. 1980², KARRING et al. 1980³).

Zurückgehend auf die Hypothese von MELCHER⁴ (1976: er untersuchte das Regenerationspotential des parodontalen Gewebes) besteht das biologische Prinzip der Regenerationsbehandlung in der postoperativ zeitlich begrenzten Verhinderung einer Epitheltiefenprolie-

feration und Anlagerung von Bindegewebe an der gereinigten Wurzeloberfläche⁵.

Dazu führten NYMAN und Mitarbeiter tierexperimentelle Vorversuche an Affen durch⁶. Die histologischen Schnitte konnten belegen, daß die Zementoblasten, die für die Regeneration parodontalen Gewebes verantwortlich sind, bei Anwendung der Guided Tissue Regeneration auf der curettierte Wurzeloberfläche proliferierten. Es zeigte sich, daß es sogar unerheblich ist, auf welcher Matrix sich diese Zellen befinden, da die Besiedelung der Innenseite der Membran nachgewiesen werden konnte.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde die Methode unter Verwendung einer gestreckten Polytetrafluorethylen (PTFE/TEFLON) Membran am Menschen getestet. GOTTLow, NYMAN, LINDHE et al.⁷ bestätigten ihre tierexperimentellen Ergebnisse.

¹ CATON, J. and NYMAN, S.:

Histometric evaluation of periodontal surgery. I. The modified Widman flap procedure. J. Clin. Periodontology 1980;7,212-223

² NYMAN, S., KARRING, T., LINDHE, J. and PLANTEN, S.:

Healing following implantation of periodontitis affected roots into gingival connective tissue.

³ KARRING, T., NYMAN, S. and LINDHE, J.:

Healing following periodontitis affected roots into bone tissue. J. Clin. Periodontology 1980;7,69-105

⁴ MELCHER, A.H.: *On the repair potential of periodontal tissue.* J. Periodontol. 1976;47,256

⁵ *Statement zur gesteuerten Regenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration/GTR-Verfahren). Rundschreiben der deutschen Gesellschaft für Parodontologie. Der Präsident; Dezember 1989*

⁶ NYMAN, S., GOTTLow, J., KARRING, T., LINDHE, J.:

The regenerative Potential of the periodontal ligament. An experimental study in monkey. Clin. Periodontology 1982;9,257-265

⁷ GOTTLow, J., NYMAN, S., LINDHE, J., KARRING, T., WENNSTRÖM, J.:

New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. J. Clin. Periodontology 1986;13,604-616

4. Praktische Durchführung der GTR

4.1. Indikationsbereich

Als wichtigster Punkt in der Therapieplanung gilt die korrekte Fallauswahl. Sie orientiert sich zum einen an der exakten Diagnostik und zum anderen an der Einhaltung des Indikationsbereiches. Der Indikationsbereich ist folgendermaßen definiert:





GORE-TEX® PERIODONTAL MATERIAL	
Manschette	Indikation
Single Tooth Narrow 	an Frontzähnen und Prämolaren bei wenig ausgedehnten vertikalen Knochendefekten
Single Tooth Wide 	an Molaren mit ausgedehnten vertikalen Knochendefekten oder Furkationsbefall
Wraparound 	bei mesialen oder distalen Knochendefekten. Diese Form kann auch bei Furkationsdefekten benutzt werden, die sich in den mesialen oder distalen Approximalkraum ausdehnen.
Interproximal 	zweiwandige proximale Knochendefekte

Abb. 3: GORE-TEX Parodontalmanschetten und Indikationsbereich

1. Zweiwandige Knochendefekte
2. Dreiwandige Knochendefekte
3. Furkationsbefall Grad 1
4. Furkationsbefall Grad 2.

In unseren eigenen Fällen zeigte sich immer wieder, daß es äußerst schwierig ist, aufgrund der zur Verfügung stehen-

den diagnostischen Möglichkeiten (Sondierung, Röntgenbild) eine zutreffende Aussagen über die Defektopographie geben zu können. Allgemein gilt, daß das Röntgenbild und auch der Sondierungsbefund die tatsächlichen Verhältnisse deutlich beschönigen.

4.2. Chirurgisches Vorgehen.

Die Operationstechnik ist aufwendig und setzt eine überdurchschnittliche operative Erfahrung in der Parodontalchirurgie voraus!

Die Kautelen eines oralchirurgischen Eingriffes sind selbstverständlich einzuhalten.

Der Defekt wird durch einen entsprechend weit ausgedehnten Muko - Periostlappen (Full - Flap) eröffnet (Abb. 4). Die Entfernung des Granulationsgewebes ist elementar (Abb. 5), um die Ausdehnung des Knochendefektes explorieren (Prognose!) und die Membran gut positionieren zu können.

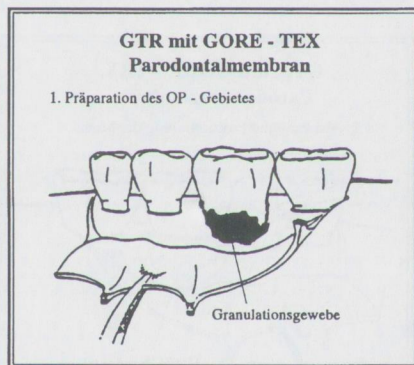


Abb. 4

¹ Statement zur gesteuerten Regenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration/GTR-Verfahren). Rundschreiben der deutschen Gesellschaft für Parodontologie. Der Präsident; Dezember 1989

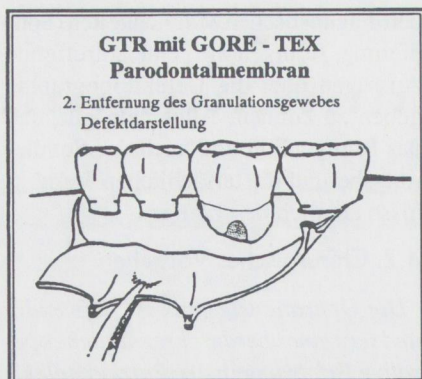


Abb. 5

Eine dem Defekt entsprechende Membran wird ausgewählt, zugetrimmt (keine scharfen Kanten) und über den Defekt positioniert (Abb.6). Mit einer speziellen Naht (ebenfalls aus PTFE, monofil) wird sie so um den Zahn gespannt, daß die offene Kragenstruktur dicht mit dem Zahn abschließt (Abb. 7,8,9,10). Diese soll die epitheliale Tiefenproliferation entlang der Wurzel-

berfläche verhindern. Mit dem Lappen wird die Membran völlig abgedeckt und mit Knopfnähten fixiert (Abb. 11).



Abb. 7

Abb. 4-7: Das Procedere bei der Implantation einer GORE-TEX (single tooth wide) Parodontalmembran zur „Guided Tissue Regeneration“ an einem Furkationsdefekt eines unteren Molaren

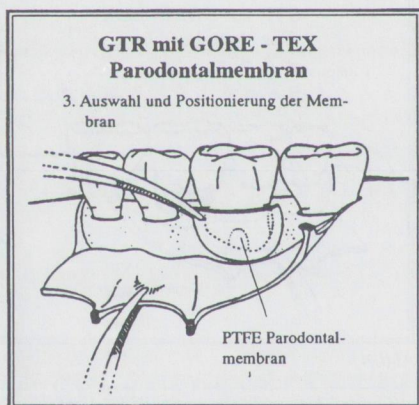


Abb. 6

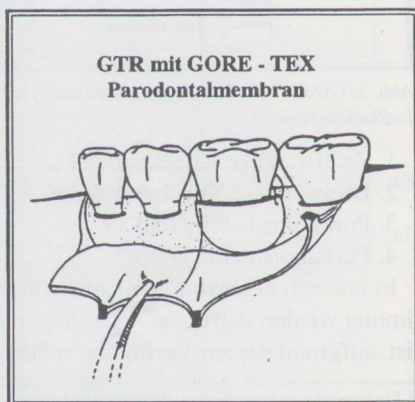


Abb. 8

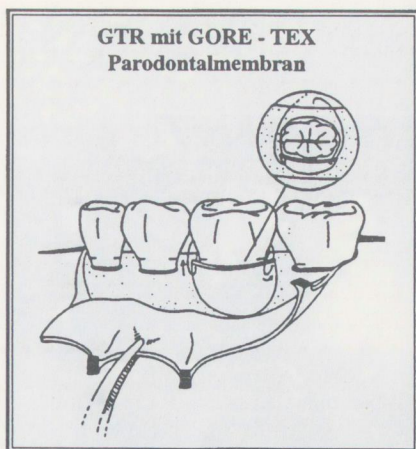


Abb. 9

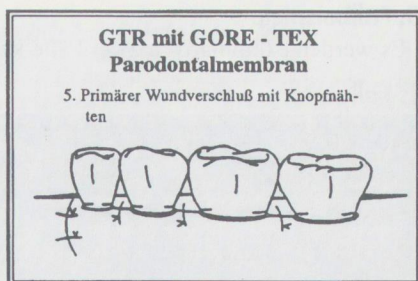


Abb. 11

Ein Parodontalverband ist fakultativ. Postoperative Kontrollen und professionelle Mundhygiene mit Spülungen mit 0,2% Chlorhexidinlösung sind conditio sine qua non.

Nach ca. vier bis sechs Wochen wird die Membran wieder entfernt. Um das sehr junge und empfindliche Granulationsgewebe unter der Membran nicht zu traumatisieren, sollte ein kleiner Lappen gebildet und die Membran vorsichtig gelöst werden.

In den folgenden Monaten muß die Mundhygiene weiter kontrolliert werden. Der sich neu bildende Zahnhalteapparat ist selbstverständlich für entzündliche Prozesse (schlechte Mundhygiene) anfällig. Eventuell muß professionell gereinigt, reinstruiert und remotiviert werden. Eine Kontrollsondierung sollte erst nach dieser Zeit (ca 6 Monate) erfolgen.

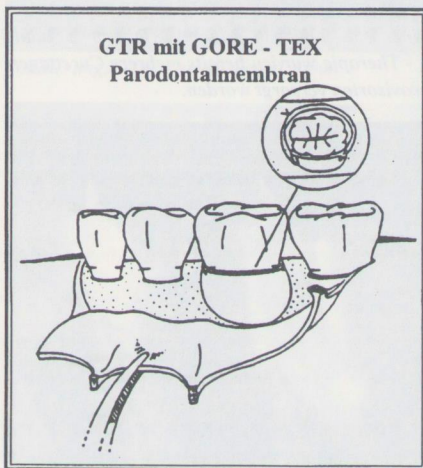
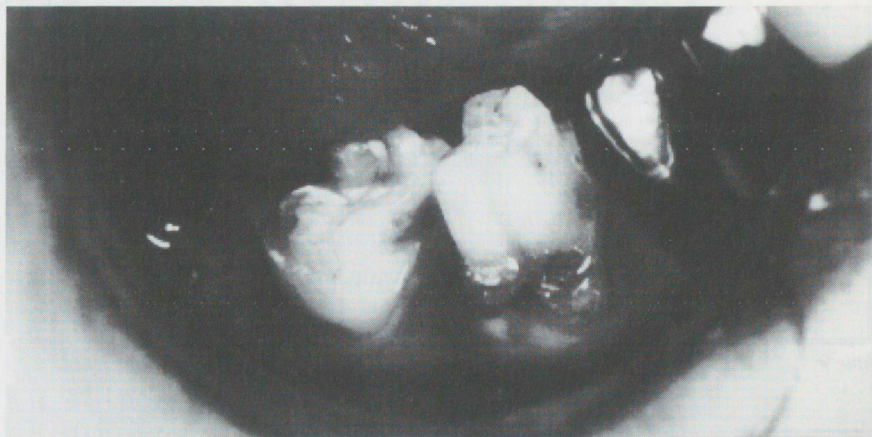


Abb. 10

5. Fallbeispiele

Es werden exemplarisch zwei Fälle kommentiert.

1. Fall



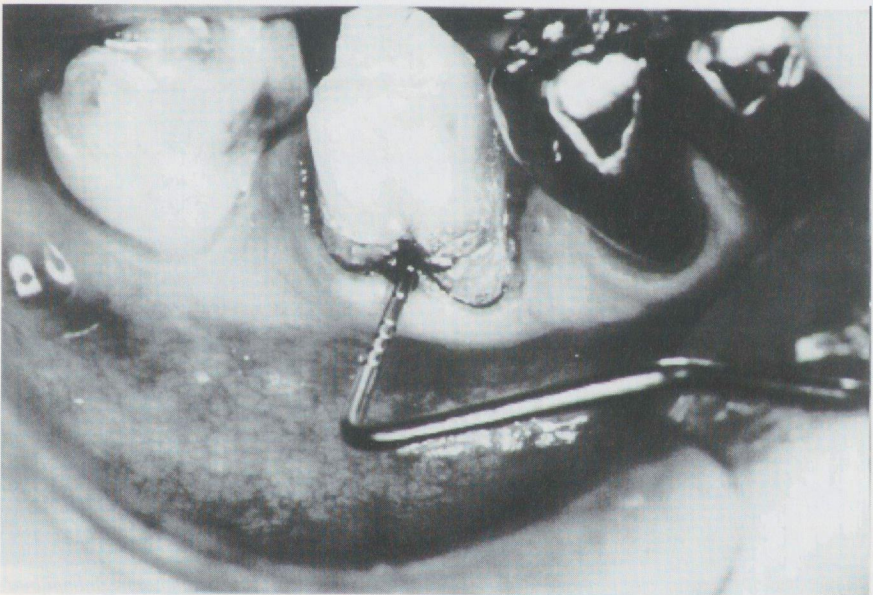
Klinische Situation im Unterkiefer rechts (46,47) einer 45 - jährigen Patientin (Diagnose: adult periodontitis). Im Rahmen einer systematischen PAR - Therapie wurden bereits mehrere Curettagen durchgeführt. Die beiden Molaren sind mit Langzeitprovisorien versorgt worden.



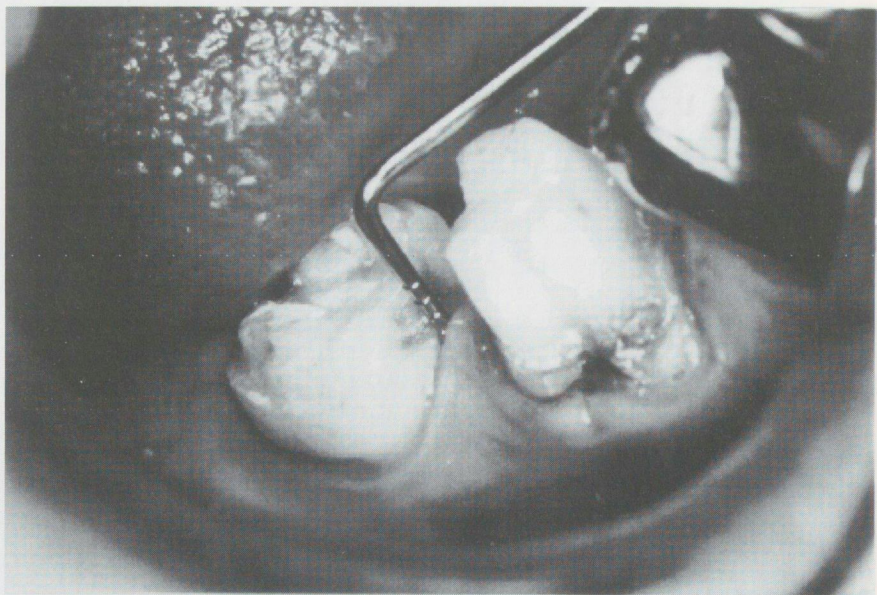
Der Röntgenbefund an 45-47 vor der Entfernung der alten Teilkronen. Es ist der anguläre Knochendefekt an 46 mesial und die Furkationsbeteiligung zu erkennen. Die mesiale Wurzel an 46 weist deutlich Spuren der Curettagen auf.



Sondierungsbefund an 46 mesial: 6mm.



Sondierungsbefund an 46 bukkal: Furkation Grad 1 (bis 3 mm).



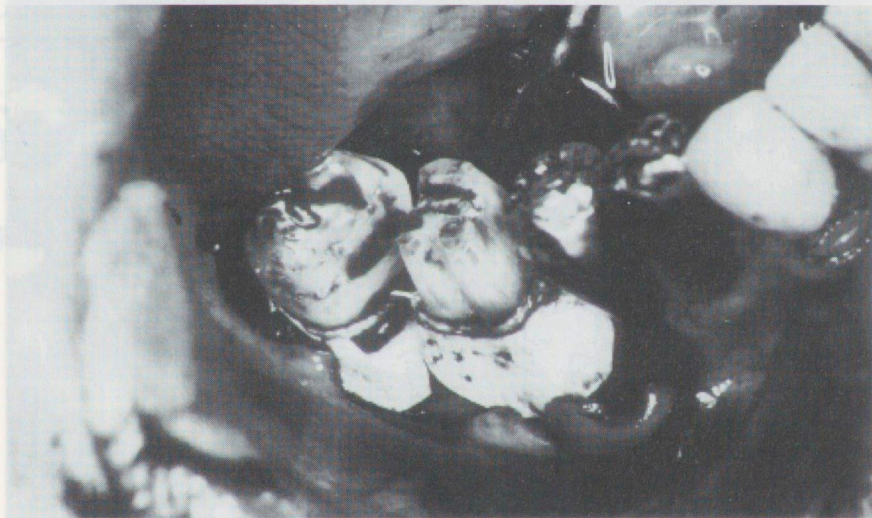
Sondierungsbefund an 47 mesial: 7mm (Vergleich Röntgenbefund! Dort ist kein deutlicher Defekt zu erkennen.)



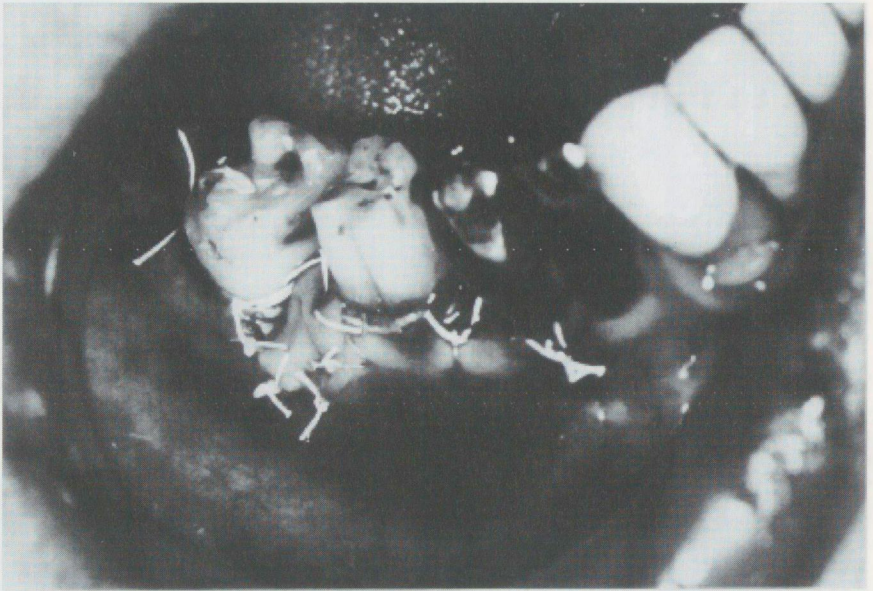
Von uns modifizierte Schnittführung (zur besseren Abdeckung des Approximalraumes nach Implantation).



Defekteröffnung. Der Defekt an 47 mesial erstreckt sich in den lingualen Raum. Es handelt sich um einen dreiwandigen Defekt. An 46 mesial liegt eine Kombination aus ein- und zweiwandigen Defekt vor.



Zwei Membranen (wraparound) jeweils mesial-approximal in situ. An 46 wird gleichzeitig die Furkation bedeckt.



Situation nach Lappenreposition und Naht.



Die Membran wurde vier Wochen in situ belassen. Die Aufnahme zeigt die Situation eine Woche nach Entfernung der Membranen. Deutlich bedeckt Granulationsgewebe die Furkation.



Situation drei Wochen nach Entfernung der Membranen. Das Gewebe ist bereits epithelialisiert.

Unerlässlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel

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

Für Praxis und Patient!

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

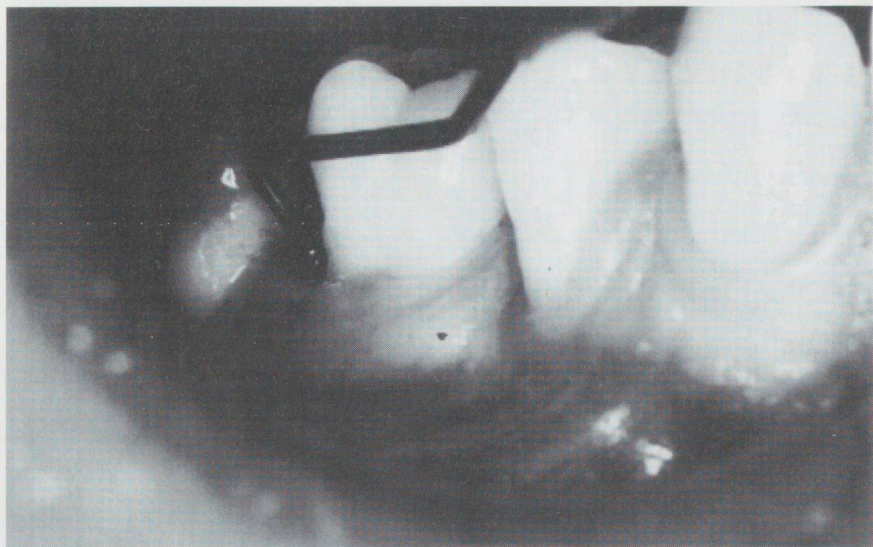
Vergrößernd, mit blendungsfreier, präzis fokussierter Lichtquelle, verstellbare Linse, technisch perfekt und robust, daher absolute Betriebssicherheit, funktionell einwandfreie und einfache Handhabung.



PROFIMED GmbH

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

2. Fall



Klinische Situation eines 42-jährigen Patienten (Diagnose: adult periodontitis). An 26 wird distal-approximal eine 9 mm Tasche sondiert.



Der Röntgenbefund zeigt distal 25 und 26 einen vertikalen Knocheneinbruch. Die Furkation an 26 ist röntgenologisch unauffällig (schwer zu beurteilen) und war klinisch (Sondierung von mesio-palatinal) nicht befallen.



Modifizierte Schnittführung zur besseren Deckung des Approximalraumes nach Implantation.



Nach Defekteröffnung stellte sich heraus, daß ein Furkationsbefall Grad 3 von mesio-palatal nach disto-approximal vorlag.



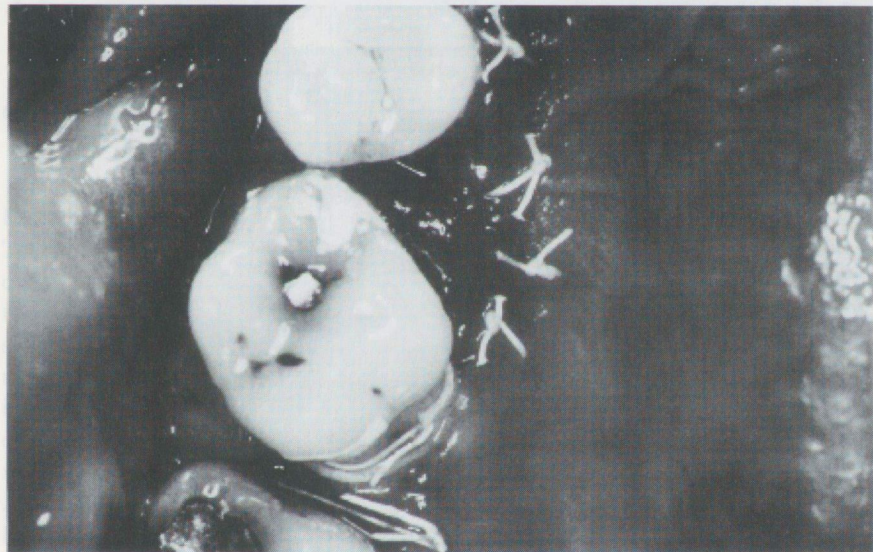
Zur Abdeckung der Furkation wurden zwei Membranen (distal: single tooth wide, mesial: wraparound) implantiert.



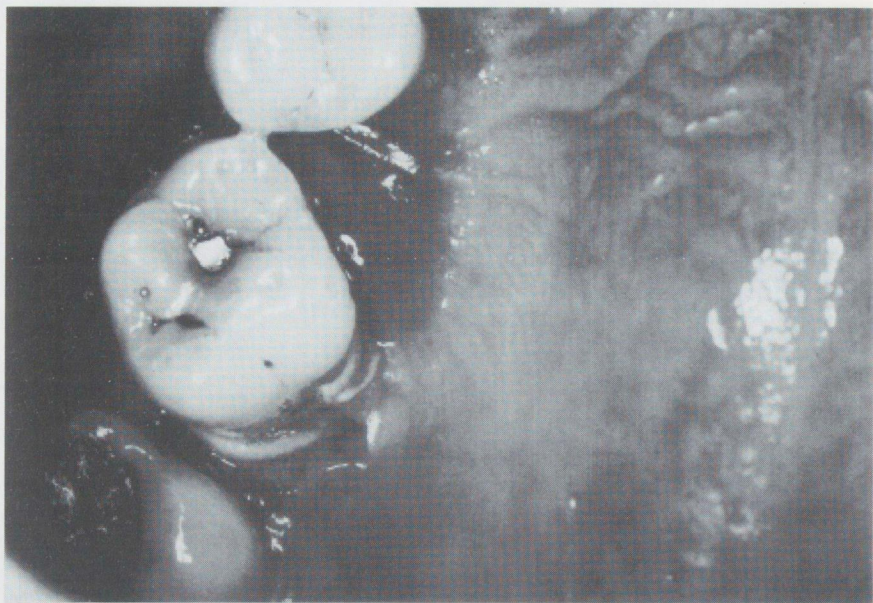
Der Lappen ist reponiert und vernäht.



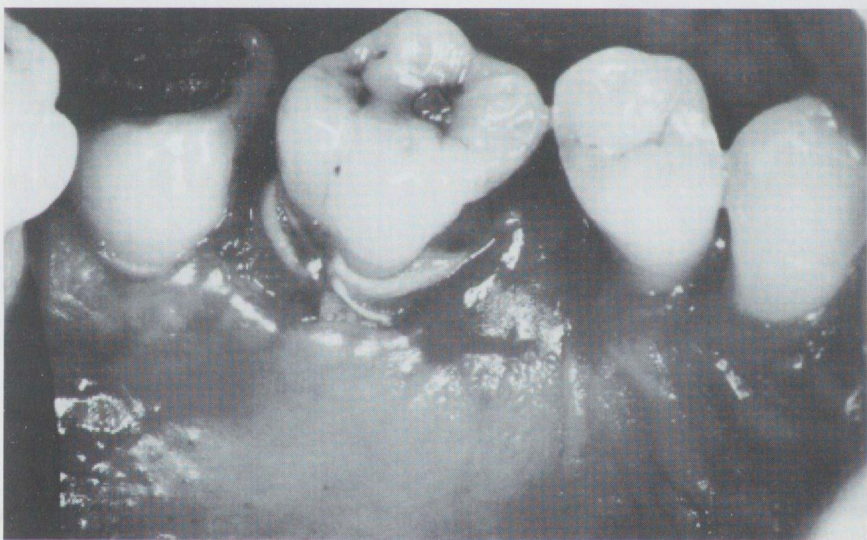
Es ist zu erkennen, daß durch die modifizierte Lappentechnik ein optimaler Wundverschluß zu erreichen ist. Im Vergleich dazu ist bei konventioneller Schnittführung (in diesem Fall disto-approximal) keine primäre Deckung möglich (freiliegende Membran).



Situation eine Woche nach Implantation. Die distale Membran liegt durch den unzureichenden primären Wundverschluß frei.



Zustand zwei Wochen nach Implantation. Unter der Membran schimmert rosa das Granulationsgewebe durch. Die ist ein Anhaltspunkt für eine störungsfreie Einheilung der Membran.



Situation fünf Wochen nach Implantation.



Situation nach Entfernung der Membran (Entfernung Anfang 6. Woche). Junges Granulationsgewebe „überwuchert“ den Defekt

6. Zusammenfassung

Es sollte ein Überblick über eine neue Methode in der regenerativen PAR - Therapie gegeben werden. Diese unter dem Begriff "Guided Tissue Regeneration" bezeichnete Technik ist wissenschaftlich fundiert und ihr Erfolg in klinischen Studien verifiziert worden. Sie ist auch in unseren Augen problemlos in die parodontologisch ausgerichtete Praxis zu integrieren. Auch wenn sie hohe Anforderungen an das chirurgische Können stellt, ist sie für einen in der Parodontalchirurgie versierten Kollegen in der täglichen Praxis zu realisieren.

Sicherlich erweitert sie die Möglichkeiten der regenerativen Therapiemöglichkeiten.

Inwieweit sich die wissenschaftlichen Ergebnisse in der Praxis nachvollziehen lassen, muß abgewartet werden. Es sind entsprechende Follow - Up Studien geplant.

Allerdings muß in aller Deutlichkeit gesagt werden, daß diese Leistungen nicht im Rahmen der gesetzlichen Gebührenordnung zu erbringen sind.

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Frank Beck
 Albertsraße 11
 8400 Regensburg

Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

*Für 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!

Pettenkoflerstraße 4 · 8000 München 2
Telefon 089/551800-0

Strahlenbelastung in der Zahnarztpraxis

S.M. Hillenbrand

In der gesamten medizinischen wie auch speziell in der zahnärztlichen Diagnostik sind Röntgengeräte mittlerweile unverzichtbar geworden. Zur Gesamtbelastung der Bevölkerung trägt die medizinische Anwendung ca. 40 Prozent zusätzlich zum natürlichen Strahlenhintergrund bei. Der Zahnarzt und sein Personal werden darüberhinaus in der Praxis täglich mit minimalen Streustrahlendosen, die sich im Körper auf Dauer summieren, belastet. Diese Exposition kann mit einem hochempfindlichen Handgeigerzähler vor Ort festgestellt werden. Durch die Austestung von verschiedenen Personalstandorten am Auslöser ist eine Verringerung der Strahlenbelastung möglich.

Die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf biologisches Gewebe ist prinzipiell destruktiv (Basis der Röntgentherapie). Dennoch wurden anfänglich enthusiastische Erwartungen in die Heilwirkung von Strahlen gesetzt, die sich nach den verheerenden Folgen der Atombombenabwürfe im Zweiten Weltkrieg in tiefgreifende Skepsis gegen alles, was mit den Begriffen Atom und Strahlung ver-

bunden ist, verwandelten. In Westdeutschland wird (nach einem Bericht der Bundesregierung zur „Umweltradioaktivität und Strahlenbelastung“) mit einer genetisch signifikanten Strahlendosis pro Jahr in einer Gesamthöhe von 120 bis 240 mrem gerechnet. Diese addiert sich aus natürlichen Quellen (Summation von Höhenstrahlung, terrestrischer Strahlung im Freien und in Gebäuden und Strahlung inkorporierter Radionuklide) sowie Strahlenquellen innerhalb zivilisatorischer Einrichtungen. Störfälle in Kernkraftwerken, wie der von Harrisburg, USA, im März 1979 und der von Tschernobyl, UdSSR, im April 1986 können die Umweltradioaktivität erheblich steigern. Die Katastrophe in der Sowjetunion hat beispielsweise die Strahlenbelastung der Bevölkerung in der Bundesrepublik 1986 um ca. 50 Prozent erhöht.

In seiner in Jahrmillionen ablaufenden Entwicklung ist der menschliche Organismus ständig mit einem gleichbleibenden Pegel energiereicher Strahlung in „Berührung“ gekommen, die im Wesentlichen aus radioaktiven Zerfällen und kosmischer Strahlung bestand.

Dieser Belastung hat er sich biologisch und genetisch angepaßt. Der sprunghafte Anstieg von Expositionswerten in unserem Jahrhundert warmöglicherweise viel zu kurzfristig, um somatische Adaptionsvorgänge hervorrufen zu können. Da die energiereichen Strahlen jedoch auf vielfältige Weise in den Molekülaufbau der Zellen eingreifen, wichtige Zellfunktionen schädigen oder außer Kraft setzen können, ist jetzt eine externe Sicherheitsmaßnahme in Form des Strahlenschutzes unbedingt notwendig.

Aus der beobachteten Krebshäufigkeit bei hohen Strahlendosen wird linear auf die pathologische Wirkung geringerer Dosen extrapoliert. Daraus entwickelten sich Strahlenschutzbestimmungen für die Bevölkerung und die beruflich strahlenexponierten Personen. Jahrzehntelange Beobachtungen und Erfahrungen haben gezeigt, daß die Strahlenempfindlichkeit des menschlichen Organismus sehr variabel ist. Alter und Geschlecht, Art des betroffenen Gewebes und Dauer der Strahleneinwirkung spielen dabei offenbar eine wesentliche Rolle. So sind z.B. Jugendliche weitaus mehr gefährdet als Erwachsene.

Die Röntgenstrahlung hat langfristige und kurzfristige Effekte, Symptome, die nach einer starken Bestrahlung innerhalb weniger Stunden auftreten können, wie Hautrötung oder Übelkeit, klingen nach einigen Tagen wieder ab. Über Jahre hindurch erfolgte Bestrahlung mit kleinen Dosen kann andererseits zu

unheilbaren chronischen Schäden (z.B. Hautgeschwüren) führen. Weiter erhöht jede applizierte Strahlendosis das Risiko für die Schädigung von Keimzellen und die Entstehung von Leukämie oder Tumoren viele Jahre nach dem Zeitpunkt der Bestrahlung. Für beruflich strahlenexponierte Personen ist national in den Strahlenschutzverordnungen die höchstzulässige Dosis von 50 mSv festgelegt. Für Personen, die sich nur gelegentlich in Kontrollbereichen aufhalten, beträgt die zulässige Jahresdosis 15 mSv. Für den Aufenthalt in den Überwachungsbereichen, in der Umgebung von mehr als 1,5 m um den Strahler von Röntgenapparaten gilt eine Jahreshesgrenzdosis von 5 mSv. Der Strahlenschutz der Beschäftigten muß nach § 12 der Röntgenverordnung (RöV Neu) durch vorbeugende Maßnahmen sichergestellt werden, die eine Strahlenexposition nach Möglichkeit verhindern. Wenn dies nicht möglich ist, muß die Strahlenexposition so niedrig wie möglich gehalten werden.

Eine Quantifizierung des Strahlenrisikos im Dosiswirkungsbereich von einigen mSv ist auf aus Hochrechnungen abgeleitete Hypothesen angewiesen. Somit ist es verständlich, daß auch die wissenschaftliche Diskussion zum Teil sehr kontrovers geführt wird. Ein zuverlässiger Bewertungsmaßstab des Risikos ist durch den Vergleich der zusätzlichen künstlichen Strahlenbelastung mit dem Schwankungsbereich der natürlichen Strahlenexposition gegeben. Al-

lerdings gilt trotzdem der Grundsatz, daß es für die Belastung des einzelnen Menschen keine Schwelle gibt, unterhalb der die Strahlung ungefährlich wäre. Es ist unmöglich, Grenzwerte aufzustellen, mit denen das Krebsrisiko für das Individuum ausgeschlossen werden kann.

Laut persönlicher Auskunft des Gewerbeaufsichtsamtes München, Abteilung für Strahlenschutzmessungen, ist die Strahlenbelastung an den Standorten des Bedienungspersonals in der Nähe der Röntgeneinrichtung im Vergleich zur Umgebungsstrahlung geringfügig erhöht. Es sollte im Rahmen einer Promotionsarbeit festgestellt werden, ob ein handliches Strahlenmeßgerät (Mini-Monitor CX, Fa. Genitron Instruments, Frankfurt) geeignet ist, diese Streustrahlen zu erfassen und zu quantifizieren, die als Gefahrenquelle für das Bedienungspersonal im Kontroll- und Überwachungsbereich auftreten. Die Studien waren angelegt zu testen, ob mit dem Geigerzähler der relativ sicherste Standort bei Bedienung zahnärztlicher Röntengeräte ermittelt werden kann.

Die „Gesamtwirkung“ einer Strahlung auf den menschlichen Körper bezeichnet man als Dosis. Die in der Zeiteinheit einwirkende Strahlung ist die Dosisleistung; diese stellt ein Maß für die momentane Strahlungsintensität dar:

$$\text{Dosisleistung} = \text{Dosis} \times \text{Zeit}^{-1}$$

Die Dosisleistung kann mit Geigerzählern (Zählrohrgeräten) gemessen

werden. Jedes auf den Detektor treffende Alpha- oder Beta-Teilchen löst genau einen Impuls aus. Gamma- und Röntgenstrahlung wird durch die aus der Zählrohrwand freigesetzten Sekundärelektronen nachgewiesen; dabei hängt die Empfindlichkeit stark vom Zählrohrtyp ab. Alle Geigerzähler erfassen primär die

Ionendosis, die in Coulomb \times kg^{-1} ($\text{C} \times \text{kg}^{-1}$) oder Röntgen (R) angegeben wird. Zur Umrechnung der Maßeinheiten gilt:

$$2,58 \times 10^{-4} \text{ C} \times \text{kg}^{-1} = 1 \text{ R, oder}$$

$$2,58 \times 10^{-7} \text{ C} \times \text{kg}^{-1} = 1 \text{ mR}$$

Weitere Definitionen sind erst möglich, wenn die Strahlenqualität (Strahlenart und Energie) und die Natur des absorbierenden Mediums berücksichtigt werden. So kann unter Verwendung von Dosisumrechnungsfaktoren (z.B. nach DIN 6809 oder DIN 6800 Teil 2) auf die bei der Strahlung aufgenommene Energie geschlossen werden:

Energiedosis =

Ionendosis \times Umrechnungsfaktor

Die Maßeinheit der Energiedosis ist Joule \times kg^{-1} ($\text{J} \times \text{kg}^{-1}$) oder Rad (rd), neuerdings als Gray (Gy) angegeben. Die Einheiten stehen folgendermaßen in Beziehung:

$$1 \text{ J} \times \text{kg}^{-1} = 1 \text{ rd} = 10^{-2} \text{ Gy} (= 10 \text{ mGy})$$

Für biologisches Weichteilgewebe liegt der Wert des Umrechnungsfaktors in der Nähe von 1, so daß in diesem Fall (innerhalb der alten Einheiten) eine

näherungsweise Gleichsetzung von Ionendosis (R) und Energiedosis (rd) möglich ist. Auch die Energiedosis ist von der Definition her zunächst eine rein physikalische Angabe.

Eine für den Strahlenschutz wichtige Meßgröße ist die sog. Äquivalentdosis. Durch Multiplikation der Energiedosis mit einem empirisch gewonnenen Bewertungsfaktor q wird berücksichtigt, daß die unterschiedlichen Strahlungsarten verschieden starke biologische Wirksamkeit entwickeln:

$$\text{Äquivalentdosis} = \text{Energiedosis} \times q \quad <4>$$

Die Äquivalentdosis wird in Joule $\times \text{kg}^{-1}$ ($\text{J} \times \text{kg}^{-1}$) oder Rem (rem) und neuerdings in Sievert (Sv) angegeben.

Nachstehende Gleichung zeigt die Umrechnung von rem in Sv:

$$1 \text{ rem} = 10^{-2} \text{ Sv} (= 10 \text{ mSv})$$

Der Bewertungsfaktor q beträgt für Röntgenstrahlung ungefähr 1.

Mit meßtechnischen Experimenten konnte festgestellt werden, in welchem Bereich eine Dosisleistungsmessung für Röntgenstreustrahlung mit der Gerätekombination Mini-Monitor und Digital-Zähler möglich ist. Nach den Vergleichsmessungen zur Energieabhängigkeit der Anzeige, konnte die Kalibrierung für verschiedene Röhrenspannungen vorgenommen werden. Im Rahmen der Aussagekraft dieser mit Unterstützung von Physikern durchgeführten

Pilotstudien konnten auch die Grenzen der Einsetzbarkeit des Mini-Monitors festgestellt werden. Ein Einsatz im Bereich des Nutzstrahlkegels war aufgrund der Auslegung des Gerätes mit der hohen Empfindlichkeit für Gammastrahlung von vornherein auszuschließen. Es können daher keine Messungen zur Bestimmung der Strahlenbelastung des Patienten vorgenommen werden. Auch eine Feststellung der Gerätesicherheit sowie Lecksuchen am Gehäuse der Röntgenapparate sind nicht möglich, da eine völlige Abdichtung des Nutzstrahlkegels nicht gelingt und der Mini-Monitor daher immer noch im Übersteuerungsbereich mißt. Der Detektor kann nur für Streu- und Leckstrahlungsmessungen im Rahmen von Streustrahlungsmessungen im Aufenthaltsbereich von beruflich strahlenexponiertem Personal eingesetzt werden.

Die Meßergebnisse im Überwachungsbereich veranschaulichen, daß dort an verschiedenen Stellen um den Auslöser noch geringe Strahlendosen während der Belichtungszeit auftreten. Bei der Abnahme der Röntgengeräte hatte der Technische Überwachungsverein in diesem Bereich keine Strahlung mehr gemessen. Die Meßempfindlichkeit der TÜV-Prüfgeräte muß demnach weit geringer sein, als die des Mini-Monitors. Mit dem Handgeigerzähler ist es also möglich, auch die Strahlendosis zu quantifizieren, die zusätzlich zur permanent und ubiquitär vorhandenen Hintergrundstrahlung während der

Zahnröntgenaufnahme am Standort des Personals auftritt.

Die Größenordnung der meßbaren Streustrahlung bewegt sich im Bereich von bis zu mehreren hundert nSv (unter normalen Bedingungen z.B. bei geschlossener Türe zum Röntgenraum). Die Streustrahlung, die von einem Status-X-Gerät ausgeht, ist dabei wesentlich geringer, als die des Zahnfilmgeräts. Auch beim Betrieb des Orthopantomographen kann eine minimale Streustrahlung außerhalb des Röntgenraumes festgestellt werden.

Orientierende Messungen bezüglich des günstigsten Personalstandortes bei Röntgenaufnahmen in einer Zahnarztpraxis lieferten sehr aufschlußreiche Ergebnisse. Die Messungen wurden hinter der Bleischutztüre (1,5 mm Pb) eines vorschriftsmäßig ausgestatteten Röntgenraumes, am Standort der Helferin vor dem Auslöseknopf durchgeführt. Dabei zeigte sich, daß das Türblatt (Klinkenbereich) nicht mit Blei unterlegt und damit erheblich strahlendurchlässiger war. Die Helferin, die mit ihrem Gonadenbereich genau dort stand, wurde angewiesen, einen getesteten, strahlensichereren Standort zu wählen.

Die hohe Zählrohrempfindlichkeit und die günstige Richtungsabhängigkeit der Anzeige kommen im Überwachungsbe- reich voll zur Geltung. Das Bayrische Landesinstitut für Arbeitsschutz, Abteilung Strahlenschutz, teilte dem Gerätehersteller schriftlich mit, daß der Mini-

Monitor zur Lecksuche bei der Überprüfung des baulichen und gerätetechnischen Strahlenschutzes „wertvolle Dienste leiste“.

Die Quantifizierung der an einem Standort auftretenden Streustrahlung steht bei den Messungen in der Praxis nicht im Vordergrund. Ob die Helferin einige nSv mehr oder weniger „abekommt“, ist weniger entscheidend, wie die Ausmessung, an welchem anderen Standort in der Praxis sie weniger exponiert ist.

Jedes Meßgerät ist in der Lage, die menschliche Wahrnehmungsfähigkeit zu bereichern. Die gewonnenen Meßergebnisse zu bewerten und in wirksame Handlungen für den Strahlenschutz umzusetzen, bleibt dem Strahlenschutzverantwortlichen überlassen.

Weitere Auskünfte und Strahlenmessung in der Praxis auf schriftliche Anfrage

*Anschrift des Verfassers:
Dr. S. M. Hillenbrand
Steinbergstr. 25
8034 Germering*

Röntgen Minimierung der Strahlenbelastung und Sicherung der Bildqualität

Dr. Diewald

Für viele zahnärztliche Röntgenanlagen gilt auch heute noch, daß durch die Optimierung der technischen Hilfsmittel und des Ausbildungsniveaus des Röntgenpersonals die Strahlenbelastung für den Patienten reduziert werden kann, bei gleichzeitiger Verbesserung der Bildqualität.

In der zahnärztlichen Praxis ist der Praxisinhaber Betreiber einer Röntgeneinrichtung und damit Strahlenschutzverantwortlicher im Sinne § 13 RöV. Er hat dafür Sorge zu tragen, daß eine ganze Reihe von Strahlenschutzvorschriften eingehalten werden.

Eine entscheidende Stelle nimmt hierbei das „Minimierungsgebot“ nach § 15, Abs. 1, Nr. 2 RöV ein:

§ 15: „Der Strahlenschutzverantwortliche hat ... dafür Sorge zu tragen, daß ... jede Strahlenexposition von Menschen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles ... so gering wie möglich gehalten wird ...“

Dieses Minimierungsgebot ist Ausdruck des gesamten Atomrecht beherrschende Vorsorgeprinzips.

Das bedeutet, daß ein Gefahrenverdacht oder schon das „Besorgnispoten-

tial“ von Schadensmöglichkeiten ausreicht, die heute noch nicht zu beweisen oder auszuschließen sind.

Die Reduzierung der Strahlenexposition soll unter Berücksichtigung aller (z.B. ökonomischer und sozialer) Faktoren erfolgen.

Mit welchen Mitteln läßt sich in der Zahnarztpraxis die Strahlenbelastung z.B. pro Zahnfilmaufnahme für die Patienten reduzieren – unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Belange des Zahnarztes?

1. Verbesserte Aufhärtung und Homogenisierung der Röntgenstrahlung

Die Röntgenstrahlung ist nicht homogen. Vielmehr sind Strahlenqualitäten mit verschiedener Energie bis zu einem von der Beschleunigungsspannung abhängigen Maximum vorhanden.

Die energiearmen, „weichen“ Anteile bleiben jedoch schon in der Haut des Patienten stecken und tragen nichts zur Bildentstehung bei.

Bei Dentalgeräten bis zu 70 kV ist ein Aluminiumfilter von min. 1,5 mm Stärke vorgeschrieben.

Ohne nennenswerte Beeinträchtigung der Bildqualität kann seine Stärke auf 2

oder 2,5 mm erhöht werden. Die Reduzierung der Hautoberflächendosis beträgt bis zu etwa 30 %.

2. Einengung des Strahlenfeldes

Für Dentalgeräte ist an der Tubusspitze eine bestrahlte Fläche von max. 6 cm Durchmesser zugelassen. Das bedeutet, daß rund 19 qcm „Patientenoberfläche“ bestrahlt werden. Der üblicherweise verwendete Zahnfilm ist jedoch nur 3 x 4 cm, also 12 qcm, groß. Durch die Verwendung von mit Blei ausgekleideten Langtuben in Kombination mit Filmhaltern (Paralleltechnik) wird die Dosis um etwa 30 % reduziert.

Gleichzeitig verbessert sich die Bildschärfe durch die auftretende Verringerung von Streustrahlen.

Ein weiterer, nicht hoch genug einzuschätzender Vorteil der Paralleltechnik, ist die wesentliche Erleichterung der Einstellung. Die Forderung „jeder Schuß ein Treffer“ wird nach kurzer Einarbeitungszeit von nahezu 100 % erfüllt. Dosissteigernde Wiederholungsaufnahmen fallen kaum mehr an. Die diagnostische Ausbeute der Aufnahmen ist gleichmäßig auf hohem Niveau gewährleistet.

3. Verkürzung der Belichtungszeit

Der Dosisbedarf hängt direkt mit der Empfindlichkeit des Filmes zusammen. Der Umstieg von einem Film der Empfindlichkeitsklasse D (Kodak Ultraspeed, Agfa Dantus M2) auf einen Film der Klasse E (Kodak Ektaspeed) ermöglicht die Verkürzung der Belichtungs-

zeit auf die Hälfte.

Der Agfa-Film Dentus M4 kommt gar mit einem Drittel der Dosis eines D-Speed-Films aus.

Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß die Korngröße mit der Empfindlichkeit zunimmt und damit die Detailerkennbarkeit sinkt. Für viele Fragestellungen ist jedoch der derzeit höchstempfindliche M4-Film durchaus verwendbar.

4. Optimierung der Filmausarbeitung

Was nützen hochempfindliche Filme und durchdachte Filmhalten, wenn Fehler beim Entwickeln Wiederholungsaufnahmen notwendig machen!

Moderne Entwicklungsautomaten garantieren bei entsprechend hohem Ausbildungsstand des Röntgenpersonals optimale Ergebnisse.

5. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Röntgenverordnung

§ 16 RöV führt eine ganze Reihe von Maßnahmen ein, die der Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen dienen sollen. Mit der Abnahmeprüfung nach § 16, Abs. 1, werden für den zukünftigen Betrieb der Röntgeneinrichtung Bezugspunkte geschaffen. Durch den Vergleich dieser Bezugspunkte mit späteren Prüfungen (Konstanzprüfung) kann beurteilt werden, ob die Röntgeneinrichtung technisch noch in der Lage ist, diagnostisch aussagekräftige Röntgenaufnahmen zu liefern. Darüberhinaus soll die Abnahmeprüfung sicherstellen, daß der

technische Zustand der Einrichtung eine hinreichend gute Bildqualität bei möglichst geringer Strahlenexposition erwarten läßt.

Nach erfolgter Abnahmeprüfung (bis spätestens Ende 1990 durchzuführen!) hat der Strahlenschutzverantwortliche die Konstanzprüfung in Form einer Selbstkontrolle durchzuführen.

Das Verfahren beruht auf der Vorstellung, daß eine Röntgenaufnahme, unveränderte Aufnahme- und Entwicklungsbedingungen vorausgesetzt, von einem Prüfkörper stets gleiche Bilder liefert. Bei dieser Überwachungs- messung wird ein Prüfkörper verwendet, der die Röntgenstrahlen in ähnlicher Stärke schwächt, wie der menschliche Körper. Ergibt der Vergleich der bei der Abnahmeprüfung ermittelten Daten mit den bei der Konstanzprüfung festgestellten Meßwerten unzulässige Abweichungen, so hat der Strahlenschutzverantwortliche (Praxisinhaber!) unverzüglich die Ursache zu ermitteln und die notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Bildqualität zu ergreifen. Nach der „Richtlinie zur Durchführung von Prüfungen zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik nach § 16 der RöV“, ist die Konstanzprüfung für Filmverarbeitungssysteme wöchentlich, für Röntgeneinrichtungen monatlich vorzunehmen. Die Durchführung der Konstanzprüfung ist einfach. Jede Woche wird eine Zehnfilm- aufnahme entsprechend der Abnahmeprüfung (gleicher Prüfkörper, gleiche Filmsorte, gleiche Belichtungszeit etc.) angefertigt (pro Entwicklungsge-

rät). Die Dichte des Testfilmes darf vom Ausgangszustand max. eine Dichtestufe nach oben oder unten abweichen.

Alle 4 Wochen wird an jedem in der Praxis vorhandenen Röntgengerät das Nutzstrahlenfeld überprüft. Die Abweichung darf max. 2 mm vom Urzustand betragen.

Wenn in der Praxis also 1 Entwicklungsautomat, ein Dentalröntgengerät und ein OPG stehen, sind pro Monat 5 Aufnahmen erforderlich. Ein kleiner Aufwand, wenn man den großen Nutzen bedenkt!

Bei sachgerechter Durchführung der Konstanzprüfung wird eine Steigerung der Bildqualität und eine Verbesserung des Strahlenschutzes erreicht.

Die angeführten Maßnahmen ermöglichen je nach Ausgangszustand eine Strahlenreduktion um bis zu mehr als 50 %!

Eine hohe technische Qualität der Röntgenaufnahmen bei geringst möglicher Strahlenbelastung verbessert die Gesundheitsfürsorge durch Steigerung der Sicherheit in der Diagnostik – das muß unser Ziel sein.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Helmut Diewald
Donaustauerstr. 25
8400 Regensburg*

Wir machen den Weg frei



Volksbanken Raiffeisenbanken

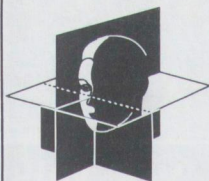
! *DICOR-KRONE*
● 270.- DM + MWST

Carl-Maria-v.-Weber-Straße 2
8400 Regensburg
Telefon 0941/704370
7 17 10

Dicor - Glaskeramik
Frästechnik
Aufwachstechnik
Metall - Keramik

seidel

DENTAL-LABOR GMBH



NAV-Bundesvorstandssitzung am 13. Januar 1990 in Köln

Die Schwerpunkte der Arbeit des NAV im Jahr 1990 standen im Mittelpunkt des Berichts zur Lage des NAV-Bundesvorsitzenden, Dr. Erwin Hirschmann. Vordringlich sei, die Fortsetzung der bisherigen Politik des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) bei der Durchsetzung und Gestaltung des Handlungskonzepts zu unterstützen. Denn man könne durchaus mit Befriedigung feststellen, daß wesentliche Bestandteile des KBV-Handlungskonzepts die Handschrift des NAV erkennen lasse.

Ein weiterer Schwerpunkt beinhalte die Vertiefung der Kontakte mit den Krankenkassen. 1989 seien die Verbindungen zu den Betriebskrankenkassen intensiviert worden. Dies führte zu der gemeinsamen Überlegung, im Rahmen der Experimentierklausel, die der Gesetzgeber durch das GRG ermöglicht habe, richtungsweisende Modelle von Gruppenbildungen von Ärzten unter Einbeziehung von anderen Heilberufen zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang müsse die Forderung des NAV nach Verwirklichung eines Partnerschaftsgesetzes weiter mit Nachdruck betrieben werden. Obwohl der Deutsche Ärztetag 1989 in Berlin mit Mehrheit den vom NAV initiierten Antrag über die Notwendig-

keit eines solchen Gesetzes unterstützte, stünden Bundesärztekammer und KBV einem Partnerschaftsgesetz nach wie vor ablehnend gegenüber.

Durch die Neuwahl des Vorstandes des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) habe sich eine personelle Entwicklung ergeben, so Dr. Hirschmann, die es ermögliche, die Verbindungen des NAV zum ZI enger zu knüpfen. Gerade der NAV habe schon öfter sein Bedauern darüber ausgedrückt, daß sich die KBV zwar mit dem ZI ein hochqualifiziertes Instrument geschaffen habe, das jedoch für die eigentlichen Belange der Kassenärzte nicht optimal eingesetzt wurde.

Dr. Hirschmann betonte weiter, daß in diesem Jahr die NAV-Basisarbeit weiter verstärkt werden soll. So sei vorgesehen, neben den EDV-Seminaren, die sehr großen Anklang gefunden hätten, zusammen mit der Minden Pharma ca. 430 weitere Seminare durchzuführen, von denen sich auch eine größere Zahl mit dem „Unternehmen Arztpraxis“ befaßten. Dabei müßten die Bezirksgruppen intensiv miteinbezogen werden, um die Basisarbeit des Verbandes zu verstärken.

Ebenfalls gelte es, in diesem Jahr die Zusammenarbeit mit dem Deutschen

Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) zu verstärken und die Kooperation, die beide Verbände eingegangen seien, weiterzuentwickeln. Vorrang in der Verbandsarbeit werde auch die Zusammenarbeit mit dem sich in der DDR in Gründung befindlichen Virchow-Bund-Verband der Ärzte und Zahnärzte der DDR -, in dem sich bereits 8.000 Ärzte und Zahnärzte organisierten, haben. Dr. Hirschmann betonte, daß er es begrüße, wenn die vor zwei Jahren unter großen Schwierigkeiten geknüpften Verbindungen mit Kollegen in der DDR jetzt zügig ausgebaut werden könnten. Der NAV-Bundesvorstand sei deshalb erfreut und wisse es zu würdigen, daß zwei Vertreter des Virchow-Bundes, Prof. Dr. Harald Mau und Dr. Günther Borgwardt, gleichzeitig Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR, an der NAV-Bundesvorstandssitzung in Köln teilnahmen, um über die Zusammenarbeit zu diskutieren.

Die Diskussion zwischen den Vertretern des Virchow-Bundes, Prof. Mau und Dr. Borgwardt, und dem NAV-bundesvorstand drehte sich hauptsächlich um die Frage der Möglichkeiten einer engeren Kooperation beider Verbände. Bereits die NAV-Bundeshauptversammlung im November 1989 hatte Kolleginnen und Kollegen in der DDR angeboten, auf Wunsch ihr Know-how bei dem Aufbau neuer Strukturen insbesondere bei der Niederlassung in freier Praxis zu Verfügung zu stellen. Dies wurde vom NAV-Bundesvorstand noch-

mals bekräftigt und von den Vertretern des Virchow-Bundes begrüßt, da die entwickelten neuen Kooperationsformen der ärztlichen Zusammenarbeit in der DDR jetzt zu verwirklichen seien. Die Vertreter des Virchow-Bundes erläuterten ausführlich die Situation in der DDR und die Notwendigkeit, warum sie in der Bundesrepublik nach Unterstützung und Kooperation suchten. Der Kontakt zum NAV sei primär gezielt aus zwei Gründen aufgenommen worden, zum einen, weil die Fachärzte für Allgemeinmedizin in der DDR die größte ärztliche Berufsgruppe sei - jeder vierte Arzt ist dort Facharzt für Allgemeinmedizin -, und zum anderen jetzt die Möglichkeit in der DDR besteht, sich in eigener Praxis niederzulassen. Man wisse, daß zwischen 1.500 und 1.800 Ärzte diesen Gedanken ersthaft in Erwägung zögen. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte hätte sich in den vergangenen 20 Jahren in der DDR auf derzeit 200 bis 400 reduziert. Diesen Finalzustand wieder zu beleben und aufzubauen, sei eine schwere Aufgabe, die primär Know-how erfordere.

Nach einem mehrstündigen Erfahrungsaustausch verabschiedeten die Vertreter des Virchow-Bundes, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR, des DAZ und des NAV ein gemeinsames Kommuniqué mit nachstehendem Wortlaut, das gleichlautend in der Bundesrepublik und in der DDR verbreitet wurde.

Kostenloser Anzeigen-Service für NAV-Mitglieder

Sie sind niedergelassen, noch in der Klinik oder sogar erst im Studium und

- suchen einen Nachfolger für Ihre Praxis;
- suchen einen Partner für eine Gemeinschaftspraxis;
- benötigen einen Vertreter;
- möchten eine Praxis übernehmen;
- benötigen Räume für eine Niederlassung;
- haben Bedarf an gebrauchten Geräten oder wollen diese veräußern;
- und, und, und?

Dann ist für Sie die Praxis-Börse des NAV das richtige Forum!

Über 45.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Assistenzärztinnen und -ärzte sowie Studentinnen und Studenten erhalten regelmäßig die NAV-Zeitung „der niedergelassene arzt“. Hier können Ihre Angebote und Gesuche erscheinen. Nutzen Sie diesen Service des NAV - für Mitglieder *kostenlos!*

Mindestens in drei aufeinanderfolgenden Ausgaben veröffentlichen wir einen Text nach Ihrem Vorschlag. Beispiele finden Sie auf der Rückseite dieses Merkblattes. Darüber hinaus werden Sie ganz aktuell 14 Tage vor dem Erscheinen der neuesten Ausgabe gesondert informiert über:

- Praxisaufgabe/Praxisübergabe
- Praxisgesuche
- Gruppenpraxis/Ärztliche Kooperationen
- Räume
- Geräte
- Vertretungen/Assistenten
- Arzt im Praktikum/Famulatur
- Personal.

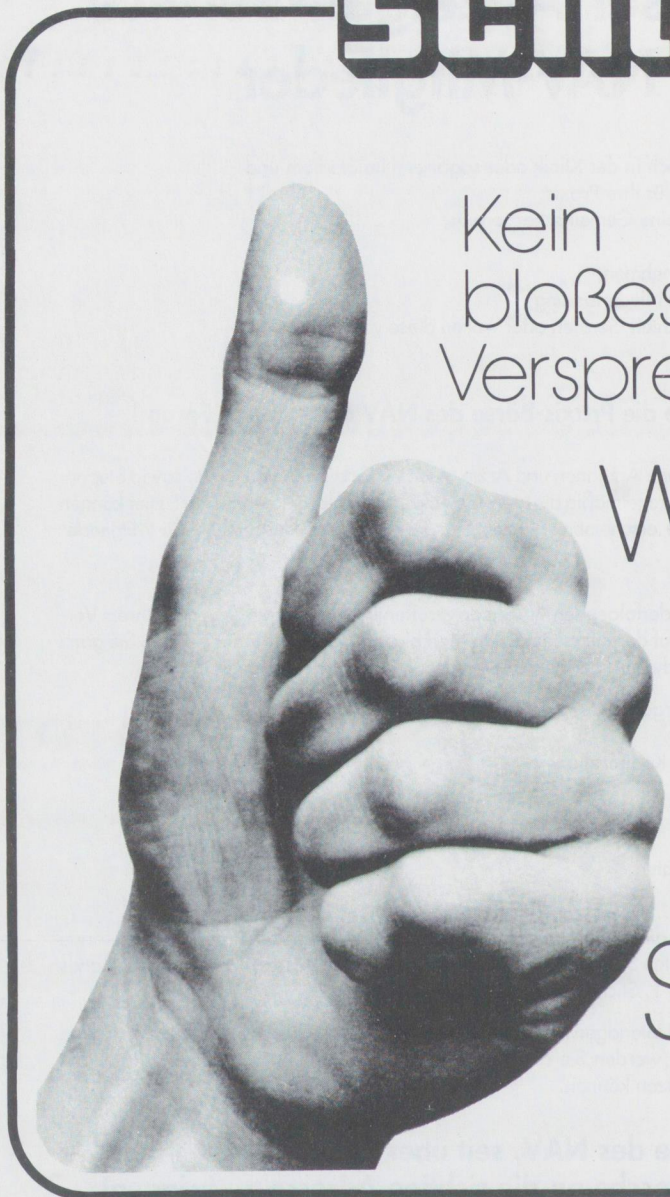
Weitere Informationen über diesen Service von niedergelassenen Ärzten für niedergelassene Ärzte - auch die von morgen - erhalten Sie beim NAV-Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Belfortstr. 9, 5000 Köln 1, Stichwort: Praxis-Börse.

Fordern Sie gleichzeitig die Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft im NAV an. Sollten Sie nicht Mitglied werden können oder wollen, werden Sie auch gerne darüber informiert, zu welchen Kosten Sie dennoch die Praxis-Börse nutzen können.

**Die Praxis-Börse des NAV, seit über einem Jahrzehnt das
Forum, Ihre Wünsche an die richtige Adresse zu bringen!**

Zahntechnik

Scharl-



Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



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

Nur noch 473 Zahnärzte in freier Praxis

DDR-Gesundheitswesen total ineffektiv

BERLIN. Die Übersiedlung von rund 9.000 medizinischen Mitarbeitern aus der DDR seit Öffnung der Grenze am 9. November, darunter etwa 1.800 Ärzte und Zahnärzte, hat das dortige Gesundheitswesen vor ernste Probleme gestellt. In welchem katastrophalen Zustand die SED dieses System gesundheitlicher Versorgung zurückgelassen hat, wurde auf den Massendemonstrationen unter Teilnahme eines deutlich hilflosen Gesundheitsministers Thielmann (SED) am Wochenende in Berlin deutlich. Einen Einblick in die Schwächen des staatlichen Versorgungssystems ermöglichen jetzt Berichte von freiberuflichen und angestellten Zahnärzten der DDR auf dem Presseseminar des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) in Berlin.

Im anderen Teil Deutschlands gibt es etwa 12.000 Zahnärzte, was einem Arzt-Patienten-Verhältnis von 1:1.400 entspricht. Eine recht gute Relation im Vergleich zur Bundesrepublik mit 1:1.600. Wenn dennoch Zahnarzttermine in der DDR genauso schwer zu bekommen sind wie Termine in der Kfz-Werkstatt, diese Termine sogar bereits in einer Art Tauschbörse gehandelt werden, so liegt das, wie Roland Zeit-

schel aus Meißen berichtete, an der mangelnden Effektivität. Da die Niederlassungsordnung von 1961 bestimmt, daß Praxisübernahmen nur noch innerhalb der Familie zulässig seien, habe sich die Zahl der in freier Praxis Tätigen auf nur noch 473 verringert. Ihr Durchschnittsalter betrage 65 Jahre, 127 seien sogar über 75 Jahre alt. Das Gros der Zahnärzte ist angestellt in Polikliniken oder Ambulatorien.

Um auf ein Netto-Einkommen von 2.000 Mark (Ost) zu kommen, behandelt Zeitschel unter Mithilfe seiner Frau etwa 40 Patienten am Vormittag. Für eine Füllung gibt es von der Sozialversicherung 4,80, für das Ziehen eines Zahnes zwei Mark. Nach Abzug von Steuer- und Praxiskosten bleibt davon die Hälfte übrig. An eine Modernisierung von Geräten, so Zeitschel, sei dabei ebenso wenig zu denken, wie an die Anwendung zeitgemäßer Behandlungsmethoden. Da die Sozialversicherung alles bezahle bei einem Höchstbeitrag der Versicherten von 60 Mark im Monat, fehle bei den Patienten auch die nötige Motivation zur Zahnpflege.

Ebenso traurig sehe es im zahntechnischen Bereich aus. Im Kreis Meißen (100.000 Einwohner) werde pro Jahr

nur ein Zahntechniker als Lehrling bei der Poliklinik angenommen, die das Ausbildungsmonopol habe. Diese Einrichtung sei auch nicht in der Lage, eine Keramikarbeit oder eine Einstückgußprothese anzufertigen. „Seit acht Jahren wird kein Gold mehr zugeteilt, es ist nur gegen D-Mark im Intershops zu kaufen.“

Die Gehälter im staatlichen Gesundheitswesen belaufen sich nach Angaben der Leipziger Zahnärzte Peter Kind und Joachim Lüddecke auf netto 1.500 bis 1.700 Mark im Monat. „Ob Engagement oder nicht, das Geld ist gleich.“ Wer leistungsunwillig sei, finde immer eine Gelegenheit, sich für die vielfältigen gesellschaftlichen oder politischen Aufgaben freustellen zu lassen.

Die Wiederherstellung der von der SED zerschlagenen effektiven Strukturen hat sich ein in Gründung befindlicher Unabhängiger Deutscher Zahnärzte-Verband zum Ziel gesetzt. Bereitschaft zum Beitritt haben Kind zufolge bereits über 5.000 Kollegen bekundet. Starthilfe will dabei der FVDZ leisten, dessen Vorsitzender Hans-Henning Bieg als Schwerpunkte die Beratung bei Praxisgründung, Vermittlung betriebswirtschaftlichen Wissens und gemeinsame Fortbildung benannte. Die Probleme im bundesdeutschen Gesundheitswesen seien zwar unvergleichlich geringer, es sei jedoch unverkennbar, daß im Gesundheits-Reformgesetz deutliche Tendenzen hin zur bürokratischen Staatsmedizin verankert seien. Die beabsichtigte Steuerung des Gesundheitswesens über Budgets für die einzelnen Bereiche könnte

dazu führen, daß gegen Quartalsende in den Wartezimmern Schilder hingen mit dem Hinweis: „Füllungen sind aus.“ Eine solche Entwicklung sei kein Vorbild für die DDR.

Anschrift des Verfassers:

Klaus Heinemann

in der Rheinischen Post

vom 23.1.1990

Gelesen:

„EG-Freizügigkeit“ tangiert Ärzte kaum

Keine besonderen Auswirkungen erwarten die ärztlichen Körperschaften von der Öffnung des EG-Binnenmarktes im Jahr 1992. Obwohl es bereits seit mehr als zehn Jahren EG-Richtlinien zur Herstellung von Freizügigkeit bei Ärzten und Zahnärzten, Apothekern und Krankenpflegepersonal gibt, praktizieren derzeit nur rund 1800 Ärzte aus anderen Ländern der EG in der Bundesrepublik. Die Zahl der im EG-Ausland tätigen deutschen Ärzte bewegt sich in der gleichen Größenordnung.

Arzt und Wirtschaft 23/89,
S.VIII

Kontakte zu unseren Kollegen in der DDR

Im Rahmen der Grundsatzdiskussion des DAZ am 12.-14. Januar in Köln wurde beschlossen, Verbindungen zwischen dem DAZ und unseren Kollegen in der DDR über den Rudolf-Virchow-Bund (Verband der Ärzte und Zahnärzte der DDR) herzustellen. Es soll versucht werden, persönliche Verbindungen zwischen Kollegen zu schaffen, so daß:

1. gegenseitige Besuche zum fachlichen Austausch mit Hospitation in den Praxen
2. Besuche der Studiengruppensitzungen und u.U. der Studiengruppenfortbildungen
3. Unterstützung der DDR-Kollegen mit Fachpresse (Probeabo's bzw. Weitergabe der Fachpresse)
4. Informationsaustausch über unsere Standesorganisationen
5. Bei Bedarf informelle Hilfen für in der DDR niederlassungswillige Kol-

legen und anderes möglich werden. Der Kreativität sind hier ja keine Grenzen gesetzt.

Hierfür ist eine Adressenaustauschstelle in Hamburg vorgesehen.

Die partnerschaftlich-persönliche Beziehung wählten wir, da sie der bestehenden DAZ-Struktur entspricht und von uns auch ausgefüllt werden kann. Die persönliche Beziehung stärkt und unterstützt am besten die Wahrhaftigkeit innerhalb unseres Standes und hat somit auch die beste bewußtseinsbildende Funktion. Jetzt bitte ich darum, das anhängige Formular auszufüllen und möglichst bald nach Hamburg zu schicken, damit wir schnell einen Überblick über die Bereitschaft der DAZ-Kollegen zu dieser Hilfe bekommen und entsprechenden Kontakt mit dem Rudolf-Virchow-Bund aufnehmen können.

Name _____

Adresse _____

Besuch aus der DDR erwünscht Besuchsmöglichkeit in der DDR erwünscht

Spezieller eigener Tätigkeitsschwerpunkt _____

Spezielle Interessen _____

Besondere Wünsche _____

Weitere Vorschläge zu der Aktion _____

Gisela Müller-Bagehl; Eppendorfer Weg 189; 2000 Hamburg 20

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Milchzähne brauchen besondere Pflege Wissenschaftler fordern kindgemäße Zahnhygiene

Hamburg, 28. November 1989 (msl)
Auf einem Seminar zum Thema „Zahnpflege im Kindesalter“ Anfang November, zu dem die Wybert GmbH, Lörrach, und die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (BVGE), Bonn, gemeinsam eingeladen hatten, forderten Zahnmediziner größere Anstrengungen und bessere Voraussetzungen bei der Zahnhygiene für Kinder.

Der Schirmherr der Veranstaltung, Prof. Dr. Dr. Peter Schulz, Mitglied des Beirats der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. und Verbandsdirektor des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e.V., Köln, wies in seinem Einleitungsbeitrag auf Notwendigkeit und bisherige positive Ergebnisse kariesprophylaktischer Maßnahmen bei Kindern hin und forderte deren weitere flächendeckende Durchführung.

Prof. Dr. W.-E. Wetzel, Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen, nannte verschiedene Funktionen des kindlichen Milchgebisses:

Neben der reinen Kau-Funktion und der eines Wegbereiters und Platzhalters für das bleibende Gebiß habe das Milchgebiß entscheidende Auswirkungen auf die mimische Entwicklung und die Harmonisierung der gesamten Mundmotorik. Ebenso spiele es eine wichtige

Rolle bei der Sprachentwicklung zur Bildung der S- und Zischlaute.

Wetzel stellte die überkommenen Zahnputzanleitungen für Kleinkinder in Frage, weil sie zu wenig nach dem Lebensalter differenziert seien und die Kinder meist überforderten. Bemühungen um eine kindgerechte Mundhygiene müßten sich „gefälligst daran orientieren, was kleine Kinder können, und nicht daran, was wir als Wunschdenken in uns haben“.

Sein Konzept einer altersgemäßen und kindgerechten Mundhygiene unterscheidet sechs Phasen, denen er verschiedene Anleitungen und Instrumente zuordnet.

Nach Wetzels Empfehlung reiche zunächst der elterliche Zeigefinger bzw. die Watterolle für die allerersten Milchzähne aus. Für das aktive Erlernen der Zahnpflege sollte die Lernzahnbürste einen kompakten Griff besitzen und für die Mithilfe der elterlichen Hand mit einem längeren Griff ausgestattet sein.

Mundgerechte Zahnbürsten, die dem jeweiligen kindlichen Entwicklungsstand entsprechen, sollten folgende Mindestanforderungen erfüllen:

- Anordnung der Borsten nach dem „Multi-tufted-Prinzip“ in einem ebenen Putzfeld
- Abrundung der Borstenenden zur Vermeidung von Verletzungen,

- kindgemäße Größe des vorne abgerundeten Bürstendepotals sowie
- besonders kompakter Handgriff.

Die Untersuchungen und vergleichende Testungen der Gießener Forschungsgruppe zeigten, „daß noch nicht alle Produkte den genannten Anforderungen entsprechen“.

Der Marburger Privatdozent Dr. Elmar Hellwig nannte den Betrag von 15,5 Milliarden DM, der im Jahre 1988 allein von den gesetzlichen Krankenversicherungen zur Beseitigung von Kariesdefekten aufgewandt wurde. Besserung sei nur durch konsequentes Umdenken in Richtung Prophylaxe zu erreichen.

Hellwig ging besonders auf fluoridierte Kinderzahnpasten mit einem reduzierten Fluorid-Gehalt von 0,025 Prozent ein.

Bei diesen gebe es bedeutende Unterschiede in der kariesprophylaktischen Wirksamkeit der Fluoridzusätze.

Er referierte eine vergleichende Untersuchung zweier bedeutender Marken, einer Monofluorophosphat-Kinderzahnpaste und einer Aminfluorid-Kinderzahnpaste. Die Verbindungen reagierten unterschiedlich intensiv mit Zahnschmelz, woraus für die Aminfluoride

günstigere kariesprophylaktische Eigenschaften vorauszusagen sind.

Im Anschluß an die Marburger Forschungsergebnisse ging Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder, Leiter der med.-wiss. Abteilung der Wybert GmbH, ausführlich auf den Stand der pharmakologischen und toxikologischen Forschung über Fluoride und die besonderen kariesprophylaktischen Eigenschaften der Fluoride ein. Es sei „kaum eine zweite Substanz bekannt, die ähnlich sicher in Bezug auf ihre Toxikologie beurteilt werden“ könne.

Er verdeutlichte die Unbedenklichkeit des in Zahnpasten enthaltenen Aminfluorids durch praktische Beispiele: So müsse ein fünfjähriges und sechzehn Kilogramm schweres Kind den Inhalt von 500 Tuben aminfluoridhaltiger Kinderzahnpaste mit je 50 Milliliter Inhalt verschlucken, um ernsthaft gefährdet zu sein.

Weitere Unterlagen über das angesprochene Seminar sind über die Redaktionsadresse zu erhalten:

*MS & L Manning, Selvage & Lee
International Public Relations GmbH
Freiherr-vom-Stein-Straße 31
6000 Frankfurt 1*

Buchbesprechung

Das DENTAL-VADEMECUM

Ausgabe 1989/90 - 560 Seiten - Deutscher Ärzteverlag Köln

DM 124,— Abo-Preis DM 98,—

ISBN 3-7691-4025-7

„Ich kann doch nicht ständig mit dem Grundgesetz unter dem Arm herumlaufen!“

Hermann Höcherl

Wäre ich Hochschullehrer, Werkstoffkundler vorzugsweise, ich würde das DENTAL-VADEMECUM ständig ‚unter dem Arm tragen‘. Ein Griff, schon wüßte ich (fast) alles über zahnärztliche Wirkstoffe und Arbeitsmittel. Creep-Werte und Triturationszeiten, Schmelzintervalle und Vickershärten, Polimerisationsverhalten und Biegefestigkeit, alle nur denkbaren physikalisch-technischen Angaben stünden mir zur Verfügung. Ich hätte meine Freude an der Systematik dieser ‚Produktvergleichsliste‘, an den übersichtlichen Tabellen, an der Logik von Normen, Iso-Größen und Farbcodes. Mit Hilfe dieser Übersichten könnte ich die Geheimnisse des Dental-Dschungels lüften, Ordnung in einen wildwuchernden Markt bringen, in dem es allein ca. 560 Legierungen, 43 Amalgame und ebensoviele Winkelstück-Köpfe gibt. Ich würde auf den Fleiß der Experten, auf den Einfallsreichtum der Industrie und die zwingende Notwendigkeit verweisen, mit einem so grund-

legenden Werk die erforderliche Transparenz herzustellen. Theoretisch ist das gelungen!

Nun bin ich jedoch kein Professor, kein Theoretiker, sondern ein ganz normaler Zahnarzt mit all seinen Mühen, so eine Praxis arbeitsfähig zu halten und die Patienten zufriedenzustellen. Im Dental-Dschungel habe ich mir meine Trampelpfade gelegt, da kenne ich mich relativ gut aus. Ich übe die feine Balance zwischen Dental-Depot und Großverstand, zwischen Qualitätsanspruch und akzeptabler Improvisation. Man hört sich um, läßt sich beraten, verteidigt Gewohntes. Für neue Wege brauche ich überzeugende Begründungen, Fortbildung und Fachliteratur.

Deshalb stehe ich als Praktiker dem DENTAL-VADEMECUM ein wenig reserviert gegenüber; an der Wirklichkeit der Praxis geht es vorbei. Ich bin begeistert von allen Nachschlagewerken; aber wann benutze ich sie? Mich irritiert, daß es sich ‚nur‘ um eine Sammlung von Hersteller-Angaben handelt. Auch die Autoren werten das als Mangel. Wären nicht Wertungen, Empfehlungen, Warnungen die eigentlich pra-

xisrelevanten Informationen gewesen? Das soll sich in zukünftigen Ausgaben ändern, für bewährte Produkte sind ‚BDZ-Prüfsiegel‘ vorgesehen.

In jeder Praxis steht die ‚Rote Liste‘, schon aus Tradition. Bei Bedarf greife ich jedoch zu den ‚Bitteren Pillen‘, jenem aufmüpfigen ‚kritischen Ratgeber‘ über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln. So einen Dental-Ratgeber hätte ich mir als Praktiker gewünscht, in dem Produkte gegebenenfalls auch reihenweise mit ‚unzweckmäßig‘ und ‚abzuraten‘ gekennzeichnet sind. Dabei würde dann offenbar, wie häufig klinische Prüfungen noch ausstehen, biologische Fragestellungen durchweg zugunsten technischer Analysen vernachlässigt werden.

Mit großem Gewinn habe ich die 14 einführenden Kapitel gelesen, kompakt und kurz, auch für Alt-Profis zu empfehlen. Sehr gut die wenigen Seiten der Rekapitulation zu den Themen ‚Wurzelkanalbehandlung‘, ‚Kavitäten- und Kronenpräparation‘ sowie zu den ‚Füllungsmaterialien‘.

Ich bezweifle allerdings, daß das DENTAL-VADEMECUM die ‚Basis von Einkaufsentscheidungen‘ bilden wird. Diese fallen – wie jeder Praktiker weiß – in aller Regel unter sehr pragmatischen Abwägungen von Erfahrung, Qualität und Preis. Ich kenne keinen Kollegen, der sich – wie es in der Einleitung so rührend heißt – ‚als Leser dieses Werkes seinen Praxisbedarf aus der

Gesamtheit der Produktinformationen‘ zusammenstellt. So wird das DENTAL-VADEMECUM in meiner Praxis wie die ‚Rote Liste‘ wohl das Schicksal eines Nachschlagewerkes treffen.

Zum Dritten versetze ich mich in die Rolle eines Praktikers, der glaubwürdige Qualitätssicherung als einen Schlüssel zu Leistungsfähigkeit und stabiler Freiberuflichkeit ansieht. Ist nicht auffallend heftig damit geworben worden, daß dieses Werk überhaupt der Beitrag der deutschen Zahnärzteschaft zur Qualitätssicherung sei? Herr Schneider und Herr Schad haben uns auf der Titelseite ZM 22/89 Hand in Hand das Buch wie eine gemeinsam gezeugte Tochter entgegengestreckt und gerufen: „Das DENTAL-VADEMECUM ist da!“

Da beide weder Professoren noch Praktiker, sondern Politiker sind, liege ich wohl richtig, Idee und Edition des DENTAL-VADEMECUMS als politische Aktion zu beurteilen. Motiv dieser Aktion ist es wohl gewesen, etwas ‚schwarz auf weiß zu besitzen‘, was man den Kritikern entgegenhalten kann, die bisherige QS-Anstrengungen für unzureichend halten. Diese Funktion wird das Werk nicht erfüllen können, ist es doch nur ein kleiner, wenn auch teurer Stein im Mosaik der Qualitätssicherung. Der Wert als strukturverbessernder Beitrag soll nicht unterschätzt, die Wirkung auf Prozess- und Ergebnisqualität darf jedoch nicht überschätzt werden.

Fairerweise muß ich zugeben, daß dieses Projekt – trotz des politischen Hintergedankens – so professionell, aufwendig, marktumfassend und langfristige konzipiert ist, daß ich ihm eine positive Öffentlichkeitswirkung wünsche. Es steckt enorm viel Arbeit, Zeit und Geld darin. Unser Geld!

In dieser Image-Funktion liegt wohl auch der eigentliche Wert des Buches. Nur, hätte man das nicht ‚billiger‘ haben können? Für zukünftige Ausgaben sind praxisrelevante Hinweise, Warnungen, Empfehlungen, gar ‚BDZ-Prüfsiegel‘ zugesagt. Gut so! Nur, wird das allein

auch geradewegs zu einer ‚Prüfsiegel-Qualität‘ zahnärztlicher Leistungen führen?

So muß ich noch einmal den alten Höcherl zitieren, der in seiner Schlitzohrigkeit für die Idee des DENTAL-VADEMECUMs Pate gestanden haben könnte: „Man muß seine Prinzipien immer so hoch hängen, daß man bequem darunter durchschlüpfen kann!“

Anschrift des Verfassers:

Dr. Christian Nielsen

Lindenschmitstr. 44

8000 München 70

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Dieter Hildebrandt

„In einem uralten französischen Film („Dr. Knock“) fällt der Satz: „Ein gesunder Mensch ist eine Herausforderung für den Arzt“. Damals hielt ich das für eine heitere Übertreibung. Es war lustig anzusehen, wie ein pfiffiger junger Arzt (Louis Jouvet) innerhalb eines Jahres ein unheilbar gesundes Dorf in Angst und Schrecken versetzte, um es dann wieder davon zu heilen. Dafür benötigte er dann allerdings mehrere Jahrzehnte. Schau ich mir heute die Heil-Waffen an, die in den Diagnose-Fabriken auf mich gerichtet sind, überlege ich mir, was diese hochkomplizierten Geräte gekostet haben müssen, wie sie nach mir greifen, um rentabel zu werden, wie ich schon aus Solidarität mit dem Heilstand krank werde. Die Zahl der Apotheken in meinem Wohnviertel hat sich verdreifacht, die der Arztpraxen verdoppelt, da kann ich nicht tatenlos gesund herumsitzen und wenn es nur diese Beobachtung wäre, die mich krank macht“.

Aus dem Gesundheitsmagazin
des Roten Kreuzes

Mißtrauisch

Als die Patientin das Behandlungszimmer verläßt, dreht sie sich in der Tür plötzlich noch einmal um und sieht den Arzt fragend an.

„Wünschen Sie noch etwas?“ fragt er.
„Ich weiß es selbst nicht“, sagt die Patientin. „Ich war fünf Minuten vor der vereinbarten Zeit da, aber Sie haben mich gleich hereingebeten und sich sehr viel Zeit für mich genommen. Ich habe Ihre Ratschläge Wort für Wort verstanden und kann sogar das Rezept lesen. Sind Sie überhaupt Arzt?“

Aus dem Gesundheitsmagazin
des Roten Kreuzes



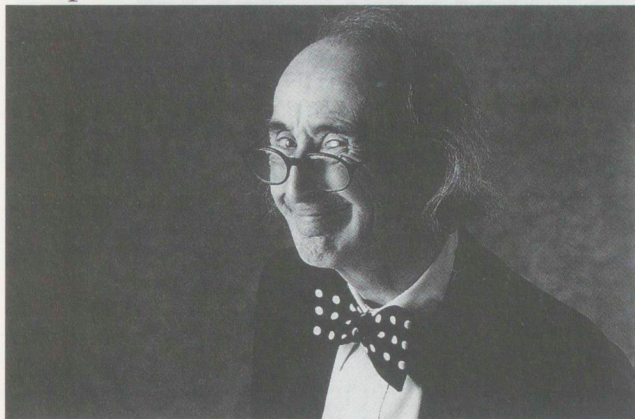
Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!

Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:

01.06.1990

f r e u n d l i c h

Wenn wir Ihrem Anspruch auf Ihre Ansprüche sofort nachkommen.



Ade, ihr Zinsverluste und Liquiditätsengpässe – willkommen bei uns und unserer freundlichen Art, mit Ihren Patienten abzurechnen.

Wir zahlen Ihnen innerhalb einer einzigen Woche Ihr volles Honorar aus. Und Sie müssen gar nicht viel dafür tun: Sie reichen bei uns einfach Ihre Behandlungsunterlagen als Kopie oder über EDV ein, fügen den Heil- und Kostenplan sowie die Material-Labor-Rechnung hinzu, und wir rechnen dann nach sachlicher und rechnerischer Prüfung direkt mit dem Patienten ab.

Und weil alles, was wir tun, immer irgendwie besonders freundlich ist, zahlen wir nicht

nur Ihre Honorare sofort aus, sondern nehmen Ihnen auch noch eine Menge Bürokratie ab, der Sie normalerweise viele Stunden belastet. Vom Schriftverkehr gegenüber Ihren Patienten und den Kassen über die Buchhaltung bis hin zum Mahnwesen. Selbst die Ausfallhaftung übernehmen wir für Sie, und zwar zu stattlichen 80 %.

Wenn sie jetzt gerne wissen möchten, wie das alles ganz genau geht und warum wir das auf eine besonders freundliche Art machen, dann fordern Sie einfach unsere Unterlagen an. Wir legen Ihnen einen freundlichen Brief bei.

U N T E R N E H M E N S G R U P P E



FRH



Die *freundliche* Art abzurechnen.

JA, Ihre *freundliche* Art abzurechnen interessiert mich.

Ihr Praxis-Ansprechpartner

Bitte schicken Sie mir ausführliche Unterlagen.

Damit Sie mich lückenlos informieren können, hier mein Status:

- Ich bin Zahnarzt mit eigenem Labor
 Ich arbeite überwiegend mit einem Dentallabor zusammen
 Ich bin Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Anschrift/Stempel

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

FRH Freies Rechenzentrum
Heilberufe GmbH

DZL Zahnarzt- und Laborkasse GmbH
Abrechnungsgesellschaft
für Zahnarzt und Labor

KFO Kieferorthopädische
Abrechnungsgesellschaft mbH

Unternehmensgruppe FRH/DZL/KFO GmbH
Postfach 13 37, Eltinger Straße 61
7250 Leonberg, Telefon 0 71 52/6 00 70

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 Beitragsrückerstattungssystem geprägt wird.

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

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



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde



Der DAZ stellt sich vor:

Berufsverband

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

Aufbau

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen
- Gruppenverträge für Krankenversicherungen
- Hilfestellungen bei Wirtschaftsprüfungen und Begutachtungen
- Beratung zur Assistentenausbildung
- Beratung bei Praxisneugründung.

Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln. Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften

Qualität

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

Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muß die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden. Der DAZ fordert daher:

- eine vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung der KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen von Kammern und KVZen.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Die DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch Jugendzahnheilkundengesetze
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Verkauf von fluoridiertem Kochsalz.

Delegation

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

- Prophylaxe und Hygieneaufklärung
- Ernährungsberatung
- Behandlungsassistenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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

DAZ forum

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

Impressum

- **Redaktion:**
Dr. Jürgen Heidtkamp,
Dr. Hanns-W. Hey
Dr. Karlheinz Plecher
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 entgegennehmen 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. G. Albers, Borsteler Chaussee 17, 2000 Hamburg
DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. M. Witte, Hunoldstr. 62 c, 2906 Hundsmühlen
DAZ-Studiengruppe Oberpfalz, Dr. K. Plecher, Auf der Schanze 1, 8490 Cham
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 150,- DM
 selbst. ZÄ/ZA 300,- DM

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