

DAZ forum

Zahnärztliche Ausbildung mit neuer Zielsetzung

Interview mit Prof. Dr. W.-E. Wetzel

Aus dem neuen
Grundsatzprogramm des DAZ
Empfehlungen zur zahnärztlichen
Aus- und Weiterbildung

Die Myofunktionelle Therapie (Teil 2)

Strahlenreduzierung durch Röntgenfilter



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

Ausstieg aus der Sachleistung
Hoffnung oder Alptraum?



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

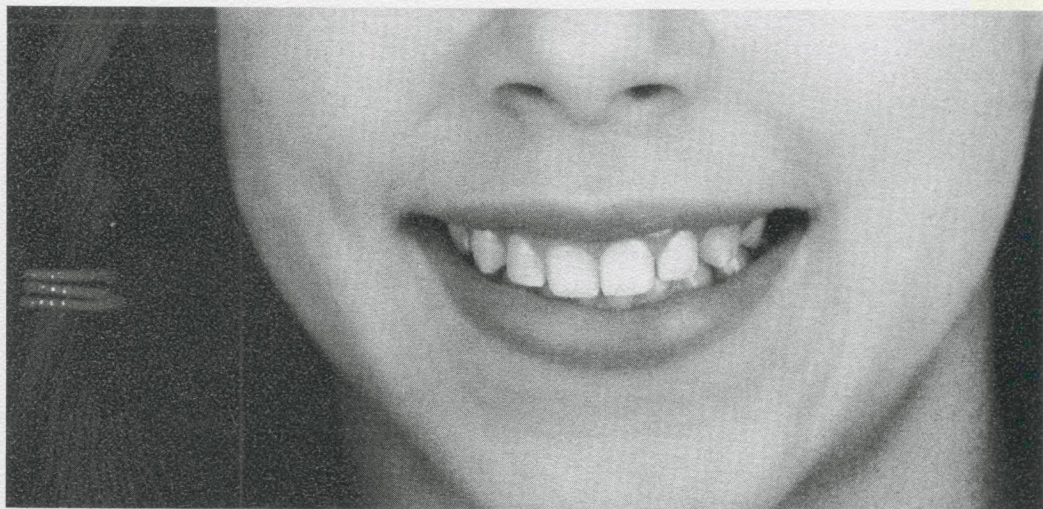
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

So wirkt das von den Zahnärzten in Deutschland
am meisten verwendete Lokal-Anästhetikum

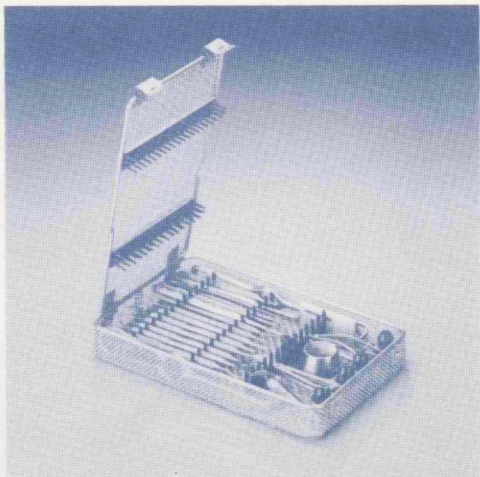


Rasch eintretende, zuverlässige Wirkung. Auffallend starker analgetischer Effekt. – Gute Allgemeinverträglichkeit, geringe Substanztoxizität, hohe Eiweißbindung, kurze Eliminationshalbwertszeit. – Niedrige Adrenalinzusätze. Ultracain D-S mit nur 1 : 200 000 Adrenalin wird auch bei Herz-Kreislauf-Patienten eingesetzt.

Ultracain®

LI 514 921

Zusammensetzung: Ultracain D-S: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid sowie maximal 0,5 mg Natriumdisulfid (entspr. max. 0,34 mg SO_2). Ultracain D-S forte: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid sowie maximal 0,5 mg Natriumdisulfid (entspr. max. 0,34 mg SO_2). Die Zubereitungen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzlich 1 mg Methyl-4-hydroxybenzoat als Konservierungsmittel. **Anwendungsgebiete:** Ultracain D-S: Routineeingriffe wie komplikationslose Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten- und Kronenstumpfpräparationen, insbesondere bei Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen. Ultracain D-S forte: Schleimhaut- und knochenchirurgische Eingriffe, pulpenchirurgische Eingriffe, Extraktionen desmodontischer bzw. frakturierter Zähne, länger dauernde chirurgische Eingriffe, Wurzelspitzenresektionen, Präparation hochempfindlicher Zähne. **Gegenanzeigen:** Intravenöse Anwendung, paroxysmale Tachykardie, hochfrequente absolute Arrhythmie und Kammerengwinkelglaukom sowie Anästhesien im Endstrombereich. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte unterbleiben. Patienten, bei denen eine sogenannte Paragruppenallergie besteht, dürfen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte nur in den parabenfreien Zylinderampullen und Ampullen erhalten. **Warnhinweis:** Ultracain D-S und D-S forte darf nicht bei Bronchialasthmatikern mit Sulfit-Überempfindlichkeit angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Wie bei allen Lokalnarkotika können dosisabhängig zentralnervöse Störungen auftreten. Schock (z. B. anaphylaktischer Schock) und Herzversagen können auch durch Lokalanästhetika ausgelöst werden. Allergische Reaktionen sind nicht auszuschließen. Durch Epinephrin (Adrenalin) bedingte Nebenwirkungen sind bei den niedrigen Konzentrationen sehr selten. **Besonderer Hinweis:** Aufgrund des Gehaltes an Natriumdisulfid kann es im Einzelfall, insbesondere bei Bronchialasthmatikern, zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewußtseinsstörungen oder Schock äußern können. **Handelsformen:** Ultracain D-S/Ultracain D-S forte: Zylinderampullen 100 x 1,7 ml, 1000 x 1,7 ml, Ampullen 100 x 2 ml, Mehrfachentnahmeflaschen 10 x 20 ml.



 **AESCULAP®**

Parodontal- Chirurgie-Set Modell Münster

Chirurgie-Set-Preis:

1.943,- DM zuzüglich 14% MwSt.
Als Naturalrabatt erhalten Sie
unseren Dental-Container JL 94 T.

**ab
sofort**

zu
beziehen
durch

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

Postgasse 3 · Postfach 1136 · D-7090 Ellwangen · Tel. (07961) 54066 · Fax (07961) 54692

Abs./Stempel:



Ich bestelle _____ Stück
Chirurgie-Set Modell Münster
zu 1.943,- DM zuzüglich 14% MwSt.

Hegen
Dental-Technik
Postgasse 3

D-7090 Ellwangen

WARUM IN DIE FERNE SCHWEIFEN ...

... wenn Sie Ihre Praxis mit leistungsstarker, ausgereifter und preiswerter EDV ausrüsten wollen:

SOFTWARE SERVICE

Dipl. Ing. Peter Jungmann

Mit geschulten Fachkräften, Geräteservice und Leihgeräten ganz in Ihrer Nähe!
Bei Schwierigkeiten oder Störungen innerhalb von 2 Stunden in Ihrer Praxis!

WAS SIE BEI UNS FÜR DM 6.800 (+ MWSt) BEKOMMEN:

- Patientenverwaltung
- Leistungsverwaltung
- Privater Kostenplan
- Privatliquidation
- Quartalsabrechnung
- Ergebnisrechnung
- Laborverwaltung
- Goldbuch
- Technikerverwaltung
- Heil- und Kostenpläne
- Mehrkostenberechnung
- Eigenanteilsrechnung
- Finanzbuchhaltung
- Mahnwesen
- Statistik / Tagesprotokoll
- Recall-System
- Datenbank

- WORD-Konvertierung
- Handbuch- und Hilfefunktion
- Telefonauskunft von erfahrenen Verwaltungshelferinnen
- Vor-Ort-Service innerhalb von 2 Std.
- 2 x 4 Std. Einweisung
- 4 Std. Hilfe bei der ersten Abrechnung

AUSSERDEM ERHÄLTlich:

- Zahngraphik
- Textverarbeitung
- Gutachten
- KFO-Teil
- Gewerbliches Labor
- Terminverwaltung
- Buchhaltung

Raum München:
Hauptstraße 18
8037 Olching
Tel. 0 81 42 / 1 87 25

Raum Würzburg:
Gartenstraße 26
8702 Kürnach
Tel. 0 93 67 / 77 46

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	493
Sachleistungssystem oder „ungestörte Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient?“	495
Heraus aus dem Sachleistungssystem	496
Raus aus der Sachleistung - Hoffnung oder Alptraum?	501
Ausstieg ist Abstieg!	505
Ein erster Schritt - Das Lindhorst-Papier	509
Zur Begriffsklärung: Sachleistung, Kostenerstattung	515
Katastrophenschutzergänzungssystem	520
DDR-Nachrichten	521
Zahnärztliche Ausbildung mit neuer Zielsetzung Interview mit Prof. Dr. W.-E. Wetzel	525
Empfehlungen des DAZ zur zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung	533
Die Myofunktionelle Therapie Teil 2	539
Bis 70% Strahlenreduzierung durch Röntgenfilter?	543
Mikrobiologische Diagnose von Infektionen der Mundschleimhaut und des Subepitheliums	549
Leserbriefe	551
Kniffologie	557
Buchbesprechungen	559
NAV-Bayern: Regionale Krebsregister müssen geschaffen werden	567
Impressum	571



473	Ethical
474	Einleitung
475	„Angewandte Pharmazie“ als Fachbereich der Pharmazie
476	Pharmazie als Beruf
477	Pharmazie als Beruf
478	Pharmazie als Beruf
479	Pharmazie als Beruf
480	Pharmazie als Beruf
481	Pharmazie als Beruf
482	Pharmazie als Beruf
483	Pharmazie als Beruf
484	Pharmazie als Beruf
485	Pharmazie als Beruf
486	Pharmazie als Beruf
487	Pharmazie als Beruf
488	Pharmazie als Beruf
489	Pharmazie als Beruf
490	Pharmazie als Beruf
491	Pharmazie als Beruf
492	Pharmazie als Beruf
493	Pharmazie als Beruf
494	Pharmazie als Beruf
495	Pharmazie als Beruf
496	Pharmazie als Beruf
497	Pharmazie als Beruf
498	Pharmazie als Beruf
499	Pharmazie als Beruf
500	Pharmazie als Beruf
501	Pharmazie als Beruf
502	Pharmazie als Beruf
503	Pharmazie als Beruf
504	Pharmazie als Beruf
505	Pharmazie als Beruf
506	Pharmazie als Beruf
507	Pharmazie als Beruf
508	Pharmazie als Beruf
509	Pharmazie als Beruf
510	Pharmazie als Beruf
511	Pharmazie als Beruf
512	Pharmazie als Beruf
513	Pharmazie als Beruf
514	Pharmazie als Beruf
515	Pharmazie als Beruf
516	Pharmazie als Beruf
517	Pharmazie als Beruf
518	Pharmazie als Beruf
519	Pharmazie als Beruf
520	Pharmazie als Beruf
521	Pharmazie als Beruf
522	Pharmazie als Beruf
523	Pharmazie als Beruf
524	Pharmazie als Beruf
525	Pharmazie als Beruf
526	Pharmazie als Beruf
527	Pharmazie als Beruf
528	Pharmazie als Beruf
529	Pharmazie als Beruf
530	Pharmazie als Beruf
531	Pharmazie als Beruf
532	Pharmazie als Beruf
533	Pharmazie als Beruf
534	Pharmazie als Beruf
535	Pharmazie als Beruf
536	Pharmazie als Beruf
537	Pharmazie als Beruf
538	Pharmazie als Beruf
539	Pharmazie als Beruf
540	Pharmazie als Beruf
541	Pharmazie als Beruf
542	Pharmazie als Beruf
543	Pharmazie als Beruf
544	Pharmazie als Beruf
545	Pharmazie als Beruf
546	Pharmazie als Beruf
547	Pharmazie als Beruf
548	Pharmazie als Beruf
549	Pharmazie als Beruf
550	Pharmazie als Beruf
551	Pharmazie als Beruf
552	Pharmazie als Beruf
553	Pharmazie als Beruf
554	Pharmazie als Beruf
555	Pharmazie als Beruf
556	Pharmazie als Beruf
557	Pharmazie als Beruf
558	Pharmazie als Beruf
559	Pharmazie als Beruf
560	Pharmazie als Beruf
561	Pharmazie als Beruf
562	Pharmazie als Beruf
563	Pharmazie als Beruf
564	Pharmazie als Beruf
565	Pharmazie als Beruf
566	Pharmazie als Beruf
567	Pharmazie als Beruf
568	Pharmazie als Beruf
569	Pharmazie als Beruf
570	Pharmazie als Beruf
571	Pharmazie als Beruf
572	Pharmazie als Beruf
573	Pharmazie als Beruf
574	Pharmazie als Beruf
575	Pharmazie als Beruf
576	Pharmazie als Beruf
577	Pharmazie als Beruf
578	Pharmazie als Beruf
579	Pharmazie als Beruf
580	Pharmazie als Beruf
581	Pharmazie als Beruf
582	Pharmazie als Beruf
583	Pharmazie als Beruf
584	Pharmazie als Beruf
585	Pharmazie als Beruf
586	Pharmazie als Beruf
587	Pharmazie als Beruf
588	Pharmazie als Beruf
589	Pharmazie als Beruf
590	Pharmazie als Beruf
591	Pharmazie als Beruf
592	Pharmazie als Beruf
593	Pharmazie als Beruf
594	Pharmazie als Beruf
595	Pharmazie als Beruf
596	Pharmazie als Beruf
597	Pharmazie als Beruf
598	Pharmazie als Beruf
599	Pharmazie als Beruf
600	Pharmazie als Beruf



Editorial

Der Ausstieg aus dem Sachleistungssystem - das ist das Thema, das die zahnärztlichen Gemüter zur Zeit am meisten bewegt. Es dürfte kaum eine Kollegin oder einen Kollegen geben, die/der nicht unter den zahllosen Vorschriften, Empfehlungen, Richtlinien und Bestimmungen stöhnt, unter denen sich die kassenzahnärztliche Versorgung unserer Patienten vollzieht. Sich von diesen Zwängen befreien, wollen fast alle - wie das allerdings im einzelnen vor sich gehen soll, hat bislang nicht einmal der Freie Verband als Wortführer der Aussteiger zu sagen vermocht. Vor allem über die berufs-, gesundheits- und sozialpolitischen Folgen sind sich die wenigsten im klaren. Die DAZ-Studiengruppe München hat deshalb Ende März eine Podiumsdiskussion veranstaltet mit dem Thema „Ausstieg aus der Sachleistung - Hoffnung oder Alptraum?“ Die wichtigsten Statements dieser Veranstaltung veröffentlichen wir auf den nachfolgenden Seiten.

In diesen Tagen erscheint das neue Grundsatzprogramm des DAZ. Daß 11 Jahre nach der Veröffentlichung unsere „Grundsätze und Empfehlungen zur Kassenzahnärztlichen Versorgung“ fast immer noch so aktuell sind wie damals, darüber können sich nur Zyniker freuen. Ganz sicher läßt sich jedoch sagen, daß der zahnärzt-

liche Berufsstand heute weit bessere Karten bei den Sozialpartnern und ein erheblich höheres Ansehen in der Öffentlichkeit hätte, wenn sich die Körperschaften in den letzten Jahren dazu durchgerungen hätten, DAZ-Ziele wie die Installierung funktionierender Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Etablierung ernsthafter, breitenwirksamer Prophylaxeprogramme oder die so dringend notwendigen Änderungen bei der zahnärztlichen Ausbildung zu ihren eigenen zu machen. Allerdings scheinen sich in diesen Monaten im letztgenannten Bereich gewisse Wandlungen anzubahnen: in einem einstimmig (!) verabschiedeten Entwurf der Hochschullehrer-Kommission zur Neufassung der zahnärztlichen Prüfungsordnung werden die Fächer Parodontologie, Prävention und Kinderzahnheilkunde aus ihrem konservierenden Schattendasein in eine zeitgemäße Eigenständigkeit überführt. Aus diesem Anlaß haben wir mit einem der Initiatoren des Entwurfs, Prof. Wetzel, Gießen, ein Gespräch geführt, das wir auf Seite 525 veröffentlichen. Im Anschluß daran die „Empfehlungen des DAZ zur zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung“ aus dem neuen Grundsatzprogramm, das wir jedem Interessierten gern zuschicken.

Dr. H. Hey

Zahntechnik

Scharl



Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



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

Sachleistungssystem oder „Ungestörte Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient“?

- eine Bestandsaufnahme

Noch immer suggeriert der Freie Verband der Kollegenschaft die „ungestörte Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient“ als realisierbares Nahziel: befreit von allen staatlichen Dirigismen und bürokratischen Einengungen und Auflagen, von Schiedsamsentscheidungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann der Zahnarzt seinen Honoraranspruch nach beliebigem Ermessen gestalten, während der Patient nur so frei ist, diesem Anspruch zu genügen.

Natürlich - Sie ahnen es - findet dieser zahnärztliche Wunschtraum nicht nur bei den Vertretern der Patienteninteressen, Gesetzgeber und Krankenkassen, wenig Sympathie - genauer gesagt: überhaupt keine. Das simple Modell entpuppt sich bei näherem Hinsehen auch für die Zahnärzte selbst als komplikationsträchtige Konstruktion auf sandigem Untergrund.

Um das komplexe Thema so umfassend wie möglich zu beleuchten, veranstaltete die Studiengruppe München des DAZ am 28.03.1990 eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Ausstieg aus der Sachleistung - Hoffnung oder Alptraum?“, an der Ständepolitiker des Freien Verbandes und des DAZ sowie Vertreter der Krankenkassen teilnahmen. Wir veröffentlichen nachfolgend die wichtigsten Referate dieser Veranstaltung. Der Vertreter des Freien Verbandes konnte uns kein Manuskript zur Verfügung stellen und verwies stattdessen auf den „konzeptionellen Vorschlag zur berufspolitischen Entwicklung“ des Vizepräsidenten der bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. Klaus Lindhorst. Dieser Vorschlag ist in der Zahnarzt-Woche 12/90 veröffentlicht worden und wird von Dr. R. Ernst auf Seite 509 vorgestellt und kommentiert.

Heraus aus dem Sachleistungssystem?

Gerd Ebenbeck

- Beratungszahnarzt des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen

Es kann keinen Zweifel darüber geben - die vertraglichen Verhältnisse für die Zahnärzte haben sich in den letzten Jahren laufend verschlechtert. Die Kolleginnen und Kollegen verlieren zunehmend den Spaß an ihrer Arbeit. Die vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte aufgestellten und in die Körperschaften gewählten Standespolitiker haben in den letzten Jahren eine Niederlage nach der anderen erlitten. Dies dokumentiert sich durch die zunehmenden Eingriffe des Gesetzgebers in die Selbstverwaltung, durch Aufsichtsordnungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, durch das Scheitern der Festzuschußvorschläge beim Zahnersatz, durch das jahrelange, erfolglose Verhandeln mit den Krankenkassen über einen neuen PAR-Vertrag und nicht zuletzt durch die völlig unzureichenden Punktwert erhöhungen für die zahnärztlichen Leistungen. Die vom Freien Verband dominierte Standesführung hat weder auf Landes- noch auf Bundesebene ein Gesamtkonzept, um die Einzelprobleme zu lösen, die derzeit fast alle Bereiche der zahnärztlichen Versorgung umfassen. Die anstehenden Probleme werden noch verschärft durch die steigende Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die in den nächsten Jahren eine zahnärztli-

che Praxis eröffnen werden, und durch die schwierige, in vielen Bereichen noch ungelöste Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes im zahnärztlichen Bereich. In diesem Zusammenhang sei noch auf die unbefriedigenden Vorschläge des Bundesarbeitsministeriums bei der Festsetzung eines differenzierten Zuschusses zu den Zahnersatzleistungen hingewiesen. Als Lösungsvorschlag wird nun insbesondere von Standespolitikern des Freien Verbandes eine radikale Ausgrenzung von Leistungen und der Ausstieg aus dem Sachleistungssystem gefordert. Der völlig unnötige Streit um die sogenannte Direktabrechnung hat das Klima zwischen den Krankenkassen und den zahnärztlichen Standesvertretungen in fast allen Bundesländern auf einen Tiefpunkt gebracht. Dieser unselige Streit hat über ein Jahr sinnvolle standespolitische Aktivitäten gelähmt und die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in einem nie gekannten Ausmaß verunsichert.

Die ideologisch überfrachtete, unsinnige Auseinandersetzung über die Direktabrechnung hatte auch Auswirkungen auf den unbefriedigenden Schiedspruch für den VdAK-Bereich, der den Zahnärzten eine völlig indiskutable

Punktwerterhöhung von 2,6% aufzwingt. Auch das Scheitern vieler Punktwertverhandlungen auf Länderebene mit den RVO-Krankenkassen zeigt die Konzeptionslosigkeit zahnärztlicher Standesführung. Die Auswirkungen der internen Machtkämpfe innerhalb des Freien Verbandes verhinderten die notwendige Solidarität. Eine geschlossene, gut vorbereitete Verhandlungsführung hätte bei konstruktiven Verhandlungen in vielen Bereichen weit bessere Punktwertergebnisse erzielen können, als dann letztlich durch Schiedsamtverfahren festgelegt wurden. Hierbei ist es andererseits natürlich auch unverantwortlich, wenn einzelne KZVen freiwillige Abschlüsse in der Größenordnung von etwa 3% unterschreiben. Die Zerstörung des Vertrauensverhältnisses mit den Vertragspartnern und der Verlust jeglicher Unterstützung im politischen Bereich hat dazu geführt, daß uns Zahnärzten auch die besten Argumente von niemandem mehr geglaubt werden. Es ist ja auch in der Tat grotesk, wenn betriebswirtschaftlich Punktwertforderungen von 10% als notwendig erachtet werden und einzelne KZVen freiwillig bei 3% abschließen. Um aus diesem Teufelskreis herauszukommen, ist Solidarität in allen Bereichen unter der Kollegenschaft erforderlich. Es ist aber auch erforderlich, daß sich die einzelnen Kolleginnen und Kollegen mehr als bisher mit den standespolitisch komplizierten Bedingungen vertraut machen und sich aktiv an der Gestaltung ihrer eigenen vertrapopolitischen Zukunft beteiligen.

Die Anhörung des Bundesarbeitsministeriums zu der Rechtsverordnung für Zuschüsse beim Zahnersatz war ähnlich der Anhörung zur zahnärztlichen Gebührenordnung ein Beispiel, welchen politischen Stellenwert unsere Spitzenvertreter haben. Die Rechtsverordnung war politisch längst abgesehnet, als unsere Spitzenvertreter immer noch wacker und erfolglos für das Festzuschußmodell kämpften. Es wäre auch in diesem Fall besser gewesen, wenn sich die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf ein tragbares Modell zur Zuschußdifferenzierung bei der prothetischen Versorgung geeinigt hätten. Das Konzept für die Zukunft muß also lauten: Nicht Ausstieg aus der Sachleistung, nicht weitere Ausgrenzung von Leistungen, sondern die Wiederherstellung der Selbstverwaltung zwischen Zahnärzten und Krankenkassen.

Die Rechtsverordnung des BMA wird für Zahnärztinnen und Zahnärzte und nicht zuletzt für die Patienten so viele Probleme mit sich bringen, daß weitere Auseinandersetzungen mit den Vertragspartnern vorprogrammiert sind. Wie soll auch eine Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung geschlossen für die Zahnärzte dieser Republik kämpfen, wenn die Mitglieder der Vertreterversammlung untereinander heillos zerstritten sind und sich gegenseitig mit noch nie dagewesenen Aggressionen bekämpfen. Eine solche Standesführung kann niemand mehr ernst nehmen. Die internen Aus-

einandersetzungen haben in weiten Bereichen zu einer Lähmung jeglicher sinnvollen standespolitischen Aktivität von seiten der Zahnärzte geführt. In diesem Klima und in einer derart angespannten Situation glauben einige Standesvertreter die Lösung aller Probleme darin zu sehen, daß die Zahnärzte in der Bundesrepublik das sogenannte Sachleistungssystem verlassen. Dies ist eine unverantwortliche Scheindiskussion und es ist auch eine unehrliche Diskussion. Beim Ausstieg aus dem Sachleistungssystem würde der Sicherstellungsauftrag auf die gesetzliche Krankenversicherung zurückfallen. Über die Konsequenzen dieser sozialpolitischen Probleme schweigen sich die Initiatoren des Sachleistungsausstiegs natürlich aus. Es wird so getan, als könnte der Zahnarzt in weiten Bereichen der zahnärztlichen Versorgung dann in einem vertragsfreien Raum operieren und es wird dabei vergessen, daß die Vorstellung, man könnte die kassenzahnärztliche Versorgung auf eine Grundversorgung für sozial Schwache reduzieren, eine sozialpolitische Utopie ist. Hierfür gibt es in der Bundesrepublik in absehbarer Zeit weder politische Mehrheiten noch ist irgendein verantwortlicher Sozialpolitiker für derartige Vorschläge zu interessieren.

Es ist auch nicht abzusehen, daß sich die AOK-München in ein privates Krankenversicherungsunternehmen umwandeln wird. Der notwendige und sozialpolitisch sinnvolle Gedanke der Soli-

dargemeinschaft wird über Bord geworfen und man verkennt hierbei, daß diese Solidargemeinschaft es überhaupt erst ermöglichte, die von den Standespolitikern so hochgelobte zahnärztliche Versorgung in den letzten 30 Jahren auf den Stand zu bringen, den sie heute hat.

Zum unverantwortlichen Gerede über den Ausstieg aus dem Sachleistungssystem werden bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die sich über die rechtlichen Konsequenzen gar nicht informieren können, Hoffnungen geweckt, die in keiner Weise berechtigt sind oder eingelöst werden können.

Es wird die Zeit kommen, da die Zahnärzte in der Bundesrepublik froh sein werden, bei ihrer Niederlassung überhaupt eine Kassenzulassung zu bekommen. Sie werden bei der zunehmenden Dichte der Niederlassungen aus dem Sachleistungssystem ihr hauptsächliches Einkommen bestreiten müssen. Ein Ausstieg aus der Sachleistung eröffnet nicht neue Freiräume, sondern er würde die zahnärztliche Versorgung auf den Hinterhof der Medizin zurückbringen und einen Großteil der Bevölkerung von einer qualitativ ausreichenden Versorgung ausschließen. Dies kann nicht das Konzept für die nächsten Jahre sein. Das Konzept kann nur sein, mit den Vertragspartnern hart und sachlich über alle anstehenden Probleme der zahnärztlichen Versorgung zu verhandeln und klar zu machen, daß Qualität auch ihren Preis hat. Wenn das Vertrauen zu den Politi-

kern wieder hergestellt ist, die in der Sozialpolitik Verantwortung tragen, sind Fortschritte möglich. Es muß Schluß gemacht werden mit den scheinheiligen Diskussionen und Vorschlägen vom Ausstieg aus dem Sachleistungssystem, wenn zur gleichen Zeit die Spitzenvertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit den Bundesverbänden der Krankenkassen über eine Ausweitung dieses Sachleistungssystems verhandeln und im Bundesausschuß Richtlinien, z.B. für die Individualprophylaxe, festlegen. Wenn von der Standesführung so argumentiert und gehandelt wird, verliert sie ihre Politikfähigkeit. Die Vorstellung, die Zahnärzte könnten sich als einzige Vertreter im Bereich der medizinischen Versorgung in eine Sondernische zurückziehen, um in dieser Nische endlich das gerechte Honorar für qualitativ hochwertige Leistungen zu erhalten, ist sozialpolitisch nicht durchsetzbar und auch mit den Vertragspartnern nicht zu machen. Aber die Matadoren des Freien Verbandes werden nicht müde, sich diese Utopien gegenseitig selbst immer und immer wieder vorzutragen, bis sie zum Schluß auch davon überzeugt sind. Dabei glauben sie auch noch Vorreiter zu sein für eine Liberalisierung im Gesundheitswesen. Der Bundesvorstand des Freien Verbandes hat immer noch nicht gemerkt, daß seine schriftlichen Vorschläge seit Jahren bestenfalls die Papierkörbe von Gesundheitspolitikern füllen, wenn die Post überhaupt noch angenommen wird. Da wird zur Machtprobe

mit „unseren Gegnern“ aufgerufen und verkannt, daß Machtproben das Letzte sind, was sich unser Berufsstand derzeit leisten kann. Da wird von „Waffen“ gesprochen, die wir gegen die Krankenkassen wenden könnten. Leistungseinschränkungen oder der Ausstieg aus dem Sachleistungssystem sind jedoch keine Waffen, sie sind standespolitischer Selbstmord. Die Zahnärzteschaft hat nur eine Chance, nämlich sich von diesen Demagogen zu lösen, deren Redestil und Ausdrucksweise an die Durchhalteappelle kleinkarierter Gauleiter im Frühjahr 1945 erinnert. Der Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, H. H. Bieg, hat in seinem Einführungsreferat zur außerordentlichen Hauptversammlung am 11. März 1990 in Frankfurt die Krankenkassen als „Banditen“ bezeichnet, mit denen man nicht über die Qualität der Arbeit verhandeln kann. Da bleibt nur noch die Frage, wann die Kollegenschaft aufsteht und die Demagogen und Dilettanten zum Teufel jagt, die seit 20 Jahren den Berufsstand von einer politischen Niederlage zur anderen führen.

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

Wollen wir wirklich dorthin

TOOTH SAVERS DENTAL CENTER OF N.Y.

NOW MAKES IT AFFORDABLE FOR
YOU AND YOUR FAMILY

COMPARE OUR FEES

ORAL Examination
Consultation 25.00
X-rays Full Mouth 30.00
Cleaning 20.00
Silver Fillings per Surface 25.00
White Fillings per Surface 25.00
Extractions Simple

FREE

FREE

25.00

30.00

20.00

25.00

25.00

Our Own Lab on Premises
Brings Savings to You!

SAME DAY SERVICE

OPEN EVES

EMERGENCY

SERVICE

7 DAYS A WEEK

Roots Canals 1 canal	150
2 canals	200
3 canals	250
Porcelain Metal Crowns	300
Acrylic Crowns	100
Partial Dentures	325
Full Dentures	325
Enamel Bond's per tooth	100

NO DRILLING
NEW COSMETICS
BONDING VENEERS
IMPROVE SMILE
PAINLESSLY

\$225

DENTAL INSURANCE AND
UNION PLAN ACCEPTED
SENIOR CITIZEN
DISCOUNTS

COSMETIC DENTISTRY
PERIODONTICS
ORTHODONTICS
AND OTHER SERVICES

Additional Charges May Be Incurred For More
Complex Related Service in Individual Cases

SUITE 610

753-0123

57 W. 57th St. 1410
Avenue of the Americas

SUITE 610

753-0124

Werbeschrift an einer New Yorker U-Bahn

oder etwa zurück in die „gute alte Zeit“

Zahn-Praxis Union

Bamberg, Gröner Markt 26
Eingang Franz-Ludwigstr.

Sahzuzichen in lokaler Bekleidung	
fast in den meisten Fällen vollkommen schmerzlos	1.- M
Sahnerfah, naturgetreu, in Gold, Aluminium,	
Kautschuk etc., per Zahn	von 2.- M an
Umarbeiten nicht passender Gebisse und	
Reparaturen in kürzester Zeit	
Reinigen sämtlicher Zähne	1-2.- M
Herzbliden	0,75 M
Antisept. Wurzelbehandlung	1.- M
Cementplomben	1,50 M
Elber-Amalgamplomben	2.- M
Gold-	2,50 M
Porzellan-Emallieplomben	2.- M
(dem Zahn ähnelnd ähnlich)	
☛ Schonendste Behandlung. ☚	

Raus aus der Sachleistung - Hoffnung oder Alptraum?

G. Reiter - Vertragsreferent für Zahnärzte beim AOK-Landesverband Bayern

Raus aus der Sachleistung - ist für die Krankenkassen und Versicherten zweifellos ein „Alptraum“. Aber auch aus der Sicht der Zahnärzte kann dies nur für wenige „Hoffnung“ sein.

Vorweg möchte ich noch klarstellen, daß ich bei meiner Argumentation nicht die durch das Gesundheitsreformgesetz eingeführte „halbseidene“ Kostenerstattung für Kieferorthopädie und Zahnersatz im Auge habe, mit der ja bei Weitergeltung des Kassenarztrechts letztlich nur der „physische“ Zahlungsweg verändert wurde - und dies auch noch in höchst unökonomischer Weise. Mir geht es vielmehr um die Grundsatzfrage, ob es sinnvoll ist, das sogenannte „Sachleistungssystem“, bei dem den Versicherten die Leistungen in „Natur“ zur Verfügung gestellt werden, durch ein marktwirtschaftlich orientiertes System zu ersetzen und zwar für *alle* Leistungsanbieter und *alle* Leistungsbereiche, angefangen von der Prävention über die kurative Medizin bis zur Rehabilitation.

Die Krankenkassen gehen bei der Beurteilung dieser Frage vorwiegend von gesundheits- und sozialpolitischen

Erwägungen aus, denen sie gegenüber den marktwirtschaftlichen Aspekten den Vorrang einräumen, während dies die Verfechter des Kostenerstattungssystems umgekehrt sehen.

Unsere Argumente gegen den Aufstieg:

1. Aufhebung des Bedarfsprinzips

Die Gewährleistung einer angemessenen und zweckmäßigen medizinischen Versorgung *aller* Patienten ohne Rücksicht auf ihre soziale und ökonomische Stellung gehört zu den unverrückbaren Merkmalen eines auf Solidargemeinschaft gegründeten Gesundheitswesens. Dieses sogenannte Bedarfsprinzip würde außer Kraft gesetzt, da in einem funktionierenden Markt einerseits ein Teil des Bedarfs zwangsläufig ungedeckt bliebe, andererseits aber - mangels Kontrollmechanismen - ein Übermaß an Konsum entstehen würde.

2. Besonderheit des „Gutes“ Gesundheit

Es ist mit den Wertvorstellungen unserer Gesellschaft unvereinbar, dieses Gut

ungeschützt marktwirtschaftlichen Kräften zu überlassen. Gesundheit kann man nicht mit Autos und Kühlschränken vergleichen.

3. Probleme der Intransparenz

Der Patient als „Nachfrager“ nach Gesundheitsleistungen hat primär den Wunsch, gesund zu werden. Er hat jedoch über Art und Umfang medizinischer Leistungen, die zur Wiederherstellung seiner Gesundheit erforderlich sind, allenfalls vage Vorstellungen. Über die künftig ggf. unterschiedlichen Preise der Leistungsanbieter weiß er wohl so gut wie gar nichts.

4. Anbieterdominanz im Gesundheitswesen

Erst der Arzt bzw. Zahnarzt mit seinem Wissensmonopol kann die undifferenzierte Primärnachfrage des Patienten nach Wiederherstellung der Gesundheit in die sekundäre Nachfrage nach differenzierten Gesundheitsgütern übertragen.

5. Fehlende Konsumentensouveränität

Abgesehen von dem fehlenden Fachwissen sind die Patienten nicht wirklich frei in ihren Entscheidungen. Dies ist nicht nur offensichtlich bei Schwerverletzten, Bewußtlosen und psychisch Gestörten, sondern gilt generell, da der Patient als Hilfesuchender nicht alle Entscheidungen des Behandlers hinsichtlich des Nutzens für sich überprü-

fen kann und wird; er wird auch nicht um den Preis medizinischer Leistungen - wie Nachfrager anderer Dienstleistungen - verhandeln.

6. Diskriminierung sozialschwacher Gruppen und schlechter Risiken

Es ist zu befürchten, daß die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen (z.B. Selbstbeteiligung, Wahltarife, Kostenerstattungsprinzip) die Leistungserbringer beeinflusst, die einzelnen Patienten je nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit unterschiedlich zu behandeln (Zweiklassenmedizin!). Nicht auszuschließen ist, daß sich manche Patienten mangels Liquidität einer Behandlung sogar völlig entziehen, eine gesundheits- und sozialpolitisch nicht mehr vertretbare Entwicklung.

7. Schaffung regionaler Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung

Wenn die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager gesteigerte Bedeutung erlangt, besteht die Gefahr, daß sich das Angebot einseitig an den mit Kaufkraft ausgestatteten Bedürfnissen orientiert. In Bezug auf eine flächendeckende Versorgung könnte dies bedeuten, daß Gebiete mit hoher Kaufkraft gut versorgt, Gebiete mit geringer Kaufkraft hingegen gar nicht oder unterversorgt werden.

Aber auch aus Sicht der Leistungsanbieter ist ein Einstieg in die Marktwirt-

schaft mit einigen Problemen verbunden, da dieser nicht ohne grundlegende Änderungen des heutigen Rechts erfolgen kann:

1. Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

Zum Zwecke der Erhöhung des Gestaltungsspielraumes sowie als Voraussetzung für die Entfaltung von mehr Wettbewerb müssen die Krankenkassen das Recht erhalten, Vertragspartner unter den Behandlern nach Wirtschaftlichkeit und Bedarf auszuwählen (Einkaufsmodell statt Kontrahierungszwang). Gleichzeitig müßte auch das Verbot von sogenannten Eigeneinrichtungen (z.B. Ambulatorien) aufgehoben werden.

2. Neue Vergütungsformen

In der Marktwirtschaft sind die Einkommenschancen bei freier Preisbildung von der Knappheit der Leistungen abhängig. So muß auch hier die „Ärztenschwemme“ zu einem relativen Absinken des Arzteinkommens führen, so wie früher der Ärztemangel zu einer relativen Erhöhung der durchschnittlichen Arzteinkommen geführt hat.

3. Ökonomisch-rechtlich Konsequenzen

Bei Einführung der freien Marktwirtschaft kann es keine garantierte Kostendeckung (auch nicht für kollektivvertraglich anerkannte Kosten) und keinen administrierten Schutz vor Konkurrenten mehr geben (Inkasso-Problem!).

Zusätzlich ist mit einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand bei allen Beteiligten zu rechnen.

4. Liberalisierung des Standesrechts

Regulierungen über die wirtschaftlichen Aspekte der ärztlichen Berufsausübung müssen aufgehoben werden. Dies bedeutet konkret:

- Den Ärzten steht es frei, nicht nur die Unternehmensform einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts zu wählen, sondern ebenso handelsrechtliche Formen (z.B. Aktiengesellschaft)
- Aufhebung des Verbots der unselbständigen Beschäftigung von Ärzten durch Ärzte oder durch sonstige Unternehmen bei Erbringung ambulanter Leistungen
- Zulassung von integrierten Gesundheitsunternehmen (z.B. Krankenhausketten mit weiteren Leistungsangeboten wie etwa Gruppenpraxen oder sonstigen Einrichtungen der Gesundheitspflege)
- Aufhebung des Werbeverbotes
- Freistellung der ambulanten Tätigkeit von Ärzten von der Bindung an eine Niederlassungspflicht

Die Krankenkassen befürchten, daß das, was derzeit die Marktentwicklung der USA kennzeichnet - nämlich die Entwicklung zu einer Zweiklassenmedizin, Marktverflechtungen, Konzentration auf hochtechnologisierte Medizin,

aufwendigen Qualitäts- und Komfortwettbewerb verbunden mit enormen Kostensteigerungen - auch in der BRD das Ergebnis solcher gravierender Systemveränderungen sein würde.

Dies wäre dann allerdings tatsächlich ein Alptraum für mich.

Anschrift des Verfassers
Günther Reiter
AOK Landesverband Bayern
Friedrich-Engels-Bogen 6
8000 München 83

Der hohle Zahn

Von gestern bis heut, hat er gsagt, hat er drei Nächt net gschlafa vor lauter Zahnweh. Ganz hint hat er an Stockzahn, a Mordstrumm, aber hohl wie a alter Maßkrug. Des kann er net versteh, sagt er, wenn doch a Zahn hohl is, dann is doch im Zahn nix drin und wie des »nix« weh toa ko, des kann er net versteh, des wui eahm gar net egeh. Denn dann müassatn doch gewisse Standespolitiker beständig Kopfweh ham, sagt er. Wahrscheinlich schrein's *deswegn* allwei so laut, sagt er.

frei nach Karl Valentin

„Schein“-Behandlung

Scheinkranke stellen gern sich ein
Genügt dazu ein Krankenschein

Eugen Roth

Leider

Ein Mensch sieht schon seit Jahren
klar:

Die Lage ist ganz unhaltbar.
Allein - am längsten, leider, hält
Das Unhaltbare auf der Welt.

Eugen Roth

Ausstieg ist Abstieg!

Ein Plädoyer für das Sachleistungssystem

Christian Nielsen - stellvertretender DAZ-Vorsitzender

Die Sachleistung ist das Grundelement des Solidarprinzips. Unabhängig von Stand und Einkommen, Alter und Risiken hat jeder Versicherte den Anspruch auf notwendige, zweckmäßige und ausreichende Leistungen. Eine Mehrklassen-Medizin oder gar Ausgrenzung widersprechen unserem Grundgesetz, unserem Menschenbild, unserem Berufsethos. Zum Ansehen der Bundesrepublik Deutschland haben diese sozialpolitischen Grundsätze entscheidend beigetragen. Die Menschen selbst vertrauen darauf und bewerten dieses System als sozialen Besitzstand.

Aber auch die Besitzstände der Ärzte und Zahnärzte sind sehr mit diesem System verknüpft; wer hat es sich schon leisten können, auf die Kassenzulassung zu verzichten? Wir verdanken der Arbeit in diesem Gesundheitswesen vorbildlich ausgestattete Praxen und Kliniken, eine große Leistungsbreite, Wohlstand und Ansehen.

Dieser Wohlstand ist in den letzten Jahren relativiert, ja hier und da spürbar abgeschmolzen worden, gleichwohl entbehren die Verelendungsphobien des FVDZ-Vorsitzenden Gutmann nicht einer gewissen Schamlosigkeit angesichts von 6 Millionen Sozialhilfeempfängern in unserem Land.

Dieses so leistungsfähige System mit GKV-Ausgaben von ca. 15 Mrd. DM pro Jahr allein für zahnärztliche Leistungen wurde jedoch durch chronische und unkontrollierte Überbeanspruchung so strapaziert, daß ein Kollaps nur durch staatliche Eingriffe verhindert werden konnte.

Für viele Zahnärzte war der Schuldige schnell ausgemacht: Der begehrlische und eigenverantwortungsscheue Patient. Der DAZ hat diese undifferenzierte und zynische Version immer abgelehnt, weil sie unaufrichtig von den Begehrlichkeiten und Verantwortungslosigkeiten auch der Zahnärzte ablenken sollte. Für die mißbräuchliche Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, deren massenhafte und qualitativ unkontrollierte Verordnungen kann man nur schwerlich die Patienten generell verantwortlich machen. Auch für sehr begehrlische Versicherte erweist sich der größte Teil zahnärztlicher Maßnahmen, insbesondere prothetischer Art, dann doch zu wenig lustbetont und ungeeignet, vermeintliche Ansprüche zu realisieren. Kurz: An den Schalthebeln für Ausgaben haben die Zahnärzte kräftig und ohne viel Federlesens agiert...

Nun hat es im ZE-Bereich das reine Sachleistungssystem kaum je gegeben,

schon immer hat sich der Patient an den Kosten mehr oder weniger beteiligen müssen. Es soll auch gar nicht bestritten werden, daß Eigenbeteiligungen bei bestimmten Leistungen gesundheitspolitisch vertretbar, ja vorteilhaft sein können und Signale für eine gezielte Eigenverantwortlichkeit abgeben können. Verhaltensänderungen sind erfahrungsgemäß erfolgreicher, wenn sie über den eigenen Geldbeutel laufen. Die für solche Experimente tauglichen Felder sind jedoch begrenzt. Das GRG hat mit den Erstattungsregelungen bei ZE und KfO die Möglichkeiten schon fast ausgeschöpft, die - mit sozialen Abfederungen und hohem Kassenanteil bei unverzichtbaren Leistungen ausgestattet - ohne unwürdige Nachteile für die Patienten funktionieren.

Der Kollegenschaft wurde vom FVDZ mit dem Begriff „Direktabrechnung“ lange Zeit suggeriert, daß sie damit einen Fuß in der Tür zur Honorarfreiheit hätte. War das eine absichtliche Täuschung oder nur naive Hoffnung? Direktabrechnung bzw. Erstattungsregelung ist lediglich ein anderer Zahlungsmodus, verwaltungsmäßig nicht unkomplizierter, für uns Zahnärzte aber ohne die Option des Honorarzuwachses.

Begriffsverschleierung und die Schlammschlachten aus allen berufspolitischen Ebenen galten einem anderen Ziel: dem kompletten Ausstieg aus der Sozialbindung, der Kündigung des Sicherstellungsauftrages, der Zerschlagung der Körperschaften und damit der

gnadenlosen Vermarktung zahnmedizinischer Kompetenz. Tanzübungen um das goldene Kalb!

Wenn der DAZ - trotz einiger Ausnahmen - am Prinzip der Sachleistung festhalten will, so nicht aus Gründen der Nostalgie, wie bequem es doch war, mit dem Patienten nicht übers Geld sprechen zu müssen. Wir werben vielmehr für die Einsicht, daß auch in Zukunft eine qualifizierte zahnmedizinische Betreuung für Jeden ohne unüberwindbare materielle und psychologische Barrieren gewährleistet sein muß. Während gewisse Hürden für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen keine negativen Wirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben, besteht in der Altersgruppe bis 35 Jahre eine deutlich bessere Mundgesundheit, wenn der Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen nicht durch finanzielle Belastungen erschwert wird. Das heißt, jedes Aufschieben zahnärztlicher Konsultation erweist sich als pathologisch eskalierend und außerordentlich kostentreibend. Ist das vielleicht die geheime Absicht mancher Aussteiger?

Die eben geschilderten Abhängigkeiten sind Ergebnisse der sogenannten RAND-Studie, einem Kontrollversuch über die Auswirkungen von Kostenbeteiligungen auf den Gesundheitszustand von Patienten. Diese Untersuchung fand 1985 in den USA statt, ist aber auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Wenn man berücksichtigt, daß in Kürze die Sozialsysteme der BRD und der DDR

harmonisiert werden müssen, 16 Mio. neue GKV-Mitglieder ein absolutes, wenn auch dürftiges Sachleistungssystem gewohnt sind, wird man diese umso weniger zusätzlichen Belastungen für zahnärztliche Leistungen aussetzen können. Eine gerechte und humane Sozialpolitik wird schon aus diesen Gründen an einem möglichst umfassenden Sachleistungssystem festhalten. Woher also sollen die erforderlichen politischen Mehrheiten für zahnärztliche Sonderwege kommen?

Ich halte deshalb die GKV-Ausstiegspolitik des FVDZ für politisch unrealistisch, für sozial unverantwortlich, für gesundheitspolitisch schädlich, nicht zuletzt sozialpsychologisch, d.h. für unser öffentliches Ansehen verheerend! Wir haben uns nicht - aus dem „Hinterhof der Medizin“ kommend, wie das der verstorbene BDZ-Präsident Sebastian sehr treffend beschrieben hat - ärztliches Prestige erarbeitet, um jetzt, angeführt durch Radikale wie Gutmann und Schirbort und ihre „fundamentalistischen“ Sekten, wieder aus der Sozialverpflichtung davonzustehlen. Das müßte nur den ohnehin bestehenden Verdacht eines verkümmerten Berufsethos der Zahnärzte bestätigen.

Ich halte die Absicht des Ausstieges aber auch aus ganz pragmatischen berufspolitischen Gründen für schlecht: Schon jetzt haben die KZVen keine brauchbaren Datensammlungen mehr, um ihre Funktion in der Selbstverwaltung und Vertragsgestaltung erfolgreich wahrnehmen zu können. 2,6% Punkt-

wertanhebung - bei 9 Mrd. DM Überschuß der GKV 1989 und anhaltender Hochkonjunktur - sind ein beredtes Zeugnis für die Impotenz der FVDZ-Politik. Die weitere Entmachtung der KZVen wird dazu führen, daß die schon jetzt selbstbewußte Krankenkassenbürokratie einschließlich des Medizinischen Dienstes nicht mehr ausbalanciert werden kann. Wir Zahnärzte können uns nicht mehr auf die genossenschaftlich organisierte Schutz- und kollegiale Korrekturfunktion unserer KZVen stützen. Schließlich werden die Krankenkassen Einzelverträge mit Zahnärzten abschließen, das bedeutet die Zersplitterung des Standes in viele abhängige Einzelkämpfer, denen dann erst klar werden dürfte, wie groß doch die Zonen der Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit innerhalb der GKV-Verträge gewesen sind.

Man könnte über eine weitere Privatisierung der zahnärztlichen Versorgung reden, wenn die beiden vom DAZ seit 10 Jahren verfolgten Ziele: systematische Prophylaxe und systematische Qualitätssicherung flächendeckend und effektiv installiert wären. Auf der Basis dieser Konzepte, entsprechend öffentlichkeitswirksam vermittelt, gäbe es ungleich günstigere Voraussetzungen für eine angemessene Entkrampfung der Honorarsituation und weitgehende Privatisierung.

Der rüde, unsensible Stil des FVDZ nach innen und außen, die durch diesen Verband erfolgte Militarisierung der Sprache mit den Vertragspartnern, die

Beleidigungen von Minister Blüm, die Verunglimpfung von Sachverständigenrat und Enquete-Kommission, die undemokratische Ausgrenzung abweichender Meinungen, ja diese Strategie einer Mafia hat sich - erwartungsgemäß! - als absolut kontraproduktiv herausgestellt. Wir alle haben dies zur Zeit und für noch lange Zukunft auszubaden!

Die ärztlichen Kollegen halten trotz viel größerer Schwierigkeiten (Stichworte: gedecktes Honorarvolumen, Ärzteschwemme, Qualifikationsprobleme, Gebietsarztkonflikte u.a.) am Sachleistungssystem fest, entdecken und verhandeln mit Phantasie Honorarmissen außerhalb des Deckels, orientieren sich an gesundheitspolitischen Prioritäten.

Wir sollten unsere Berufspolitik entradikalisieren, sie mit mehr Gesamtverantwortlichkeit, kritischer Offenheit, mehr Klugheit und Gelassenheit ausstatten. Dazu gehört eine klare Perspektive innerhalb des gewachsenen Systems der GKV. Wer das nicht einsehen mag, den wird niemand davon abhalten, noch heute seine Zulassung als Kassenzahnarzt zurückzugeben.

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

Zitate

1. Bei jedem dieser Schritte geht es um die Entscheidung, ob man sich an den Kategorien Gut und Böse, Freund oder Feind orientieren will, oder an der Realität der Beziehung.
2. Wenn man sich grundsätzlich für das Gegeneinander, für das Prinzip der Überlegenheit und gegen das Miteinander, gegen die Zusammenarbeit entschieden hat, dann kann man ungehindert durch mitmenschliches Zögern oder moralische Skrupel gegen die anderen vorgehen, man kann die Angst vor der Berührung mit dem Feind vermeiden. Ein großer Nachteil dieser Entscheidung besteht darin, daß man Teile der Realität nicht sieht. Das kann sehr gefährlich sein.
3. In der Innenpolitik glauben die meisten Mitglieder unserer politischen Parteien noch immer, daß Demokratie das Gegeneinander im Kampf um die Macht sei. Die Geborgenheit in der eigenen Gruppe scheint wichtiger zu sein als die Beweglichkeit innerhalb der eigenen Gruppe und in Richtung auf die „anderen“. Die Spaltung der Bevölkerung in „Lager“ erscheint wichtiger als das gemeinsame Bemühen um eine möglichst gute Politik. Jedes Lager lebt von der Ideologie der eigenen Werte und von der phantasierten Minderwertigkeit und Bösartheit im anderen Lager.

Thea Bauriedl

Ein erster Schritt - das Lindhorst-Papier

Dr. Roland Ernst - Vorsitzender des DAZ

Der Beschluß:

Im November 1989 beschloß die Bayerische Zahnärztekammer

1. die „Sachleistung sei für die Zukunft ohne Perspektive“, Qualität und Effizienz in der Zahnmedizin seien extrem bedroht,
2. „der gesetzliche Leistungsanspruch der Versicherten fördert die unbeschränkte Anspruchsspirale“, was zu „Preisverfall“ führe und
3. „für die Bezuschussung ... aller zahnärztlichen Leistungen wird ein Festkostenmodell vorgeschlagen“ auf der Basis einer neu zu entwickelnden Preisliste.

Der Vizepräsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. Lindhorst, hat auf der Basis dieses einstimmig angenommenen Antrages auftragsgemäß ein Konzept vorgelegt, das hier kurz vorgestellt werden soll:

Analyse und Konsens:

„Der Zahnarzt ist in seiner Berufsausübung unvertretbar eingeschränkt durch

ein Übermaß von Kontroll- und Prüfmaßnahmen, durch Einschränkungen bei der Finanzierung der Kassenleistungen“, Gesetze, Vorschriften, Verordnungen, Fristen etc. Der frei niedergelassene Zahnarzt könne unter diesen Bedingungen die Versorgung nicht mehr lange ohne Einschränkungen gewährleisten. Dann werden die Ziele entwickelt:

1. Die von Bürokratie befreite Berufsausübung
2. Eigenverantwortete Versorgung der Patienten
3. „Abschaffung der zum Durchschnitt herunternivellierten prinzipiellen Sachleistung“
4. „Leistungsgerechte Finanzierung“.

Aus diesen Zielen entsteht nun ein Konzept, das bis zum 30.06.1990 fertiggestellt sein soll. Es könne allerdings nur dann umgesetzt werden, wenn „wir Zahnärzte in der Bundesrepublik uns einheitlich dahinterstellen“. Die Chancen stünden gut, weil „grundsätzlich die Abschaffung von Sachleistung zu Gunsten einer neuen Rechtsform befürwortet wird“.

Das Konzept:

... „muß sozialverträglich sein, es muß moralisch und ethisch durch den Berufsstand offensiv verteidigt werden können“. „Individualprophylaxe für jeden vom Beginn des Lebens bis zum Ende“.

Es folgt in dem zehnsseitigen Konzept ein Modellvorschlag für eine neue Gebührenordnung mit „flexiblen Gebühren“, denn „die Patienten sind mit der durchschnittlichen Leistung heute nicht mehr zufrieden, viele verlangen überdurchschnittliche Leistungen und sind bereit, diese zu bezahlen ... Das Recht in unserem Berufsstand, selber für Ordnung sorgen zu können, muß von uns zurückgewonnen werden“.

Den Schluß bildet die „Umsetzungsstrategie“, aus der hier ein Zitat genügen soll: „Dann aber ist eine geschlossene Strategie zur Durchsetzung erforderlich. Unsere zentrale Öffentlichkeitsarbeit muß mit allen Mitteln dem entscheidenden Anliegen der Zahnärzteschaft zum Durchbruch verhelfen. Für diese Aufgabe sind alle Kräfte zusammenzufassen ...“.

Dem wäre inhaltlich nichts hinzuzufügen, wenn es nicht noch einige kleine Strategieüberlegungen weiter vorn im Papier gäbe. Dort sieht sich der Autor nach möglichen Mitstreitern um: „Partner bieten sich keine an!“, obwohl er einen Satz vorher für sein Konzept fordert: „Es muß sozialverträglich und in sich logisch sein, tragbar sowohl für die öffentliche Meinung, wie auch für die

Politiker“ und dennoch: „Gegner werden dafür reichlich vorhanden sein“. Und dann: „... befürworte ich neue Verbindungen im Sinne von Koalitionen mit den Krankenkassen. Bauen wir die Krankenkassen als Feind auf, wird das zu einer gewaltigen Zerreißprobe für unseren Berufsstand führen“.

Was nun?

Schon dieser letzte Satz ist es wert, daß man sich mit dem Papier beschäftigt. Die Erkenntnis ist ja nicht neu. Die zerrüttete Partnerschaft von Zahnärzten und Kassen ist eines der Grundübel der Standespolitik im abgelaufenen Jahrzehnt gewesen. Es bedarf keines „Konzeptes“, um zum normalen Umgang miteinander aufzurufen. Es wäre nur ein Minimum an Politik-Fähigkeit erforderlich. An dessen Fehlen wird auch dieses Konzept scheitern, denn der Lichtblick ist kurz. Es gibt nämlich einen „sozialpolitischen Gegner Nr. 1, ... den Gesetzgeber“.

Man stellt sich vor: Eine Standesvertretung legt ein Papier vor, mit dem sie dazu aufruft, zu ihren Gunsten zu verändern, was an Rahmenbedingungen in der Sozialgesetzgebung niedergelegt ist, ja gerade eben erst von einer konservativ-liberalen Regierung unter größten, fast existenzgefährdenden Geburtswehen im GRG neu geregelt worden ist. Es soll der Weg gebahnt werden, die Interessen von 38.000 Zahnärzten durchzusetzen - und im selben Atemzug wird der Gesetzgeber, der diese Gesetze nun

wieder ändern soll, zum „sozialpolitischen Gegner Nr. 1“ erklärt; und dies auch noch in einem öffentlich diskutierten Strategiepapier!

Es wäre zu verstehen gewesen, wenn Zahnärzte bei den Politikern dafür geworben hätten, überbordende Kompetenzen der Kassen (z.B. Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst, Ausgestaltung der Gruppenprophylaxe etc.) zu beschneiden und für dieses Ziel auch eine scharfe Auseinandersetzung mit ihnen riskiert hätte. Aber umgekehrt? Schon die Forderung, mit den Kassen partnerschaftlichen Konsens zu finden, muß das Konzept scheitern lassen, solange auf der Zahnärzteseite eine Blockpartei die Richtlinien der Standespolitik bestimmt. Politik als Interessenausgleich, als Kompromißfindung von Geben und Nehmen setzt die nüchterne Einschätzung der eigenen Stärke voraus. Davon sind wir aber noch weit entfernt.

Dafür gibt es in dem Papier ein bemerkenswertes Beispiel:

„... das erste Kernstück des Konzeptes. Der Berufsstand stellt jedem Mitbürger eine optimale Chance zur Zahngesundheit zur Verfügung“ - als gäbe es keine gigantische von Zahnärzten unbeeinflussbare Zuckerwerbung, keine Defizite in der Massen- und Gruppenprophylaxe, in der Individualprophylaxe-Ausbildung der Zahnärzte, der Kinderärzte, der Erzieher, der Lehrer; als gäbe es kein öffentliches Desinteresse an der Gesunderhaltung der Zähne. Die Zahnarztpra-

xis ist nach wie vor das teuerste Endglied einer Kette von Versäumnissen, die viel früher und billiger geknackt werden könnte und müßte. Daß sich Standesorganisationen niedergelassener Zahnärzte daran nicht beteiligen, ist zwar legitim, erhöht aber nicht ihre Glaubwürdigkeit.

Zur Sachleistung:

Es ist dem sozialpolitischen Umfeld gleichgültig, ob in der Zahnärzteschaft „Konsens“ darüber besteht, daß das Sachleistungssystem abgeschafft werden soll. Wenn ein System zur Vergütung der Einzelleistungen erhalten werden soll - was anzustreben ist -, dann ist das Sachleistungssystem das sozial gerechteste, auch wenn es z. Zt. trotz oder durch fortgesetzte Änderungen nicht mehr zur Zufriedenheit aller funktioniert. Die notwendige Therapiefreiheit muß nur erhalten und von unnötigem Verwaltungsaufwand befreit werden. Zuzustimmen ist dem Ruf nach einer ausgewogenen Vergütung, nicht unbedingt nach dem überholungsbedürftigen BEMA, sondern nach sachgerechter Leistungsbewertung und möglichst exakt definierten Standards. Überzeugende Vorschläge dazu müssen wir mit unseren Partnern, den Krankenkassen erarbeiten und für ihre Umsetzung durch den Gesetzgeber gemeinsam werben. Das Ziel muß eine neue Definition, nicht der Abbau von Sozialleistungen sein.

Individualprophylaxe für jeden in jedem Lebensalter muß auf einer funktio-

nierenden frühen Gruppenprophylaxe aufbauen, wenn sie epidemiologisch und ökonomisch Sinn haben soll.

Eine vertraglich exakt geregelte, umfassende Grundversorgung aller Sozialversicherten unter Förderung der Eigenverantwortung (z. B. Bonus und Beitragsrückerstattung) ist einzuführen. Ein Bonus oder eine Beitragsrückerstattung ist zu gewähren, wenn festgestellte Zahnschäden regelmäßig konservierend und chirurgisch saniert werden. Die geplante Regelung: höherer Zahnersatz-Zuschuß bei regelmäßiger Kontrolle ist demotivierend. Hier soll eine Therapie belohnt werden, die gerade durch gute Mitarbeit des Patienten unnötig ist.

Eine über die oben genannte Grundversicherung hinausgehende Versorgung kann nach dem Kostenerstattungsprinzip erbracht werden. Dabei sollte wiederum die Eigenverantwortung berücksichtigt werden.

Fazit:

Mit diesem Konzept tut die Zahnärzteschaft einen vorsichtig-tastenden Schritt aus dem weiten sozialpolitischen Abseits in Richtung Realität. Aber wo sind die Sozialpolitiker, die die Gesetze ändern? Wo sind die Journalisten, die dem Konzept in der Bevölkerung Akzeptanz verschaffen könnten?

Wo sind die Krankenkassen (oder die privaten Versicherungen), die sich beteiligen? Und wo vor allem sind die Patienten, die dies alles finanzieren sollen ohne den Nachweis der Qualität und der Effektivität? Die Bewertung: Es bleibt vorläufig alles beim Alten! Aber es gibt wenigstens schon mal ein Konzept.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst

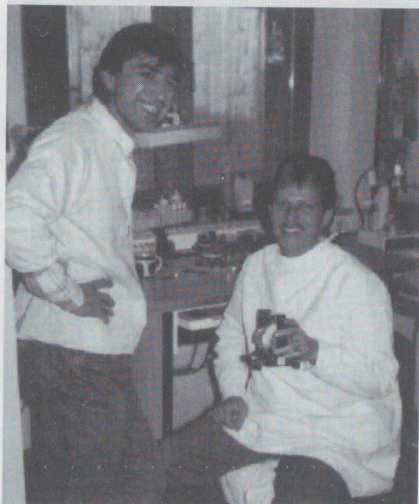
Waldblick 2

2905 Edewecht

Gesundheitspolitik
durch Kompetenz
und Verantwortung
mitgestalten
Darum



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

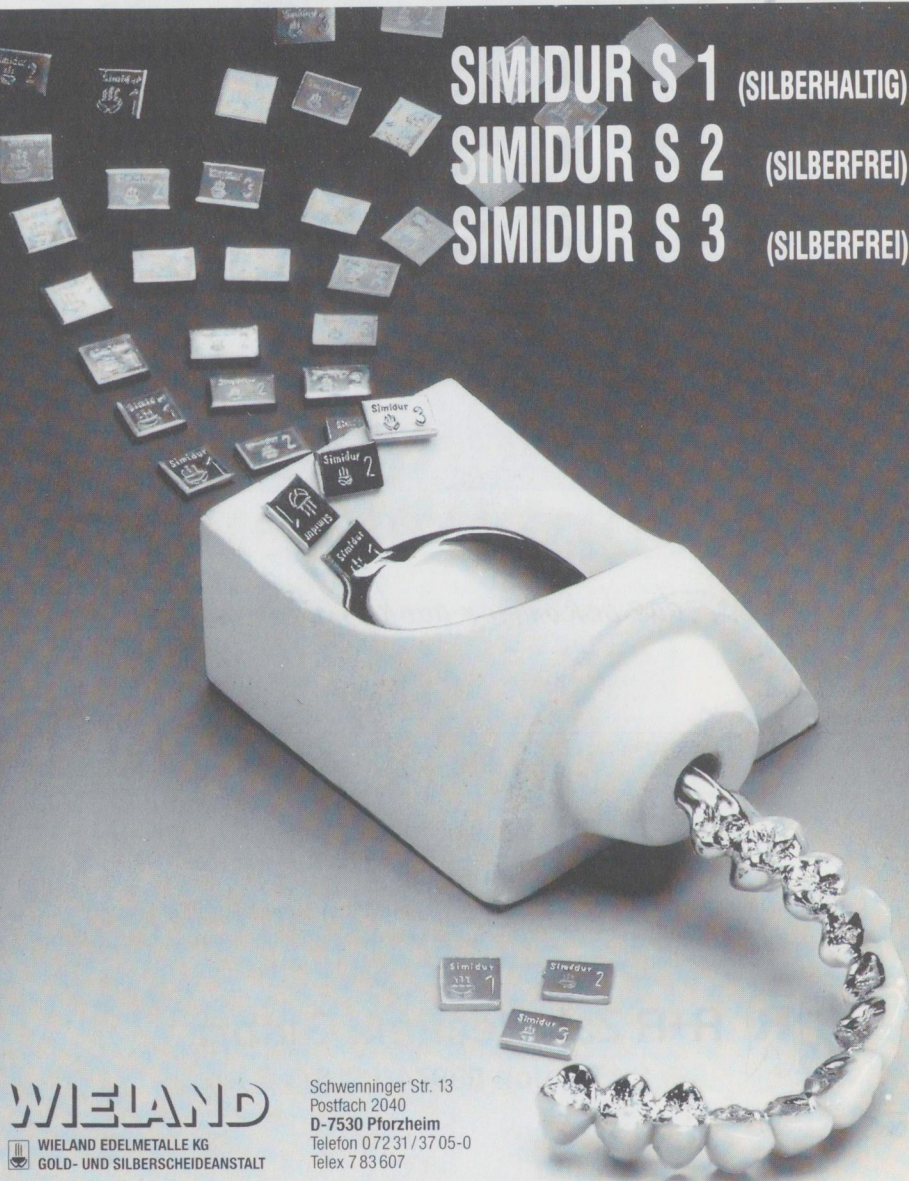
Telefon 09974/1515

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

Zur Begriffsklärung: Sachleistung, Kostenerstattung

Wie Juristen das Sachleistungsprinzip, die Kostenerstattungsregelungen und die Rechtsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient sehen, kommt in einem ausführlichen Artikel zur „Rechtsbeziehung zwischen Kassenzahnarzt und sozialversichertem Patienten nach dem Gesundheits-Reformgesetz“ zum Ausdruck. Der Beitrag von Prof. F. E. Schnapp und Assessorin R. Düring ist erschienen in der Neuen Juristischen Wochenschrift, 42. Jahrgang, Heft 46, S. 2913-2976, Nov. 1989.

Hierin wird das Sachleistungsprinzip als Charakteristikum der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet, wobei die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Ersatzkassen verpflichtet sind, ihre Leistungen in Form von Naturalleistungen zur Verfügung zu stellen. Diese Naturalleistungen werden von den Leistungserbringern wie z.B. den Kassen(zahn)ärzten, den Apothekern oder den Krankenhäusern für Rechnung der Versicherungsträger erbracht.

Nach § 2 II SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit das Gesetz

nichts Abweichendes vorsieht. Das Sachleistungsprinzip bedingt, so die Autoren, eine bestimmte Struktur der Rechtsbeziehungen zwischen den an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Personen. Die Krankenkassen schließen zur Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten Verträge mit den Leistungserbringern. Während in den Anfängen der Krankenversicherung noch Einzelverträge mit den Leistungsanbietern geschlossen wurden, hat sich inzwischen ein polygonales Verhältnis entwickelt, ausgehend vom Patienten, der einen Behandlungsanspruch gegen seine Krankenkasse hat, über die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen, die ihrerseits Verträge mit den kassenärztlichen Vereinigungen schließen bis hin zum einzelnen (Zahn-) Arzt, der mit der Behandlung des sozialversicherten Patienten seine mitgliedschaftlichen Pflichten gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung erfüllt.

Zur Kostenerstattung führen die Autoren aus, daß abweichend von diesem Grundsatz (Sachleistung) § 131 SGB V ausnahmsweise die Kostenerstattung für zulässig erklärt, soweit sie in diesem

Buch vorgesehen ist. Bereits in der Reichsversicherungsordnung fänden sich einige ausdrücklich genannte Durchbrechungen des Naturalleistungsprinzips, so z.B. die Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in § 185 III a.F. RVO (heute § 38 IV SGB V) oder die Erstattung der Fahrkosten gem. § 194 a.F. RVO (heute § 60 SGB V). Diese Leistungen wiesen indes Besonderheiten auf, die sie von den im zahnärztlichen Bereich eingeführten Regelungen unterscheiden. So handele es sich bei der Haushaltshilfe gem. § 38 SGB V grundsätzlich um einen Sachleistungsanspruch, der sich nur unter den in Abs. 3 genannten Voraussetzungen - wenn die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen kann oder Grund besteht, davon abzusehen - in einen Geldleistungsanspruch umwandelt. Im Falle der Fahrkosten gebieten Gesichtspunkte der Praktikabilität, daß der Versicherte sich die Leistung zunächst auf eigene Rechnung beschafft. Ein Grund dafür sei, daß es in diesem Bereich keinen geschlossenen Kreis von Leistungsanbietern gibt, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen vertragliche Abreden treffen könnten. Die Fahrkosten seien zudem nur eine Nebenleistung zur Krankenhilfe.

Im Rahmen der Erprobungsregelungen (§§ 63 ff. SGB V) werde den Krankenkassen seit neuestem in § 64 SGB V die Möglichkeit eingeräumt, Versicherten generell anstelle der Sachleistungen Kostenerstattung zu gewähren. Nur *damit* sei hier das in der Privatversiche-

rung praktizierte Verfahren angesprochen. Der Gesetzgeber habe sich zu dieser Erprobungsregelung entschlossen, um praktische Erfahrungen in der Frage sammeln zu können, inwieweit Kostenerstattungsregelungen tatsächlich das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten verändern können.

Ausführlich gehen die Autoren auf die bisherige Einordnung der kieferorthopädischen und zahnprothetischen Leistungen ein.

Der Prothetik z. B. komme schon immer eine gewisse Sonderstellung zu. Seit ihrer Einführung als Versicherungsleistung durch den Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 2.11.1943 wurde die Zahnprothetik als Zuschußleistung bezeichnet. Das BSG⁵ qualifiziere sie als Leistung eigener Art mit teilweiser oder völliger Kostenerstattung an den Versicherten. Hier taucht zwar erstmals in der höchstrichterlichen Rechtsprechung der Begriff der Kostenerstattung auf; irgendwelche Schlußfolgerungen hinsichtlich der Art und Weise des Abrechnungsmodus habe das BSG daraus jedoch nicht gezogen.

Mit Inkrafttreten des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes (KVEG) am 1.1.1982 seien die zahnärztlichen Leistungen bei der Prothetik den Sachleistungen zugeordnet, das Honorar hierfür in die Gesamtvergütung einbezogen worden. Die Auszahlung des nunmehr nur noch für die zahntechnischen Leistungen gesetzlich vorgesehenen Zuschusses erfolgte in Ausführung einer in

§ 261 BMV - Zahnärzte getroffene Vereinbarung in der Weise, daß die Krankenkassen mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Zahnarzt an die Kassenzahnärztliche Vereinigung leisteten, die ihrerseits die Zahlung an den Kassenzahnarzt weiterleitete. Die Abwicklung entsprach damit dem Zahlungsfluß bei den Sachleistungen. Allenfalls in Höhe des vom Versicherten zu tragenden Eigenanteils konnte ein unmittelbarer Anspruch des Kassenzahnarztes gegen den Patienten in Betracht kommen. Der Kassenzahnarzt konnte gem. § 4 VI BMV-Zahnärzte vom Versicherten direkt dessen Eigenanteil fordern.

Zur Einordnung der Kostenerstattung nach §§ 29, 30 SGB V in das System der gesetzlichen Krankenversicherung führen *Schnapp* und *Düring* die Amtliche Begründung an, nach der mit § 30 SGB V festgelegt werden solle, daß der Zuschuß zu den zahnprothetischen Leistungen eine Kostenerstattungsleistung sei. Es wird jedoch gleichzeitig darauf hingewiesen, daß der Versicherte Kassenspatient bleibt, was u.a. die Folge hat, daß für die Vergütung der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen maßgeblich ist und die Regelungen über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung anwendbar sind.

Desweiteren betonen die Autoren, daß angesichts der gesetzgeberischen Zielsetzung, mit dem Gesundheits-Reformgesetz eine Kostenstabilisierung im

Gesundheitswesen herbeizuführen, nicht anzunehmen sei, daß der Gesetzgeber eine verwaltungstechnisch aufwendige Kostenerstattung mit millionenfachen Einzelabrechnungen einführen wollte.

Die Kostenerstattung stelle, so die Autoren, in gewisser Weise einen Fremdkörper in der vom Sachleistungsprinzip bestimmten Systematik des Krankenversicherungsrechts dar, der sich nicht nahtlos in das im Kassenarztrecht vorzufindende Vertragsgeflecht einfügen lasse.

Allein der äußere Anklang an die Terminologie des Privatversicherungsrechts bedeute rechtlich nicht, daß nunmehr stets eine Kostenerstattung wie bei Privatpatienten durchzuführen sei. Ein und derselbe Ausdruck in unterschiedlichen Rechtsmaterien bedeute nicht zwangsläufig dasselbe.

Nach § 30 SGB V seien Gegenstand dieser Regelung Maßnahmen „im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung“. Die Leistungen blieben demnach auch weiterhin eingebettet in das öffentlich-rechtliche System des Kassenarztrechtes; der Versicherte werde nicht aus dem öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungssystem in die Privatautonomie des bürgerlichen Vertragsrechts entlassen.

Dafür spreche auch, daß im Katalog der zur kassenärztlichen Behandlung zählenden Leistungen in § 73 II 2 SGB V ausdrücklich die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie die kieferorthopä-

dische Behandlung genannt wird. Die Qualifikation als Kassenleistung werde ferner dadurch dokumentiert, daß für die Leistungen die Bestimmungen „der schriftlichen Verträge der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen“ (§ 72 II SGB V) maßgeblich seien und die Leistungserbringer einer Wirtschaftlichkeitsprüfung wie bei den Sachleistungen unterlägen. Es werde berücksichtigt, daß die Kostenerstattung ein anderes Prüfungsverfahren und andere Kontrollinstrumentarien erfordern könne als die Sachleistung, in beiden Fällen aber eine Kontrolle gewährleistet sein müsse. Eine effiziente Wirtschaftlichkeitsprüfung mit der dazugehörigen statistischen Aufbereitung von Behandlungsdaten wäre bei einer rein privatrechtlichen Zahlungsabwicklung zwischen Zahnarzt und Patient kaum mehr möglich.

Die Verwendung des Terminus „Kostenerstattung“ führe nicht zu einer privatrechtlichen Beurteilung der zwischen den Beteiligten bestehenden Rechtsbeziehungen, vielmehr handle es sich hier um ein „Kostenerstattungsprinzip mit kassenarztrechtlicher Prägung“.

Die Art der Rechtsbeziehung zwischen Kassenarzt und Patient ist für die Autoren im einzelnen umstritten. Eine Direktabrechnung über die Gesamtkosten käme überhaupt nur dann in Betracht, wenn zwischen dem Zahnarzt und dem sozialversicherten Patienten unmittelbare vertragliche Rechtsbeziehungen

beständen, die eine solche Zahlungspflicht des Patienten auslösten.

Zum aktuellen Meinungsstand hierüber führen *Schnapp* und *Düring* an, daß die wohl überwiegende Meinung in der zivilrechtlichen Literatur und Rechtsprechung einen privatrechtlichen Vertrag annehme, Literatur und Rechtsprechung im Sozialrecht dezidiert anderer Ansicht seien, indem sie entweder ein Vertragsverhältnis überhaupt verneinten oder die Rechtsbeziehungen zwischen Kassenarzt und Versicherten dem öffentlichen Recht, näherhin: dem Sozialrecht zuordnen. Auch in der neueren zivilrechtlichen Kommentarliteratur fänden sich inzwischen Stimmen, die - entgegen früher geäußerten Ansichten - keine zivilrechtliche Allokation mehr vornähmen.

Gegen die Annahme eines privatrechtlichen Vertrages spreche schließlich und vor allem das Fehlen der für das Vertragsrecht typischen privatautonomen Gestaltungsfreiheit. Für den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnarzt bestehe - außer in Fällen begründeter und begründungsbedürftiger Ablehnung der Behandlung - keine Abschlußfreiheit, er sei mithin - von den soeben erwähnten Ausnahmen abgesehen - kraft Gesetzes- und Satzungsrechts zur Behandlung von sozialversicherten Patienten verpflichtet, so daß für eine zusätzliche Inpflichtnahme durch einen bürgerlich-rechtlichen Vertrag zwischen ihm und den Versicherten kein Raum mehr sei.

Wo der Bereich der Krankenversicherungsleistungen verlassen werde, so die Autoren, könne die Beurteilung anders ausfallen. Hier kämen vertragliche Beziehungen unmittelbar zwischen Zahnarzt und Patient in Betracht. So sei - wie bereits dargestellt - in § 4 VI des BMV-Zahnärzte festgelegt, daß vom Vergütungsanspruch des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung der Eigenanteil des Patienten ausgenommen ist. Ebenso, wie ein privatrechtlicher Vertrag dann geschlossen wird, wenn ein Patient vom Kassenzahnarzt Leistungen erhält, die über den Katalog der kassenzahnärztlichen Leistungen hinausgehen, so werde auch hinsichtlich des nicht von der Krankenkasse zu übernehmenden Anteils ein privatrechtlicher Vertrag geschlossen.

Die abschließenden Ausführungen der Autoren fußen auf der Unterstellung, daß zwischen Kassenzahnarzt und versichertem Patienten im hier diskutierten Bereich ein Vertrag zustandekommt, der dem Regime des bürgerlichen Rechts unterliegt: Selbst wenn man das Zustandekommen eines privatrechtlichen Vertrages bejahe, so ließe dies nicht den Schluß zu, daß die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient einer Regelung im Rahmen eines Gesamtvertrages durch die Krankenkassen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entzogen wären. Regelungsgegenstand der Verträge nach §§ 82 ff. SGB V sei zunächst alles, was zur kassen(zahn)ärztlichen Versorgung gehört. Hierzu zählten - wie bereits festgestellt - auch

die kieferorthopädischen und die zahnprothetischen Leistungen.

Dieser Standpunkt werde auch vom SG München geteilt. Zutreffend stelle das Gericht fest, daß eine Direktabrechnung jedenfalls nicht der einzige nach dem SGB V gangbare Weg sei, eine Vereinbarung durch die Kollektivvertragsparteien und eine Abrechnung über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vielmehr weiterhin möglich bleiben.

Zusammenfassend betonen die Autoren zum Schluß ihres Artikels, daß die Neuregelungen der kieferorthopädischen und zahnprothetischen Leistungen in §§ 29 und 30 SGB V in einem wichtigen Bereich das Prinzip der Kostenerstattung in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt haben. Kostenerstattung sei hier aber nicht gleichzusetzen mit dem von den Privatversicherern praktizierten Verfahren, sie werde vielmehr von den Besonderheiten des Kassenarztes geprägt. Die Verbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen könnten mithin vertraglich die Abrechnungsmodi für die Leistungen festlegen.

Soweit die wichtigsten Auszüge aus diesem informativen Beitrag in der NJW, Heft 46, Nov. 1989.

r.p.

Katastrophenschutzergänzungsgesetz

Vom Deutschen Bundestag verabschiedet

Der Titel des Gesetzes ist gleichermaßen bombastisch wie irreführend. Regelt wird nicht die Organisation und Bereitstellung von Hilfe bei möglichen Großunfällen in Industrieunternehmen oder bei Flugzeugabstürzen, was immerhin sinnvoll wäre, es wird vielmehr festgelegt, wie der "Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren und Schäden, die im Verteidigungsfall drohen", erreicht werden soll (§ 1).

Um in einem künftigen Krieg die Zivilbevölkerung zu schützen, erscheint es der Regierung wie den zustimmenden Abgeordneten von CDU/CSU und FDP notwendig, eine allgemeine Zivilschutzpflicht für Männer ab 18 Jahren sowie die Erfassung aller im Gesundheitswesen Tätigen einzuführen, Krankenhäuser und Arztpraxen müssen ab sofort den Besuch von Zivilschutzplannern in ihren Räumen dulden, sie haben die verlangten Auskünfte zu erteilen.

Die Hilfsorganisationen wie Rotes Kreuz, Johanniter Unfallhilfe oder Malteser Hilfsdienst bilden die wesentlichen Stützen aller Planungen, dem Technischen Hilfswerk werden besondere Aufgaben zugewiesen. Die Krankenhäuser können verpflichtet werden, Alarmpläne (zur Platzbeschaffung) für den Krieg aufzustellen.

So soll mit umfassenden Planungen, mit Stäben und Ämtern und Behörden

Vorsorge getroffen werden vor den "gesundheitlichen Gefahren" eines zukünftigen Krieges. Die Aktivierung aller so verplanten Krankenhäuser und Praxen kann nach dem neuen Gesetz im übrigen bereits in Krisenzeiten erfolgen, was immer das bedeuten mag.

Die Internationale Ärztorganisation zur Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) hat sich nachdrücklich gegen dieses Gesetz ausgesprochen. Es täuscht ihrer Meinung nach medizinische Hilfsmöglichkeiten in einem zukünftigen Krieg vor und es behindert den Prozeß der Entspannung, der den Abbau alter Feindbilder zur Voraussetzung hat.

Daß es ausgerechnet zu einem neuen Notstandsgesetz in der Bundesrepublik kommt, während in den "alten Feindländern" sich überaus beeindruckende Wandlungen vollziehen mit der unübersehbaren Tendenz zu mehr friedlichem Miteinander in Europa, das muß eigentlich nachdenklich stimmen. Neues Denken ist wohl nicht nur östlich der Elbe gefordert, auch hierzulande ist das Infragestellen der alten Vorstellungen und Denkschemata dringend nötig.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Lutz Albers
Taubenstraße 8
2900 Oldenburg

Angebot an DDR: Einführung einer gegliederten sozialen Krankenversicherung mit Selbstverwaltung

Spitzenverbände legen Grundsatzposition vor

Über die Schaffung eines einheitlichen Wirtschafts-, Währungs- und Sozialraumes in Deutschland besteht bei allen wichtigen politischen Kräften in beiden deutschen Staaten Übereinstimmung.

Marktwirtschaft in einem vereinten Deutschland ist nur als Soziale Marktwirtschaft denkbar. Die soziale Krankenversicherung ist ein wichtiger und notwendiger Bestandteil der Sozialen Marktwirtschaft. Ein gegliedertes Krankenversicherungssystem mit wettbewerblichen Elementen bietet die beste Gewähr für eine bedarfsgerechte, versichertenfreundliche und qualitativ hochstehende Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu sozial verträglichen Beitragssätzen. Es schafft Wahlmöglichkeiten für die Versicherten, wie sie einer freiheitlichen und pluralistischen Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung in einem vereinten Deutschland entsprechen.

Die Umsetzung dieser Grundsätze macht es nach Auffassung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen - BdO und Seekasse waren an die-

sem Positivpapier nicht beteiligt - erforderlich, im Zuge der Schaffung eines einheitlichen Wirtschafts-, Währungs- und Sozialraumes die soziale Krankenversicherung in der DDR auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik aufzubauen. Ziel sollte ein solidarisches und beitragsfinanziertes, vom Staat unabhängiges, selbstverwaltetes Krankenversicherungssystem für ganz Deutschland sein.

Die Spitzenverbände halten es für möglich, das soziale Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik mit seinen tragenden Elementen Solidarprinzip, Sachleistungssystem, Gliederung und Selbstverwaltung relativ kurzfristig schrittweise in der DDR zu installieren. Dies ist aus Sicht der Spitzenverbände unabdingbare Voraussetzung für ein funktions- und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den sozialen Sicherungsbedürfnissen der DDR-Bürger entspricht.

Die Spitzenverbände verstehen ihre Aussage als ein Angebot an die Politik in beiden Teilen Deutschlands, im Interesse der Bürger der DDR das Niveau der Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Sicherung zügig an das der Bundesrepublik anzuleichen.

1. Vorbereitungsphase für die Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystems

Erforderlich sind Erklärungen der Regierungen der DDR und der BRD, im Rahmen der Vereinbarungen zur Sozialunion ein gegliedertes Krankenversicherungssystem auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik errichten zu wollen. Die Weichen dafür müssen von Anfang an in diese Richtung gestellt werden.

Die Errichtung eines gegliederten sozialen Krankenversicherungssystems in der DDR sollte durch einen Beirat, in dem auf seiten der Bundesrepublik sämtliche Spitzenverbände der GKV mitwirken, unterstützt und vorbereitet werden. Die Vorbereitungsphase ist durch folgende Schritte gekennzeichnet:

- Loslösung der Sozialversicherung vom FDGB
- Trennung der Versicherungssparten Renten-, Unfall-, Krankenversicherung
- Vorläufige Verwaltung der Krankenversicherung in der bisherigen staatlichen Form
- Finanzierung der Krankenversicherung wie bisher über Beiträge und Staatszuschüsse
- Investive Hilfen durch den Staat, insbesondere im Krankenhausbereich, zum Aufbau eines leistungsfähigen Gesundheitswesens
- Vorbereitung auf dezentrale Gliederung und Selbstverwaltung, Aufbau von Kassenorganisationen

- Schulung von Mitarbeitern für das künftig anzuwendende Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht
- Entstaatlichung der Anbieterstrukturen im Gesundheitswesen auf der Basis von Trägervielfalt
- Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung (Aufbau von leistungsfähigen Organisationen der Ärzte, Zahnärzte etc.)
- Vorbereitung von Verträgen mit Leistungserbringern

2. Umstellung auf die gegliederte und selbstverwaltete Krankenversicherung mit einheitlichem Krankenversicherungsrecht (spätestens ab Anfang 1991)

Diese Phase umfaßt die Beendigung der Tätigkeit der staatsverwalteten Sozialversicherung und Aufnahme der Tätigkeit der Krankenkassen nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches, insbesondere durch:

- Errichtung und Tätigwerden berufs-, betriebs- und gebietsbezogener Krankenkassen (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Seekasse, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen) für die Absicherung der gesamten Bevölkerung.
- Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung gewachsener Versorgungsstrukturen

durch sachleistungsorientierte Verträge mit niedergelassenen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen sowie mit Polikliniken, Ambulatorien, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern.

• Kostendeckende Finanzierung aus

Beitragsmitteln (Finanzierung durch Arbeitgeber und Versicherte).

- Organisatorische und personelle Hilfen für die Krankenkassen durch die Krankenversicherung der Bundesrepublik.

Aus „Die Ersatzkasse“ 4/1990

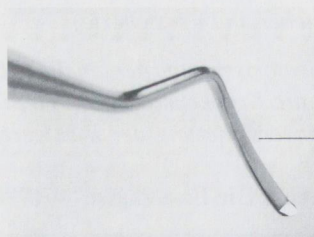
Arzthelferinnen fordern Neubewertung der medizinischen Assistenzberufe

Für eine rasche Angleichung der Arbeitsbedingungen in der DDR und der Bundesrepublik hat sich die Vorsitzende des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen (BdA), Gudrun Klöß, ausgesprochen. Auf der Bundesversammlung des BdA - dem bundesweit 20.000 berufstätige Frauen angehören - am 04. - 06.05.1990 in Mannheim kündigte die BdA-Vorsitzende die Unterstützung und Hilfe für die Kolleginnen im anderen Teil Deutschlands durch die Ausdehnung der Verbandsarbeit auf das Gebiet der DDR an, da mangelnde Anerkennung und unzureichende Bezahlung in diesem typischen Frauenberuf ein „gesamtdeutsches“ Problem seien.

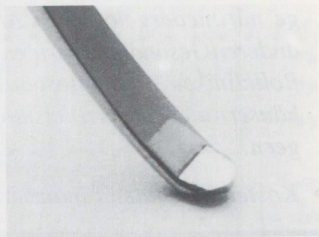
Durch den Einigungsprozeß beider deutscher Staaten werde sich die Perso-

nalsituation im gesamten Gesundheitsbereich weiter zuspitzen, befürchtet die BdA-Vorsitzende. Deshalb plädiert der BdA für eine Öffnung des Verbandes auch für andere Berufe. So soll mehr Einfluß gegenüber den Arbeitgebern und eine sinnvolle Abstimmung untereinander erreicht werden. „Wir brauchen eine Neubewertung aller Assistenzberufe im Gesundheitswesen, um die großen Personalprobleme, die durch die katastrophale Situation in der DDR noch verstärkt werden, lösen zu können“, warnte Gudrun Klöß. Die Schließung ganzer Krankenhausabteilungen, die Einschränkung von Sozial- und Pflegediensten und teils utopische Wartezeiten bis zur Behandlung in den Arzt- und Zahnarztpraxen sind nach Auffassung der BdA-Vorsitzenden Warnsignale, die nicht mehr übersehen werden dürfen.

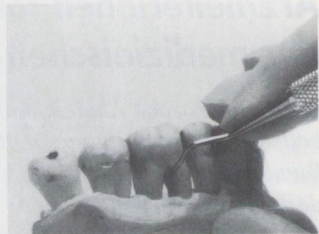
Die Firma HU-FRIEDY hat neue Furkations-Instrumente entwickelt: die SQ (Quétin)-Küretten. Sie sind als Satz für die bukkalen und lingualen Flächen als SQBL und für die mesialen und distalen Flächen als SQMD erhältlich. Die SQ-Sätze werden in 2 Größen hergestellt: SQBL1/SQMD1 mit einem 0,9 mm breiten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



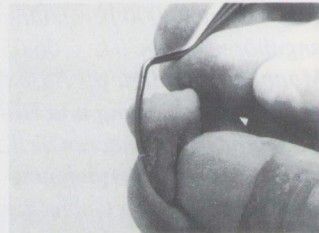
unterster Schaft



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

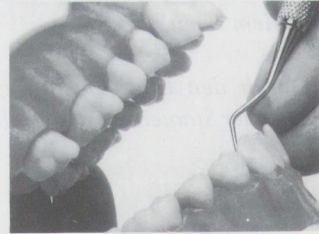


Durch die schmalen, trotzdem sehr stabilen, Arbeitsenden sind die SQ-Küretten die idealen Reinigungsinstrumente für die unterschiedlichsten Furkationen sowie für sämtliche Einziehungen bukkal, lingual, mesial und distal im Molaren- und Prämolarenbereich.



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

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



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

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

Zahnärztliche Ausbildung mit neuer Zielsetzung?

Interview mit Prof. Dr. W.-E. Wetzel

Seit 10 Jahren fordert der DAZ eine Neuorientierung des zahnmedizinischen Studiums mit dem Ziel, den Bereich der Prävention und der Kinderzahnheilkunde aber auch der Parodontologie stärker zu gewichten, den der prothetisch-technischen Fächer dagegen zu reduzieren. Immer wieder sind diese Vorschläge von der Hochschule und der DGZMK zurückgewiesen oder gebremst worden - es bestand angeblich kein Handlungsbedarf. Das scheint sich jetzt zu ändern. In einem Vorschlag zur Neufassung des § 49 der Prüfungsordnung für Zahnärzte, der von mehreren Hochschullehrern formuliert wurde - u. a. von Prof. Wetzel - wird jetzt eine Neugewichtung der Fächer Kariologie, Endodontie, Parodontologie, Prävention und Kinderzahnheilkunde gefordert. Dr. H.-W. Hey von der *forum*-Redaktion führte hierzu ein Gespräch mit Prof. W.-E. Wetzel, dem Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen.

FORUM: Herr Professor Wetzel, es gibt in der Bundesrepublik 24 zahnmedizinische Universitätsinstitute, jedoch nur einen Lehrstuhl für präventive Zahnmedizin, zwei selbständige Abteilungen für Kinderzahnheilkunde sowie drei bis vier Abteilungen für Parodontologie. Gerade in diesen Fachbereichen sind jedoch, wie zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, die größten Handlungs- und Behandlungsdefizite zu verzeichnen. Erfordern diese Defizite nicht die spürbare Aufwertung dieser Fächer mit eigenen Abteilungen und Pflichtkursen an allen zahnärztlichen Ausbildungsstätten?

WETZEL: Die Zahnheilkunde der letzten 20 Jahre hatte sicherlich ihre Verdienste was die kurative Ausrichtung angeht, d.h. wir können zweifellos ein hochwertiges Versorgungsniveau in unserer Erwachsenen-Bevölkerung feststellen. Die Prophylaxe konnte sich dabei aber überwiegend nur therapiebegleitend entwickeln. Es fehlt somit die vorausseilende Prophylaxe, die wir als Primär-Prophylaxe bezeichnen. Insofern stellt das gängige Prinzip der kurativen Zahnheilkunde im Grunde ein hinterhereilendes Prinzip dar.

Ich kann Ihnen also recht geben, daß

wir unbedingt eine Neuorientierung benötigen. Innovationen sind unumgänglich.

FORUM: Können in den Instituten ohne eigene Abteilungen für Prävention, Kinderzahnheilkunde und Parodontologie Ihrer Meinung nach die konservierenden Abteilungen die erforderlichen Ausbildungskapazitäten „nebenbei“ bereitstellen, also ohne eigene Lehrstühle?

WETZEL: Es ist so, daß diejenigen, die meinen, immer noch das gesamte Fachgebiet der Zahnerhaltungskunde global als Hochschullehrer abdecken zu können, es eigentlich am schwersten haben. Ihre egozentrische Auffassung bürdet ein hohes Maß an Lehrtätigkeit auf, das letztlich nur durch Verzicht auf Einzelgewichtung zu bewältigen ist. Das bringt den persönlichen Nachteil fehlender Arbeitsteilung, auch können wissenschaftliche Schwerpunkte nur schwieriger gesetzt werden. Sie sind so letztlich zu Kompromissen gezwungen, obwohl sie sich persönlich sicherlich bemühen, alles abzudecken, aber es dann doch nicht können.

FORUM: Das Fach ist einfach zu groß geworden.

WETZEL: Richtig.

FORUM: Es ist völlig unbestritten, daß die Kapazitätenverordnung zu der ungünstigen Ausbildungssituation an den zahnärztlichen Instituten geführt hat. Aber ist es nicht auch erforderlich, eine qualitative Neuorientierung der Appro-

bationsordnung durchzuführen, um die zeitgemäße Ausbildung von Zahnärzten sicherzustellen? Wie müßte z.B. die Änderung der Approbationsordnung aussehen, um eine zeitgemäße Aufwertung des Faches Kinderzahnheilkunde herbeizuführen?

WETZEL: Wir bedürfen unbedingt einer Neuorientierung, auch im Hinblick auf Veränderung der schon sehr alten Approbationsordnung von 1955. So ist beispielsweise der Begriff der Kinderzahnheilkunde dort gar nicht vorhanden. Überhaupt sind die Teilbereiche der Parodontologie, Prävention und Kinderzahnheilkunde in der Approbationsordnung insgesamt nur unzureichend berücksichtigt.

Insofern bedarf es dringend dieser Novellierung. Ob nun von vornherein eine Eigenfachgewichtung für Parodontologie und auch für Kinderzahnheilkunde/Prävention als unabhängige Prüfungsfächer erforderlich ist, erscheint mir nicht so wichtig. Ein mir sympathisches Modell wäre auch, wenn wir über der bisherigen Dachkonstruktion der Zahnerhaltungskunde Teilgewichtungen ausweisen würden. Dabei könnten eigenständige Prüfungen für die klassische Zahnerhaltung, nämlich Endodontie/Kariologie, für die Parodontologie und schließlich für Kinderzahnheilkunde/Prävention eingeführt werden. In diese Richtung geht übrigens der momentane Reformzug. Die Hochschullehrer für Zahnerhaltung haben bereits eine Kommission für die Erarbeitung von Vorschlä-

gen zur Änderung der Approbationsordnung eingesetzt, der auch ich angehöre. Die Mitglieder befürworteten kürzlich einstimmig das Modell, bei dem Prüfungen für Kariologie/Endodontie, für Parodontologie und für Prävention/Kinderzahnheilkunde vorgesehen sind. Die Ergebnisse der Prüfungen - mit jeweils selbständiger Note - werden dann zu einer Gesamtnote zusammengefaßt. So, wie es die alte Approbationsordnung schon für die zahnärztliche Chirurgie durch drei Teilprüfungen vorgesehen hat.

Forum: Darf ich da vielleicht nochmal nachfragen: das entspricht also Ihrem gemeinsam mit Prof. Pantke gemachten Vorschlag zur Neufassung von § 49 der Prüfungsordnung für Zahnärzte, daß dabei die Bereiche Kariologie und Endodontie mit 50% des Faches zu gewichten sind, Parodontologie mit 25% und Präventiv-Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde mit 25%.

WETZEL: Richtig, allerdings mit einigen sinnvollen Änderungen im Detail. Dieser Vorschlag der Kommission wird als nächstes der Versammlung aller Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Herbst in Baden-Baden vorgelegt und hoffentlich auch verabschiedet werden. Danach könnte die Novellierung der Approbationsordnung im Gesundheitsministerium eingeleitet werden.

Forum: Halten Sie die Prophylaxe für so wichtig, sie - wie bereits seit 1975 gefor-

dert - mit eigenem Pflichtkurs und Prüfungsfach zu bewerten?

WETZEL: Ich halte sie unbedingt für so wichtig. Ich muß aber ehrlich sagen, daß es bereits 1975 dafür Zeit gewesen wäre. Eigentlich hätten damals bereits die Weichen für Kinderzahnheilkunde, Prophylaxe und Parodontologie gestellt werden müssen. Diese 15 Jahre sind überflüssigerweise verloren. Wie schmerzlich das ist, mußten wir jetzt anlässlich einer europäischen Tagung in Bremen erfahren. Dort ging es um die Organisation der Prophylaxe in den EWG-Ländern. Den Referaten war zu entnehmen, daß die Präventiv-Zahnmedizin inzwischen fast überall als Unterrichts- und Prüfungsfach gewichtet wird, nur nicht bei uns. Wir haben hier eine Insellage, die immer häufiger auch vom harten Wellengang der Kritik verdeutlicht wird.

Forum: Das ist ja sehr deutlich. - Sehen Sie gegenüber Nachbarländern wie Skandinavien, Holland oder der Schweiz Nachholbedarf, besonders auf dem Gebiet der Prophylaxe?

WETZEL: Genau gegenüber Ländern wie der Schweiz, Niederlande und den skandinavischen Staaten sehe ich den größten Nachholbedarf. Es bietet sich jetzt aber auch die Chance, im Rahmen der politischen Veränderungen Bundesrepublik Deutschland/DDR neue Konzeptionen zu erarbeiten.

Forum: Wir halten das auch für ganz wichtig, daß die dortigen kinderstomatologischen Einrichtungen nicht zer-

schlagen werden, und die Kollegen nicht dazu gezwungen werden, jetzt in die freie Praxis zu gehen. Wir haben uns deshalb mehrfach dafür eingesetzt, daß diese Einrichtungen möglichst erhalten werden. Sehen Sie das auch so?

WETZEL: Ich habe beobachtet, daß sich der DAZ in dieser Weise verhalten hat, und ich kann das nur begrüßen. Allerdings muß eine Form gefunden werden, wie Kinderzahnheilkunde und Kinderstomatologie in BRD und DDR gemeinsam orientiert werden können. Es wird nicht einfach sein.

FORUM: Wir haben den Erhalt der kinderstomatologischen Einrichtungen in der DDR auch in der Hinsicht gesehen, daß - wenn man die Strukturen der DDR erhalten könnte - sich das dann gleichzeitig zurückspiegeln muß auf die Bundesrepublik. Daß man dann nämlich konsequenterweise auch hier auszubildenden Kinderzahnärzten die Möglichkeit geben muß, z.B. im Bereich des öffentlichen Dienstes nicht nur beratend, sondern auch behandelnd tätig zu sein.

WETZEL: Ich bin der Meinung, daß die Kinderzahnheilkunde, die ja in der DDR an jeder Universität als eigene Abteilung und Prüfungsfach vertreten ist, in der Bundesrepublik Deutschland befruchtend wirken könnte. Zuerst sollte eine gemeinsame universitäre Ausbildung sichergestellt werden. Danach könnte das Konzept weiter getragen werden in den öffentlichen Dienst und auch in die zahnärztliche Praxis. In bezug

auf den öffentlichen Dienst bin ich der Meinung, daß die wenigen hauptamtlichen Jugendzahnärzte in den Gesundheitsämtern bisher bei uns in einer unwürdigen Situation gearbeitet haben. Es ist unwürdig, daß jemand, der ein vollakademisches Zahnmedizinstudium absolviert hat, im weiteren Verlauf seiner Berufsausübung ausschließlich auf diagnostische Maßnahmen ohne Umsetzungsmöglichkeiten zur Therapie reduziert wird.

Dies sollte auf keinen Fall so weitergetragen werden. Hier können wir von den kinderstomatologischen Polikliniken der DDR durchaus lernen. Was die zahnärztliche Praxis angeht, so bin ich der Meinung, daß sich reine kinderzahnärztliche Fachpraxen nur schlecht realisieren lassen. Hier halte ich es für besser, daß die Kinderbehandlung integrativer Bestandteil in Allgemeinpraxen bleibt. Allerdings schwebt mir die Gebietsbezeichnung „Kinderzahnheilkunde“ vor, die man dadurch erwirbt, daß an der Universität eine Zusatzausbildung zum Fachzahnarzt für Kinderzahnheilkunde angeboten wird. Die Gebietsbezeichnung „Kinderzahnheilkunde“ könnte dann ähnlich wie die Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ auf dem Praxisschild geführt werden. In diesem Zusammenhang sollte man nicht vergessen, daß es in der DDR bereits rund 2000 ausgebildete Kinderstomatologen gibt.

FORUM: Welchen Stellenwert hat in Ihrem Therapiekonzept die Kollektiv- und die Gruppenprophylaxe?

WETZEL: In meinem Therapiekonzept haben sowohl Kollektiv- als auch Gruppenprophylaxe und darüber hinaus die Individualprophylaxe gleichermaßen ihre Berechtigung. In der Vergangenheit haben wir uns allzu häufig auf die pseudoakademische Diskussion eingelassen, entweder Individualprophylaxe oder Gruppenprophylaxe zu favorisieren. Dies war ein großer Fehler, der zu allem Unglück sogar noch Niederschlag im Gesundheitsreformgesetz vom 01.01.1989 gefunden hat. Wir müssen jetzt schnellstens ein gemeinsames Konzept erarbeiten, in dem von vornherein die wichtige Verzahnung der individuellen Prävention und der Gruppen- und Kollektivprävention enthalten ist. Dabei schließt eine derartige Verzahnung nicht aus, daß in bestimmten Altersphasen unterschiedliche Prioritäten gesetzt werden. Ich denke da beispielsweise an die früheste Prophylaxe, die beratend die Prävention bei Schwangeren sichert. Sie kann sowohl individuell als auch in Schwangerschaftsgruppen erfolgen. Wichtig ist nur die Zielprojektion, über die Beratung eine optimale embryonale Gebißentwicklung bereits im Mutterleib sicherzustellen. Nach der Geburt des Kindes sollte dann allerdings zunächst die Individualprophylaxe Vorrang haben, und zwar so, wie wir sie von den Kinderärzten kennen.

Gemeint ist das Scheckheft-Prinzip. Wie für die kinderärztliche Vorsorge müßten die Krankenkassen Scheckhefte für regelmäßige zahnärztliche Vorsorge bei Kleinkindern zur Verfügung stellen.

Ich könnte mir vorstellen, daß derartige Vorsorgeuntersuchungen sinnvollerweise im Alter von 1 1/2 Jahren, 2 1/2 Jahren und 4 Jahren angeboten werden. Der aufgesuchte Zahnarzt bräuchte dann nur den jeweils altersbezogenen Scheck entnehmen und auf dieser Basis die individuelle prophylaktische Maßnahme mit der Krankenkasse abrechnen. Ab dem Kindergartenalter müßte aber auch die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und anderen Bezugsgruppen, beispielsweise in privaten Eltern-Kind-Gruppen, einsetzen und später in Schulen fortgesetzt werden. Selbstverständlich darf die Miterfassung von Behinderteneinrichtungen wie Sonderschulen, Tagesstätten und Werkstätten dabei nicht vergessen werden.

FORUM: Dazu müßten aber die Krankenkassen auch Voraussetzungen schaffen.

WETZEL: Richtig, die Krankenkassen müßten schnell helfen, die unsinnige Trennung von Individual- und Gruppenprophylaxe zu überwinden. Denn das, was im Gesundheitsreformgesetz vorgesehen ist, ist nicht nur falsch, sondern auch unglaublich dumm. So strotzt es vor Dummheit, wenn man die Individualprophylaxe erst im Alter von 12 Jahren als Kassenleistung einsetzt und sie dann auch noch auf das 20. Lebensjahr begrenzt. Gemeint ist § 22 des GRG. Denn im Alter von 12 Jahren haben in der Bundesrepublik Deutschland alle Kinder bereits einen durchschnittlichen DMF-Wert von 5-6. Das heißt, es sind bereits pro Kind 5-6 bleibende Zähne an

Karies erkrankt, gefüllt oder bereits fehlend. Und was noch hinzukommt: Bis zum Alter von 12 Jahren ist die gesamte Diagnostik und Therapie der Karies des Milchgebisses schon abgeschlossen, wurden Unsummen von den Krankenkassen verpulvert, vor allen Dingen wichtige Möglichkeiten vergeben, die Prophylaxe ins Bewußtsein des Heranwachsenden zu bringen.

FORUM: Der DAZ ist in den letzten Jahren von seiner früheren Forderung abgekommen, sich für die Trinkwasserfluoridierung einzusetzen, weil es z.B. unsinnig ist, ein Auto mit fluoridiertem Trinkwasser zu waschen. Vor allem wegen der Möglichkeit der Wahlfreiheit, favorisieren wir, die Fluoridierung des Kochsalzes. Wir möchten Sie fragen, was Sie von diesem Konzept halten?

WETZEL: Hier kann ich nur differenziert antworten. Zum einen läßt sich speziell zur Fluoridierung des Speisesalzes sagen, daß sie für unser Land die bessere systemische Prophylaxe darstellt im Vergleich zur Trinkwasser-Fluoridierung. Mit ihr können sich Familien entscheiden, ob diese Form der Fluoridierung in Anspruch genommen wird oder nicht. Das heißt, die Speisesalzfluoridierung bietet ein liberales Element, was ich sehr begrüße. Diese individuelle Entscheidungsmöglichkeit läßt die Fluoridierung des Trinkwassers nicht zu. Zum anderen bin ich aber gerade durch Eigenbeobachtungen von Fluorosefällen bei Kindern in den letzten Jahren dazu gekommen, daß in der Bundesrepublik

Deutschland die gesamte Thematik der Fluoridierung neu bedacht werden muß. Es darf z.B. nicht passieren, daß unkontrollierte Mehrfachanwendungen verschiedener Fluoridformen zur gesundheitlichen Gefahr werden. So bin ich dagegen, daß dann, wenn Eltern gemäß den wissenschaftlichen Empfehlungen Tabletten-Fluoridierungen durchführen, zusätzlich fluoridierte Kaugummis in Apotheken zum rezeptfreien Verkauf angeboten werden. Oder daß Eltern unwissentlich süß schmeckende Fluorid-Kinderzahnpasten kaufen, die gerade wegen des guten Geschmacks von Kleinkindern gerne verschluckt werden. Gerade solche Dinge, meine ich, bedürfen einer Neuorientierung. Erst wenn die Fragen nach altersgemäßer Dosierung strenger gestellt werden und Ängste bezüglich möglicher Überdosierungen dadurch abgebaut worden sind, wird sich die Fluoridierung in ärztlicher Verantwortung weniger kontrovers darstellen lassen.

FORUM: Wie könnte man übrigens den Bereich der Parodontologie in der Approbationsordnung neu gestalten?

WETZEL: Der Bereich der Parodontologie entspricht m.E. dem schon mehrfach erwähnten Bereich der Prävention und Kinderzahnheilkunde. In der momentanen Situation sollte zunächst eine Eigengewichtung unter dem Dachgerüst der Zahnerhaltungskunde erfolgen. Eigengewichtung heißt Eigenausbildung, eigene Prüfung, aber Teilnote im Staatsexamen. Daß nach einer Beobachtungs-

zeit von etwa 5-10 Jahren durchaus darüber reflektiert werden kann, ob man so weit gehen will wie in der Schweiz, daß nämlich Parodontologie, Zahnerhaltungskunde und Kinderzahnheilkunde völlig voneinander unabhängige Ausbildungs- und Prüfungsfächer werden, kann ich mir durchaus vorstellen.

FORUM: Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Prozentsatz von Kollegen, die keine Parodontalbehandlung durchführen bzw. beherrschen?

WETZEL: Wir haben ja darüber gesprochen, daß an den einzelnen Universitäten unterschiedliche Voraussetzungen zur Vermittlung der Parodontologie gegeben sind, d.h. in klassischen Strukturen, wo die Parodontologie ein Teilgebiet der allgemeinen Zahnerhaltungskunde ist, wo also ein Hochschullehrer meint, auch heute noch alle Bereiche vertreten zu können, wird eine andere Parodontologie vermittelt werden, als dort, wo die Parodontologie bereits als eigene Abteilung besteht. Daraus resultieren subjektive Momente, die nicht zu unterschätzen sind. Viele Studenten, die die eher konventionelle Ausbildung erfahren haben, werden trotzdem von sich meinen, daß sie optimal für die Erfordernisse einer modernen Parodontologie in Diagnostik und Therapie vorbereitet sind. Umgekehrt wird dies auch für Studierende von Ausbildungsstätten mit modernerer Struktur gelten. Das heißt, wir werden diese Subjektivitäten momentan nicht wegdiskutieren können. Trotzdem ist objektiv die Situa-

tion so, daß die Möglichkeiten und die Kenntnisse zur Diagnostik und Therapie der Parodontopathien enorm unterschiedlich sind, extrem voneinander abweichen. Hier bedarf es dringend einer modernen gemeinsamen Lehrstrategie, eines klar ausgewiesenen Curriculums, das die noch weit geöffnete Schere in Diagnostik und Therapie schließen hilft.

FORUM: Sehen Sie die Gefahr, daß durch zu früh einsetzende Spezialisierung das Berufsbild des Zahnarztes sich so weit aus der Allgemeinmedizin entfernt, daß gesamtheitliche Bewertungen von Erkrankungen erschwert werden?

WETZEL: Ich vertrete genau die gegenteilige Meinung. Daß nämlich die stärkere Gewichtung neuerer Fachgebiete, etwa der Prävention, überhaupt erst wieder die Möglichkeit gibt, den Blick schärft und die zeitlichen Voraussetzungen schafft, um sich mehr den anderen Disziplinen zuzuwenden und interdisziplinär auszutauschen. Ich bin auch der Meinung, daß die zu starke Gewichtung der Zahnheilkunde auf dentaltechnischem Bereich uns während der letzten 20 Jahre von der Medizin weggeführt hat.

FORUM: Was sehen Sie derzeit als größte Herausforderung der Zahnärzteschaft an?

WETZEL: Die größte Herausforderung für die Zahnärzteschaft ist sicherlich die Schaffung eines modernen neuen Berufsbildes, d.h. wir müssen wegkommen von der überwiegend technisch-

kurativen Ausrichtung. Wir müssen die modernen Bereiche der Prävention, der Parodontologie, der Kinderzahnheilkunde und auch der Alterszahnheilkunde stärker integrieren.

FORUM: Auch der Psychologie?

WETZEL: Selbstverständlich, auch die Psychologie muß Zugang finden in die Curricula der Ausbildungsstätten. Natürlich meine ich damit nicht die losgelöste Fachpsychologie, sondern die integrative Psychologie, die sich gemäß den Erfordernissen der Zahnheilkunde orientiert. Ich meine, daß die Schaffung eines solchen neuen Berufsbildes die größte Herausforderung, aber auch die größte Chance darstellt. Chance insofern, als sich dadurch das immer noch bedenklich negative Image der Zahnärzteschaft ganz von alleine verbessern wird.

FORUM: Dürfen wir Sie abschließend noch fragen, welches Verhältnis Sie zur Qualitätssicherung haben?

WETZEL: Ich habe zur Qualitätssicherung durchaus kein verkrampftes Verhältnis, denn Qualitätssicherung ist ethischer Ansatz unseres Berufsbildes, wie auch ethische Voraussetzung anderer Berufe. Zur Sicherstellung von Qualität bedarf es allerdings der geeigneten wissenschaftlichen Grundlagen und auch der Zeit.

Das zukünftige Berufsbild der Zahnheilkunde, das die primäre Prävention voranstellt, wird zur Folge haben, daß der Bereich der Therapie enger wird.

Dadurch läßt sich Zeit gewinnen, die dann gezielt für die verbleibende Therapie unter den Gesichtspunkten guter Qualität eingesetzt werden kann. Doch möchte ich einem Mißverständnis gleich vorbeugen. Auch die Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bedeutet Arbeit und wird Geld kosten.

FORUM: Herr Professor Wetzel, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Aus dem neuen Grundsatzprogramm
des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde:

Empfehlungen des DAZ zur zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung

Jüngere Entwicklung

Inhalte, Ablauf und formales Umfeld des Zahnmedizinstudiums haben sich in den letzten Jahren, von Aktualisierungen abgesehen, nicht wesentlich verändert.

Zwar haben sich die äußeren Rahmenbedingungen leicht gebessert. So sind z.B. durch die Verringerung des Einkommensgefälles zwischen Praxis und Klinik die Attraktivität und die Verweildauer auf den Assistentenstellen leicht angestiegen. Infolgedessen erhöhte sich die Zahl der habilitierten Assistenten und damit des potentiellen Hochschullehrernachwuchses. Diese Entwicklung war allerdings nicht in allen Einzeldisziplinen gleich ausgeprägt.

Gegenwärtige Situation

Da das zahnärztliche Einkommen nach wie vor für überdurchschnittlich gehal-

ten wird, ist der Andrang auf das Studienfach nach wie vor sehr groß.

Die zentrale Vergabestelle von Studienplätzen läßt z.Zt. 1.900 Studienanfänger pro Jahr zu. Die Zahl der aus dem aktiven Berufsleben ausscheidenden Kollegen ist demgegenüber deutlich niedriger.

Viele Hochschulen sind zudem durch die Praxis mancher Verwaltungsgerichte belastet, über die regulären Quoten hinaus zusätzliche Studenten zulassen zu müssen.

Die Ausbildung zu vieler Studenten geht jedoch zu Lasten der Ausbildungsqualität und verursacht vermeidbare Mehrkosten innerhalb und außerhalb der Hochschulen.

Die Zahl der je Mitglied des Lehrpersonals zu betreuenden Studenten ist im Vergleich zu anderen Industrienationen überdurchschnittlich hoch.

In manchen Fächern werden Qualität und Effektivität durch einen Mangel an

geeigneten Patienten zusätzlich beeinträchtigt.

Das Lehrpersonal an den zahnärztlichen Universitätsinstituten unterliegt denselben Vertragsbedingungen wie das aller anderen Fachrichtungen, obgleich sich die Zahnmediziner Ausbildung mit ihrer sehr stark praktischen Ausrichtung deutlich von allen anderen Studienfächern unterscheidet.

Für die wissenschaftliche Arbeit, neben der Lehre die ureigenste Aufgabe der Universität, stehen aufgrund der geschilderten Belastungen im Verhältnis zu vergleichbaren Ländern deutlich weniger Zeit, Personal und finanzielle Mittel zur Verfügung.

Ausbildungsinhalte

Die Ausbildungsinhalte bedürfen dringend einer Überarbeitung und Neuorientierung

Der Studienschwerpunkt liegt auf dem Gebiet der Spätversorgung, nicht auf dem der Verhütung von Erkrankungen.

Die Ausbildungsphasen „Vorklinik“ und „Klinik“ sind hinsichtlich ihrer Aufteilung des Fächerkataloges, der Abfolge der Lehrveranstaltungen und ihrer zeitlichen Gewichtung nicht mehr zeitgemäß.

Die Behandlung von Fragen der Patienten- und Mitarbeiterpsychologie fehlen im zahnmedizinischen Studium meist ebenso wie fachübergreifende Ausbildungsmöglichkeiten, die die gesamtheitliche Behandlung eines Patienten in allen zahnärztlichen Disziplinen

erfordert.

Die Universitätsausbildung im Fach Kieferorthopädie qualifiziert den Zahnarzt nicht in einem für eine verantwortliche Therapie ausreichendem Maße. Dem Approbierten selbst scheint dieser Umstand jedoch nicht immer bewußt zu sein.

Zwischen Hochschule und freier Praxis, den beiden Trägern zahnärztlicher Aus- und Weiterbildung, besteht zu wenig institutionalisierte Koordination.

Notwendige Maßnahmen

Die Zahl der Zahnmedizin-Studenten muß nach fachlichen Gesichtspunkten auf die räumlichen und personellen Möglichkeiten an den Universitäten abgestimmt werden. Das bedeutet, daß

- die Zulassungszahlen deutlich reduziert werden müssen,
- die Kapazitätenverordnung überarbeitet wird mit dem Ziel,
 - a) den Curricular-Normwert deutlich zu erhöhen,
 - b) die Gruppengrößen zu verringern,
 - c) das Patientenaufkommen stärker zu berücksichtigen,
- die Betreuungsrelationen durch Schaffung attraktiver Mittelbaustellen fühlbar verbessert werden,
- die Personalstruktur der Zahnkliniken reformiert wird, und zwar durch
 - a) Abschaffung starrer Zeitverträge, statt dessen Weiterbeschäftigung oder Kündigung nach Lei-

stung und Qualifikation in Forschung und Lehre,

- b) Schaffung von externen Assistentenstellen, d.h. stundenweise Lehraufträge für geeignete Praktiker, z.B. auch ehemalige Klinikassistenten,
- eine fachlich-didaktische Einführungsphase vor Einsatz des Personals in der Lehre installiert wird,
- vorklinische und klinische Lehrinhalte, z.B. Prophylaxe und Fachkunde im 1. Semester, Teile der Anatomie- und Zahntechnikausbildung begleitend zu den klinischen Behandlungskursen stärker gekoppelt werden,
- die deutlich weniger zeitintensive vorklinische Ausbildung auf 4 Semester verkürzt wird. Verzicht auf praktische Kurse im Fach Kieferorthopädie. Das so gewonnene Semester wird dem klinischen Studium zugunsten zusätzlicher, fächerübergreifender Ausbildung zugeschlagen.
- bisher nicht oder zu wenig gelehrt Gebiete, wie Parodontologie, Prävention, Kinderzahnheilkunde, Psychologie und Soziologie als Lehr- bzw. Prüfungsfach berücksichtigt werden,
- der Studienschwerpunkt von der (teuren) reparativen zur (preiswerteren) prophylaktisch-konservierenden Seite verschoben wird. Etablierung der Prophylaxe als Lehrinhalt.
- Pflichtfamulaturen in geeigneten Praxen oder Einrichtungen des öffentlichen

Gesundheitswesens während des Studiums eingeführt werden.

Nachuniversitäre Ausbildung

Assistentenausbildung

Die Aus- und Weiterbildung von Zahnärzten nach dem Staatsexamen erfolgt bislang ohne qualitativ orientierte Richtlinien. Die Ausbildungsinhalte im Bereich der Berufskunde (Krankenkassenverträge), im Bereich der Praxisgründung und -führung sind uneinheitlich und werden weitgehend berufsfremden Personen und Institutionen überlassen. Neben der Festlegung eines zeitlichen Rahmens (2 Jahre) ist eine inhaltliche Beschreibung der anzustrebenden Ausbildungsziele notwendig. Der DAZ fordert deshalb, daß Ausbildungspraxen und Ausbildungsinhalte gewissen Mindestanforderungen genügen müssen:

- Die Ausbildungspraxis muß die Möglichkeit zur Weiterbildung im konservierend-prophylaktischen Bereich, aber auch in den chirurgischen, prothetischen und parodontologischen Disziplinen bieten.
- Die Einarbeitung und Einsicht in Verwaltungsabläufe der Praxis muß gewährleistet sein.
- Während der Ausbildungszeit muß eine Abkoppelung des Assistenten Gehaltes von den erzielten Umsätzen erfolgen. Der DAZ empfiehlt eine Anlehnung an die Gehälter von Zahnärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst.

- Der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der Ausbildungspraxis muß obligatorisch werden.
- Die verschiedenen sozialpolitischen Aspekte der zahnärztlichen Praxis und die sich daraus ergebenden Rechtsbeziehungen sollten im Rahmen der Assistenten-Ausbildung vermittelt werden. Hierzu gehören besonders die Röntgenverordnung, die Medizingeräte-Verordnung, Entsorgungsfragen und Umweltschutz, aber auch die Rechtsverordnungen für die zahnärztlichen Hilfsberufe und die Unfallverhütungs-Vorschriften.
- Für Zahnärzte im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens (Gesundheitsämter, Bundeswehr, Kliniken) ist eine analoge Regelung anzustreben.

Post-Graduate-Ausbildung

Der post-graduatens Qualifikation zum Fachzahnarzt ist verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen. Neben den bereits bestehenden Spezialisierungsmöglichkeiten in den Bereichen Orthodontie und Kieferchirurgie fordert der DAZ die in anderen Ländern bereits bestehende Möglichkeit der Ausbildung zum Facharzt zur Kinderzahnheilkunde.

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

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Die Myofunktionelle Therapie - Kritische Bestandsaufnahme

(Fortsetzung des Beitrags aus Forum 28)

Der erste Teil erläuterte und definierte die MFT und streifte kurz das praktische Vorgehen. Daß es trotz der plausiblen Konzepte und des ganzheitlichen Ansatzes, der heute mehr denn je postuliert wird, zu Problemen der praktischen Durchführung kommt, soll hier weiter dargestellt und zu erklären versucht werden.

MFT in die Zahnmedizin integrieren?

Es waren vor allem Zahnärzte, die nach der ersten Gnathologie-Welle in den Siebziger Jahren die myofunktionelle Methode zur Vervollständigung des funktionellen Rüstzeugs begrüßten und mit reger Fortbildung den Weg bahnten. Doch stellte sich bald heraus, daß nur sehr wenige Kollegen selbst die Therapie durchführen konnten und wollten. Zum einen ist der Zahnarzt nicht für pädagogisch-motivierende Heilmethoden ausgebildet und von seiner immer noch mehr kurativen als präventiven Tätigkeit in diesen Arbeitsrhythmus eingefahren, zum anderen verbietet der Kostenfaktor einer modern ausgerichteten und geführten Praxis nahezu eine solche Übungsbehandlung zu den dafür vertretbaren Gebühren (s.u. „Abrechnung“).

Also kommt man um das Delegieren oder Überweisen nicht herum, inklusive aller Vor- oder Nachteile. Das kann ein

Defizit in Koordination und Kommunikation oder fehlende Legitimation bis hin zum Mißbrauch bedeuten.

Mit fehlender wissenschaftlicher Fundierung begründeten Standesorganisationen die Ablehnung der MFT als zahnärztliche Behandlungsmethode, während andere konstatierten, daß derartige Leistungen bereits mit den kieferorthopädischen Abrechnungspositionen abgedeckt seien. Kollegen, die für die circa 30 Sitzungen intensiver Zuwendung eigens Honorar berechneten, wurde vertragswidriges Verhalten angekreidet. Diesbezügliche Prozesse brachten bisher keine Klärung. Der hohe apparative Aufwand ist etabliert und sanktioniert. Um den für Therapieresistenz („Die Zunge ist der Feind der Kfo“) und Rezidiv verantwortlichen Fehlfunktionen zu begegnen und kostenträchtigen Langzeitschäden vorzubeugen, gibt es keine festgeschriebene Handhabe.

Hochschullehrer und Berufsvertreter sind gerade bei neuen Methoden sehr kritisch und warnen erst einmal. Die wissenschaftliche Begründung folgt erst der breiteren Anwendung, wie die Entwicklung der Parodontologie und Gna-thologie zeigen. Nur geregelte Behandlungsmodalitäten und größere Fallzahlen können signifikante Statistiken liefern für die geforderte Wissenschaftlichkeit. Durch Überweisung z.B. in eine logopädische Praxis geht aber der Zahnheilkunde das Material und die fachliche Instanz darüber verloren.

So bleibt festzustellen, daß die Myofunktionelle Therapie eher von der Zahnmedizin wegdriiftet und nur mühsam in Forschung und Lehre fortschreitet. Und dies wohl gemerkt bei steigendem und von immer mehr Kollegen erkanntem Behandlungsbedarf, sodaß manche Therapeut(inn)en auf viele Monate ausgebucht sind.

Um die MFT doch der Zahnmedizin als Therapeutikum und zur Grundlagenforschung des neuromotorischen, orofacialen Systems zu erhalten, müssen praktikable Wege gesucht werden, und zwar zur *Interdisziplinären Zusammenarbeit*.

Eine leider häufige Vorgeschichte klingt so:

Eine Zahnregulierung geht nicht voran - auf einen vagen Verdacht hin sollte „noch etwas anderes“ versucht werden. Einfachheitshalber schickt man den Patienten zu einem Therapeuten, der

eben mal einen Eineinhalb-Tages-Kurs in MFT besucht hat und es - noch ohne Ausrüstung - einmal probieren will. Die verordneten 12 Sitzungen werden runtergespult, alle sind zufrieden, es ist etwas unternommen worden! Nur die Dysfunktion zeigt sich nicht beeindruckt. Der Schaden ist zweifach: Ein frustrierter Patient, einer neuerlichen Motivation sehr schwer zugänglich, und eine in Mißkredit gebrachte Methode.

Ohne obige Fehler im einzelnen zu analysieren, seien hier ein paar Richtlinien gegeben.

Der Arzt sollte über die Symptomatik Bescheid wissen und nicht den Fall wegüberweisen, sondern die genaue Diagnose und das Behandlungsziel angeben (z.B. Bilaterale Zungenfunktionsstörung, insuffizienter Mundschluß, Mundatmung, Lutschgewohnheiten usw.). Bitte Habitus abstellen, Schlucken umstellen, M.orbicularis oris kräftigen usw.). Kontrolle und Verantwortung sollen beim Arzt verbleiben, da muskuläre Veränderungen mit solchen der Form, d.h. der Okklusion korrelieren.

Dabei erfahren die in ein- und demselben Mundbereich tätigen Heilkundigen nicht nur wertvolle Hintergrundfakten zu diesem Fall, sondern können Erstaunliches voneinander lernen als kompetente Partner.

Ob die MFT in oder außerhalb der Praxis delegiert wird, ist unwesentlich, wenn die Übungen fallspezifisch und effektiv eingesetzt werden unter Beachtung der Kollegialität und der Richtnor-

men in der Medizin. Interessierten Kollegen ist zumindest ein Kurs sowie Literatur empfohlen (siehe Anhang) und die Zusammenarbeit mit einer Logopädin oder einem Sprachtherapeuten angeraten, die vielleicht schon für andere Zahnärzte tätig sind oder für einige Wochenstunden in die Praxis kommen können.

Wie wird die MFT honoriert?

Ausdrückliche myofunktionelle Leistungspositionen gibt es in keiner Gebührenordnung. Dennoch funktioniert die analoge Bewertung - von wenigen Ausnahmen abgesehen - inzwischen gut, nach der GOZ 88 und der GOÄ 82/88: z.B. Pos. 001, 002, 600 ff, 800 (Vollständiger Kommentar erschienen im Spitta-Verlag, Balingen).

Es empfiehlt sich, stets einen privaten Behandlungsvertrag mit dem Patienten zu schließen. Beihilfe und Private Versicherer verlangen bisweilen eine Begründung. Von den gesetzlichen Krankenkassen geben viele VDAK-Kassen Zuschüsse zwischen 50 und 80% oder in der Höhe einer Sprechübungsbehandlung. Den RVO-Versicherten wird seltener eine Kostenerstattung gewährt, eventuell über die Bema-Position 121 ein kleiner Beitrag, der dann aber der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen wird. Auch bei dem erwähnten Fall einer gleichzeitigen kieferorthopädischen Behandlung halte ich die MFT-Leistungen nicht für abgeholten, da den Verfassern der Gebührenordnungen keine so auf-

wendige funktionelle Behandlung geläufig war.

Bei der Überweisung in die Logopädische Praxis gab es schon einen Rechtsstreit, ob denn der Kieferorthopädie ein Arzt im Sinne der Verträge sei. *Expresis verbis* ist die MFT hier auch nicht im Leistungskatalog („Logopädische Behandlung/MFT“). Pro Sitzung von 30-45 Minuten werden 40 bis 50 DM vergütet.

Sprachtherapeuten/Sprachheillehrer und -innen haben nicht in allen Bundesländern Niederlassungs- und Liquidationsrecht. Ersatzweise kann hier eine Teilzeitbeschäftigung in der zahnärztlichen Praxis vereinbart werden.

Ausblick in die 90er

An einigen Hochschulen sind interessante Entwicklungen im Gange, wie z.B. die Sonographie von B. Wein und Mitarbeitern, Aachen, eine computergestützte Aufzeichnung dynamischer Prozesse wie Sprechartikulation oder Schluckvorgang. Oder die modifizierte Palatografie nach W. Engelke, Göttingen, oder die Motografie nach E. Baum, Braunschweig. Hinzu kommen einige Dissertationen. Der Arbeitskreis für Myofunktionelle Therapie ist dabei, Standarts zu erstellen und Behandlungsunterlagen zu normieren, was auch für Verhandlungen und Honorargestaltung wichtig sein wird. Angesichts der drohenden Plafondierung soll die MFT keinesfalls in die RVO-Leistungen aufgenommen werden, sondern unter Eigenbeteiligung des

Patienten individuell vereinbar bleiben, da dies der so wichtigen Motivation förderlich ist. Die orofacialen Übungstherapien sollen keine eigene Disziplin darstellen oder sich mit einem Heilberuf verselbständigen, sondern eine *kausale und präventive Hilfe in einem ärztlichen Behandlungskonzept* bleiben.

Unserer Beobachtung nach nehmen die Dyskinesien eher noch zu durch die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten. Während die Karies langsam abnimmt, werden die Parodontopathien mehr in den Blick rücken, auch unter Einbeziehung von Para-, Fehl- und Hypofunktion, Fehlhaltung und -haltung mit Querverbindung zu Myo-Arthropathien. Hier sind die ganzheitliche Zahnheilkunde und die Myofunktionelle Therapie herausgefordert.

Anschrift des Verfassers:
R. H. Hahn
Steinkirchnerstr. 28
8000 München 71

Literatur (Auswahl)

- Barrett, R.H. / Hanson, M.L.:
Oral Myofunctional Disorders. C. V. Mosby Comp., St. Louis 1978²
- Clausnitzer, V. / Clausnitzer, R.:
Muskelfunktionstherapie im orofazialen Bereich. In *Kinderärztliche Praxis* 57 (1989), S. 61-70
- Dahan, J.:
Orale Stereognose und neuromuskuläre Dynamik des Kauystems. In *Fortschritte der Kieferorthopädie*, Jg. 42 (1981), S. 233-246

- Dierkes, M.:
Muskulatur in der Zahnheilkunde. 1. Erlanger Symposium, 1989
- Engelke, W.:
Die systematische Palatographie motorischer Zungenfunktionen - neue klinische Aspekte eines bekannten Verfahrens. In *Sprache-Stimme-Gehör*, Jg. 13 (1989), S. 1-5
- Garliner, D.:
Myofunktionelle Therapie in der Praxis. Gestörtes Schluckverhalten, gestörte Gesichtsmuskulatur und die Folgen - Diagnose, Planung und Durchführung der Behandlung. Dinauer-Verlag, Gerning 1989².
- Hahn, V.:
Myofunktionelle Therapie - Ein Beitrag zur interdisziplinären Fundierung aus der Sicht der Sprachbehindertepädagogik. Profil Verlag, München, 1988
- Hansson, T. / Honee, W. / Hesse, J.:
Funktionsstörungen im Kauystem. Hüthig Verlag, Heidelberg, 1987
- Müßig, D.:
Zungenfehlfunktion bei Säuglingen und Kleinkindern. Funktionsdynamische Möglichkeiten kieferorthopädischer Behandlung. In *Pädiatrische Praxis*, Jg. 40 (1990), S. 33-42
- Wein, B. / Alzen, G. / Tolxdorff, T. / Böckler, R. / Klajman, S. / Huber, W.:
Computer-sonographische Darstellung der Zungenmotilität mittels Pseudo-3D-Rekonstruktion. In *Ultraschall*, Jg. 9 (1988), S. 95-97
- Informationen über Hilfsmittel, Fortbildungsveranstaltungen und Mitgliedschaft beim:*
AK-MFT e.V., Steinkirchnerstr. 28, 8000 München 71

Bis 70 % Strahlenreduzierung durch Röntgenfilter?

Ulrich Happ

„Warten Sie nicht, bis es Gesetz wird!!!“ - so heißt es in der Werbung und es wird uns von der Dentalindustrie ein „Strahlenreduktionsfilter“ angeboten, der die Patienten-Haut-Eingangsdosis bis zu 70% reduzieren und gleichzeitig eine bis zu 30% bessere Bildqualität bringen soll. Verbunden ist diese traumhafte Leistung mit einfachem Einbau und länger Lebensdauer.

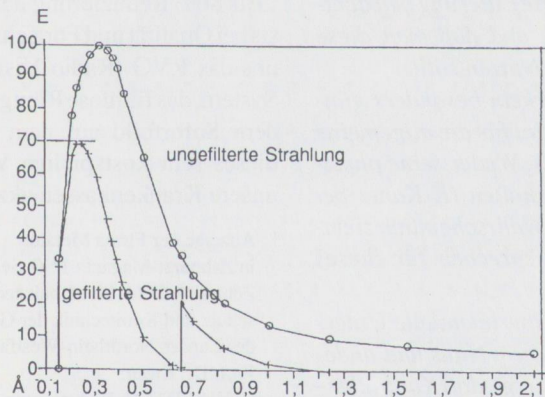
In einem Gutachten von Prof. Dr. Ewen² werden diese Aussagen im Prinzip bestätigt, wenn auch viel zurückhaltender: „Die zusätzliche Verwendung des NIOBI-Filters 2348 (für die anderen Filter 2135 und 1393 gleicher Dicke gilt ähnliches) führt bei dentalen Röntgenstrahlern mit

Filterungen im Bereich von 2 mm Al zu Reduzierungen der Patientendosis je nach Wahl der Röhren-

spannung um Werte zwischen 30 und 50%, wobei keine Verschlechterung der Bildqualität beobachtet werden konnte“.

Wie kann das sein? Die Wellenlängen der von einem Röntgenstrahler emittierten Strahlung betragen in etwa 1/10 bis 10 Å. Die höchste Energieabgabe liegt etwa bei 0,35 Å. Für unsere Aufnahmen der Zahn- und Knochengewebe benötigen wir insbesondere die Wellenlänge 0,25 Å, um bei guter Durchdringung der Gewebe eine scharfe Zeichnung auf dem Röntgenfilm zu bekommen. Die anderen Wellenlängen sind für uns unnötig, ja störend, da sie durch Streuung zu Unschärfen führen können und die Hautdosis

wesentlich mit beeinflussen. Durch den Strahlenfilter wird das Strahlenbündel nun begrenzt und dadurch die Gesamtstrahlung reduziert, wie die Abbildung zeigt.



Figur 3: Spektrum eines Röntgenstrahles gefiltert und unfiltert (Filter=50 micron NT)
Abbildung aus: NIOBI-Filter (Produktinformation)

Schon 1981 stellte Dr. A. Bäuml³ zur Optimierung der Strahlenfilterung fest, daß die energieärmeren (weicheren) Anteile im Strahlenspektrum möglichst stark zu schwächen sind, da sie die Strahlenexposition des Patienten unnötig erhöhen; die bildgebenden Anteile in höheren (härteren) Energiebereich hingegen wenig geschwächt werden sollen, um kurze Belichtungszeiten zu ermöglichen:

„Diese Forderungen werden von Eisen und Kupfer und den im periodischen System benachbarten Elementen am besten erfüllt, so daß diese Metalle als optimal geeignete Filtermaterialien angesehen werden können“.

In einem Schreiben des BGA vom Oktober 1989 führt Dr. A. Bäuml weiter aus:

„Wir sind mit Ihnen der Meinung, daß man die Strahlenexposition des Patienten durch optimierte Filterung beträchtlich senken kann, und daß man diese Möglichkeit auch Nutzen sollte.“

NIOB ist jedoch kein besonders günstiges Filtermaterial für die allgemeine Röntgendiagnostik. Weder seine physikalischen Eigenschaften (K-Kante bei 19 keV) noch sein wahrscheinlich ziemlich hoher Preis sprechen für dieses Material.

Umfangreiche experimentielle Untersuchungen in unserem Haus und anderen Orts haben gezeigt, daß Kantfüller - von sehr speziellen Anwendungen abgesehen - keinen Vorteil gegenüber so

preiswerten Materialien wie Eisen und Kupfer bringen“.

Deutliche Strahlenreduzierung durch optimale Filterung ist also möglich und schon lange bekannt. Appellieren möchte ich an die Industrie, diese Filterung aus einem preiswerten Material serienreif zu entwickeln und anzubieten, damit wir Zahnärzte nicht einem ethischen Druck folgend zu nicht optimalen und zusätzlich sehr kostspieligen Lösungen greifen. Der NIOBI-Filter kostet ca. DM 3.000.-.

In der Anzeige¹ heißt es weiter:

„Ein Beitrag zur Strahlenschutz-Verordnung von Metalor“

Wie recht sie haben. Der nachträgliche Einbau eines Strahlenschutzfilters hat zur Folge, daß sämtliche Prüfungen nach der Röntgenverordnung wiederholt werden müssen, weil es eine technische Änderung darstellt (RöV § 12).

Bis 80% Reduzierung der Strahlendosis bei Qualität und Fortschritt verspricht uns das RVG (Radio-Visio-Graphie) - System, das filmlose Röntgensystem mit dem Sofortbild auf dem Monitor. Ist dieses sehr kostspielige Verfahren für unsere Krankenkassen akzeptabel?

¹ Anzeige der Firma Metalor in Zahnarzt-Magazin 1/90, Seite 45

² Zentralstelle für Sicherheitstechnik - Strahlenschutz und Kerntechnik der Gewerbeaufsicht des Landes Nordrhein-Westfalen, Prof. Dr. Ewen:
GUTACHTEN: Reduzierung der Strahlenexposition durch NIOBI-Strahlenschutzreduktionsfilter (19.09.89)

- ³ A. Bäuml Verbesserter Strahlenschutz des Patienten in der Röntgendiagnostik durch optimal geeignete Filtermaterialien
Bundesgesundheitsbl. 24 Nr. 4/5 vom 27.02.81

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Ulrich Happ
Kirchenallee 57
2000 Hamburg*

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!

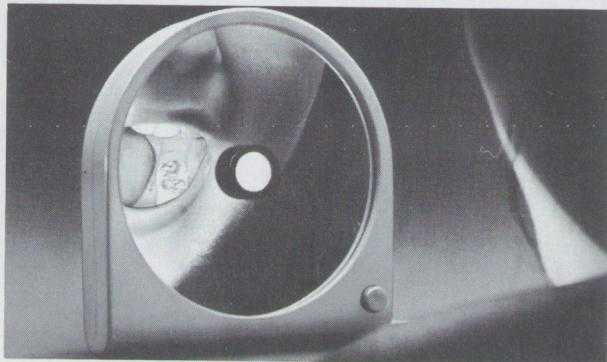
Als Hand-, Stand-, Wand- und Reisespiegel zu verwenden, daher besonders gut geeignet für Kontaktlinsträger und für Kosmetik.

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

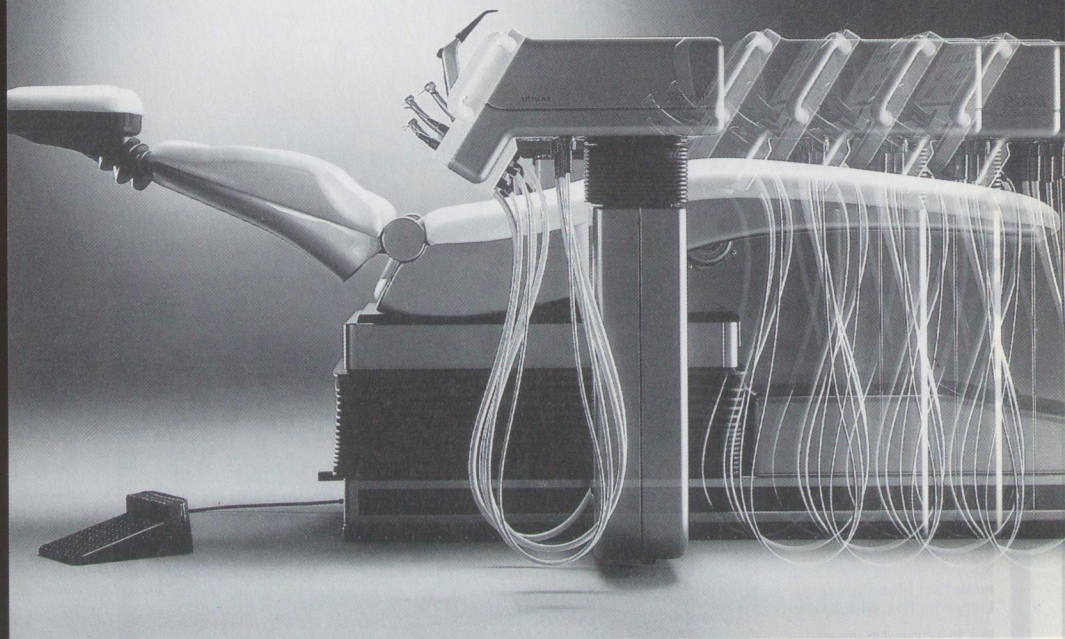


PROFIMED GmbH

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



SIEMENS



Erfolg kommt
nicht von ungefähr

SIRONA® M1

Wenn ein Behandlungsplatz über Jahre hinweg so auf Erfolgskurs ist wie SIRONA® M1, dann hat das gute Gründe.

• **M1 fasziniert.**

Eine Investition in dieser Größenordnung sollte nicht nur dem Behandler selbst Freude bereiten, sondern auch motivierend auf Praxispersonal und Patienten wirken.

• **M1 hat das zukunftsweisende Hygienekonzept.**

Die Hygiene-Anforderungen an die zahnärztliche Praxis sind in den letzten Jahren gestiegen. Von Anfang an wurden mit

SIRONA M1 neue Hygiene-Maßstäbe in der Praxis gesetzt

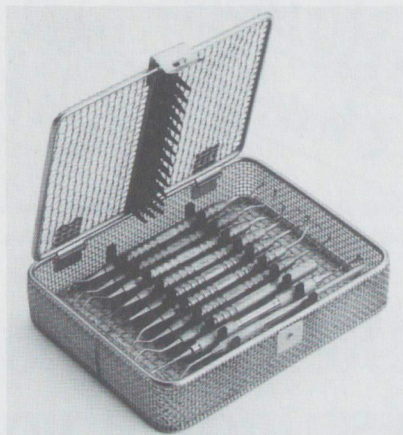
• **M1 senkt deutlich Ihre Praxiskosten!**

Entscheidend ist, wieviel ein Gerät im Jahr wirklich kostet. Beim M1 sparen Sie zwei von drei bisher üblichen Service-Einsätzen.

Die hohe Qualität und Betriebssicherheit stoppen unnötige Kosten und Leerlauf.

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

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. 0 79 61 / 5 40 66

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!**

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

Mikrobiologische Diagnose von Infektionen der Mundschleimhaut und des Subepitheliums

Dr. Michael Laier, Frankfurt, referiert einen interessanten Beitrag im Phillip Journal 1 (1990), S. 16-22 von Gunnar Dahlen, Sven-Christer Öhmann und Åke Möller.

Infektionen der Mundschleimhaut sind häufig und können Hinweise auf eine systemische Erkrankung geben. Der Erregernachweis erweist sich auf Grund der komplexen Mikroflora im Mundhöhlenbereich als schwierig. Hinweise zur Durchführung der „Mikrobiologischen Diagnose von Infektionen der Mundschleimhaut und des Subepitheliums“ gibt ein vor kurzem im „Phillip Journal“ erschienener Artikel.

Es ist klinisch oftmals nicht möglich, Schleimhautinfektionen in der Mundhöhle von nichtinfektiösen Prozessen zu unterscheiden. Mikroorganismen können bei vorhandenen Läsionen als Sekundärinvasoren auftreten und das klinische Erscheinungsbild verschleiern. Dies kann zu Fehldiagnosen führen, beispielsweise bei der erythematösen Leukoplakie und beim erosiven Lichen planus.

Mit der mikrobiologischen Diagnose wird eine Identifizierung pathogener,

nichtoralen Bakterien und eine Bestimmung von Verschiebungen innerhalb der physiologischen Mundflora angestrebt. Es sollten grundsätzlich zwei Proben entnommen werden, eine Probe für die Kultivierung, die zweite Probe für die mikroskopische Analyse.

Die Proben werden der pathologisch veränderten Mucosa oder der Läsion entnommen. Dieser Bereich wird mit einem in destilliertem Wasser oder Kochsalzlösung angefeuchteten Wattebausch gereinigt. Anschließend wird unter kräftigem Druck mit einem relativ scharfen Instrument (z.B. einem Amalgamschnitzer) die Epitheloberfläche abgeschabt. Das gewonnene Material wird in ein Röhrchen mit dem Transportmedium VMGA III eingebracht und zur Kultivierung ins Labor geschickt.

Für die Direktmikroskopie kann das entnommene Material unmittelbar auf den Objektträger aufgebracht werden, nachdem dieser zuvor mit Alkohol ge-

reinigt und mit einigen Tropfen Kochsalzlösung benetzt worden war. Die Direktmikroskopie eignet sich, um Mikroorganismen zu identifizieren, die mit Routinemethoden nicht kultiviert werden können (z.B. Spirochäten) oder zum Nachweis von Hyphen bei Candida-Infektionen. In das Epithel eingedrungene Hyphen sind als pathogen zu bewerten.

Die Interpretation der Laborbefunde ist schwierig. Ein Kriterium für die Beurteilung ist das Wachstum der Bakterienstämme. Je stärker das Wachstum umso wahrscheinlicher ist ein Zusammenhang mit der Läsion. Das Überwiegen von *Streptococcus viridans* gilt als physiologisch. Fakultativ pathogen sind *Candida*, Enterokokken, *Neisseria* und *Haemophilus*. Spirochäten und Fusobakterien finden sich häufig in Gingival-läsionen. Liegen ulzerierende Läsionen vor, ist an eine „Fusospirochäten-Infektion“ zu denken.

Besonders wichtig ist eine mikrobiologische Diagnose bei Infektionen von subepitheliale Gewebe. Klinische Beispiele hierfür sind: Aktinomykose, Osteomyelitis, Abszesse und post-operative Infektionen.

Bei infektiösen Prozessen (Abszesse), die keine Öffnung zur Mundhöhle aufweisen, muß die intakte Schleimhautschicht zur Probeentnahme punktiert werden. Der entsprechende Schleimhautbereich wird mit 5-10%igem Wasserstoffsuperoxid gereinigt und dann mit

5%iger Jodtinktur eingerieben. Im Zentrum des zu punktierenden Bereiches wird anschließend Thiosulfatlösung appliziert. Mit einem imprägnierten Wattebausch mit Aktivkohle wird eine Sterilitätsprüfung vorgenommen. Die eigentliche Probeentnahme geschieht mit einer großlumigen Injektionskanüle. Es sollte Eiter vom Rand des Abszesses abgesaugt werden, da dort die Wahrscheinlichkeit, lebende Bakterien zu erhalten, am größten ist.

Besteht bei den infektiösen Prozessen eine Verbindung zur Mundhöhle (Fistel), hat sich folgendes Vorgehen bewährt: die Fistelöffnung und die umgebende Schleimhaut werden mit Wasserstoffsuperoxid gereinigt. Anschließend werden die vorbehandelten Flächen mit 5%iger Jodtinktur eingerieben. Durch Einschieben einer Fließpapierspitze in die Fistel wird die Probe gewonnen. Die Probeentnahme sollte vor Beginn der Antibiotikabehandlung erfolgen.

Im Labor erfolgt die Kultivierung, die Analyse und die Erstellung eines Antibiogramms. Bei subepithelialen Infektionen überwiegen Mischinfektionen, bei denen in der Regel mehrere anaerobe Spezies auftreten. Die meisten Anaerobier der Mundhöhle sind gegenüber Clindamycin, Metronidazol, Tetracyclin und Penicillin empfindlich.

Leserbrief

Sehr geehrter Herr Doktor Maurer,

Ihre Buchbesprechung „Quecksilber in und aus der Zahnarztpraxis“ im „forum 28, 1990“ habe ich mit Interesse gelesen. Etwas verwundert bin ich, daß in unmittelbarer Nähe Ihrer Besprechung die Veröffentlichung aus dem „Niedersächsischen Zahnärzteblatt 10/1989“ über die Ergebnisse der „Untersuchung zur Abwasserbelastung mit Quecksilber durch zahnärztliche Behandlungseinheiten“ ohne jeglichen Kommentar abgedruckt wird. Gestatten Sie mir deshalb, meinen Kommentar zu der Veröffentlichung abzugeben:

Die vom BDZ in Auftrag gegebene Lübecker Studie gibt an, daß hochgerechnet auf das Bundesgebiet die Umwelt jährlich mit 570 kg Quecksilber aus zahnärztlichen Behandlungseinheiten belastet wird. Das bedeutet auf die einzelne Praxis berechnet eine Abgabe von 19 g Quecksilber = ca. 38 g Amalgam pro Jahr. Zahnärzte, in deren Praxen schon Amalgam abgeschieden wird oder andere, die sich näher mit der Materie befaßt haben, werden sich über diese Angaben krümmeln vor Lachen. Der Hessische Umweltminister hat einmal beklagt, daß wissenschaftliche Untersuchungen an Universitäten in der Regel die Meinung des Auftraggebers wieder-

geben. Dem habe ich eigentlich nichts hinzuzufügen.

Ich frage mich aber, zu welchem Zweck solche Angaben gemacht werden. Man könnte allenfalls versuchen, der wenig informierten Öffentlichkeit Sand in die Augen zu streuen. Da die Berichte aber in den Medien veröffentlicht werden, die fast ausschließlich - wenn überhaupt - von Zahnärzten gelesen werden, wird wohl erwartet, daß die Angaben von Zahnärzten geglaubt werden. Ist es wirklich so einfach, Zahnärzte für dumm zu verkaufen oder ist es bequem, den Angaben zu glauben? Einen Nutzen stellen solche „wissenschaftlichen“ Berichte nur für den dar, der sich für das Schreiben hat bezahlen lassen.

Mit der Feststellung, daß man Zahnärzten mehr als 300 Millionen DM für die Abscheidung von 570 kg Quecksilber abverlangt, sollte man sich näher beschäftigen.

Ob es nun 570 kg oder ein Vielfaches davon sind, ist unerheblich. Die Summe von über 300 Millionen DM ist gigantisch, auch wenn man dies mit durchschnittlich 10.000 DM auf die einzelne Zahnarztpraxis umlegt. Erwähnt werden müssen in diesem Zusammenhang auch die nicht unerheblichen Nachfolgekosten für vorgeschriebene Prüfungen, Wartungen und Austauschteile. Allein diese Kosten werden die Investitionskosten innerhalb kurzer Zeit überschritten haben. Wie konnte es zu so einer Entwicklung kommen?

Anhand von Besprechungsprotokollen und Veröffentlichungen kann ich belegen, daß die Forderung nach bauartgeprüften Amalgamabscheidern zuerst von den Landesvertretungen der Zahnärzte, insbesondere der Landes Zahnärztekammer Hessen, die vom Hessischen Umweltministerium aufgefordert worden war, eigene Vorstellungen zu erarbeiten, erhoben wurde. „Solange die Industrie noch keine bauartgeprüften Amalgamabscheider entwickelt hat, können wir den Einbau von Abscheidegeräten nicht empfehlen“ waren gängige Stellungnahmen. Die damals verfügbaren einfachen Geräte und Vorrichtungen, die im Praxisbetrieb im In- und Ausland Abscheidewirkungsgrade von fast 100 % bescheinigt bekommen haben, waren angeblich nicht effizient genug. Ich selbst habe mehrfach im Hause der Landes Zahnärztekammer an Besprechungen teilgenommen, bei denen die Vertreter der Industrie aufgefordert wurden, die Entwicklung bauartgeprüfter Geräte voranzutreiben. Wer könnte einer solchen Einladung zum Geldverdienen widerstehen? hat man nicht erkannt, daß die Forderungen nach einer Bauartzulassung sich zwangsläufig auf die Gerätepreise niederschlagen müssen?

In diesem Stadium der Verhandlungen wiesen Vertreter der Industrie darauf hin, daß erst einmal die Kriterien erarbeitet werden müßten, die Amalgamabscheider erfüllen sollen. Das war die Geburtsstunde der Arbeitsgruppe

„Amalgamabscheider“. Als Vertreter des BDZ wurde in diese Arbeitsgruppe Herr Professor Rotgans entsandt. Dieser erhielt dann auch den Auftrag, eine Prüfmethode mit dem dazugehörigen Prüfmedium zu entwickeln. Die schwedischen Prüfbedingungen wurden als nicht geeignet angesehen. Es ist festzustellen, daß das von Herrn Professor Rotgans hergestellte Prüfmedium die Realität bei weitem nicht trifft. Als Ergebnis zeigte sich, daß Geräte, die nach dem schwedischen Standardtest mehr als 95 % Wirkungsgrad und in einem normalen Praxisbetrieb einen Wirkungsgrad von fast 100 % erreichten, nach dem entwickelten deutschen Standardtest nur einen Wirkungsgrad von 60 bis 90 % brachten. Selbst die 90 % waren nun nicht mehr ausreichend, da ein nunmehr neu entwickeltes Gerät (der Informationsfluß von Rotgans zu einer Industriefirma funktionierte prächtig) mehr als 95 % erreichte.

Allein der vom Vertreter des BDZ, Herrn Professor Rotgans, erarbeitete deutsche Standardtest machte die Entwicklung von technisch hochentwickelten Geräten mit einer hohen Störanfälligkeit notwendig. Die Chance, einen praxisnahen Test zu erarbeiten, der den Einsatz einfacher, aber effizienter Techniken (siehe Siems M1, alt) ermöglichte, war vertan. Es mutet daher grotesk an, wenn heute von Vertretern der Zahnärzteschaft beklagt wird, daß den Zahnärzten seitens der Gesetzgebung vorgeschrieben wird, im „Labor hochgezücht-

tete Geräte“, von denen die Praxistauglichkeit noch nicht erwiesen ist, einzubauen. Ebenso ist es schlichtweg falsch, daß bei den Verhandlungen um den Einbau von Amalgamabscheidern der gesamte Verhandlungsspielraum seitens der Zahnärzteschaft ausgenutzt wurde.

Selbst heute läßt sich noch eine Schadensbegrenzung durchführen. Manchmal habe ich aber den Eindruck, daß eine solche Schadensbegrenzung innerhalb der Zahnärzteschaft wenig Zuspruch findet. In Hamburg sind ansatzweise Installationsanweisungen erarbeitet worden, die so oder so leicht geändert generell in Deutschland übernommen werden dürften. Man geht davon aus, daß im Regelfall an jede

Behandlungseinheit ein Abscheider installiert werden muß und nur in Ausnahmefällen der Anschluß mehrerer Behandlungseinheiten an einen Abscheider möglich ist. Ich wiederhole, daß das Gegenteil der Fall sein kann und werde bei Interesse den Beweis erbringen.

Lassen Sie uns gemeinsam dazu beitragen, daß die Erfüllung der Forderung nach Amalgamabscheidung für Zahnärzte erträglicher wird und dadurch eine Entlastung der Umwelt durch Amalgam zügig erreicht wird.

Ihr

*Jochen Slaby
Zur Rosenau 7
6251 Runkel-Hofen*

Wir bleiben in diesem unserem Leben an die relative Utopie einer verbesserten Welt gewiesen, die vernünftigerweise allein das Leitbild unseres Handelns sein kann.

G. Heinemann, 01.07.1969

Zum Thema Amalgam:

Der Druck der Patienten bezüglich der Forderung nach einer alternativen Versorgung statt Amalgam nimmt immer mehr zu. Ebenso häufen sich die Berichte, die auf eine Gesundheitsgefährdung durch Amalgam hinweisen.

In vielen Fällen raten Ärzte und speziell Allergologen Patienten zur Entfernung ihrer Amalgamversorgung.

Da mir als niedergelassener Zahnarzt aber als sogenannte Regelversorgung eine Füllungstherapie mit Amalgam vorgeschrieben wird, steht für den Patienten zur Zeit als Alternative nur die privat zu bezahlende Versorgung mit Inlays zur Verfügung.

Eine unzumutbare Kostenbelastung für einzelne Patienten.

Zudem befinde ich mich als einzelner Behandler immer im Konflikt zwischen der Vorgabe als Kassenzahnarzt und dem Verlangen des Patienten.

Über den Krankenschein bestehen Alternativen nur in Ausnahmefällen. Zudem erscheint mir die Verwendung von Kunststoff im großen Stil als sehr fragwürdig, da ohne die Verwendung der Säureätztechnik kein Langzeiterfolg möglich ist, diese jedoch nach meiner Einschätzung mit den derzeitigen Vergütungen nicht erbringbar ist.

Desweiteren muß man wohl dem Kunststoff gerade im Bereich der Allergisierung äußerst skeptisch gegenüber stehen.

Bei der Verwendung von Zementen bestehen die alten Probleme weiterhin, obwohl hier mit Präparaten wie Ketac Silver deutliche Verbesserungen erzielt wurden. Solche Füllungen stellen sicherlich eine Alternative für kariesanfällige und/oder nicht motivierbare Patienten dar.

Sicherlich stellt der Punkt Kariesaktivität und Motivation des Patienten das Kernproblem bei der Behandlung mit laborgefertigten Füllungen unter dem Gesichtspunkt der Kosten dar. Hier allerdings sind wieder wir als Zahn-ÄRZTE gefordert.

Eine Situation, die nur als völlig unzureichend bezeichnet werden kann, zumal in vielen Fällen aus diesem Grunde von Kollegen auf eine großzügige Versorgung mit Kunststoff zurückgegriffen wird (ohne Säureätztechnik!!). Die zunächst begeisterten Patienten werden zwar die späteren Probleme durch Sekundärkaries im approximalen Stufenbereich nicht in Verbindung zur Füllungstherapie bringen, aus zahnärztlicher Sicht kann aber die weitreichende Kunststoff-Therapie nicht kritiklos hingenommen werden (Ausnahmen: Säureätztechnik, supragingivale Füllungsrän-der, Praemolarenbereich), zumal gerade im Hinblick auf Allergisierung mit Kunststoff statt Amalgam der Teufel mit dem Belzeuben angetrieben wird.

Meiner Meinung nach handelt es sich hierbei um ein Thema von ungeheurer Brisanz, bei dem den Zahnärzten wieder

einmal die Zeit davonläuft und nur ein Verschanzen hinter pro-Amalgam-Standpunkten stattfindet. Die Zeit aber wird uns überrollen und die Patienten werden später nicht verstehen, weshalb wir so lange weiterhin Amalgam verwendet haben; denn für mich ist klar:

Einschränkungen und vielleicht sogar ein Amalgamverbot (wie in Skandinavien) sind nicht mehr fern.

Ein entscheidender Ansatz für die Argumentation gegenüber den Patienten fehlt zudem, denn, daß unter wissenschaftlich haltbaren Gesichtspunkten bisher zwar die Schädlichkeit des Amalgames nicht nachgewiesen werden konnte, bedeutet nicht auch die Bestätigung der Unschädlichkeit.

Unter dem Grundsatz des „nil nocere“ sollten wir endlich die Initiative ergreifen und die Öffentlichkeit informieren, daß die jetzige Situation nicht in Ihrem und auch nicht im Sinne der Zahnärzte sein kann.

Für mich als einzelnen Behandler wäre eine Lösung notwendig, die es wenigstens zunächst ermöglicht, ohne gegen Abrechnungsrichtlinien zu verstoßen, bei Patienten die aktiv keine Amalgamversorgung wünschen, auf dieses Material zu verzichten und statt dessen Kunststoff oder Zement zu benutzen.

Hierbei sollte das aktive Interesse des einzelnen Patienten im Vordergrund stehen und dem Behandler die Möglichkeit gegeben werden, nach Aufklärung andere Materialien, wie oben genannt, zu verarbeiten. (Und zwar ohne spätere Wirtschaftlichkeitsprüfung, fachliche Prüfung, Durchschnittsberechnungen oder was für Blüten die Kassenmedizin heute sonst noch treibt).

Wie denkt die Kollegenschaft darüber?

Zahnarzt
Jens Knippals
Lessingstr. 12
3180 Wolfsburg 1

Arbeitszeitverkürzung für Arzthelferinnen

Die rund 180 000 Arzthelferinnen in der Bundesrepublik arbeiten ab 1. Januar 1990 eine Stunde weniger in der Woche. Dies gilt auch für Teilzeitkräfte.

Empfindlicher Arbeitskräftemangel vor allem in den Ballungsgebieten auf der einen und Arbeitszeitverkürzung, wie sie in anderen Bereichen schon längst üblich ist, auf der anderen Seite, dürfen nach Auffassung des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen (BdA, Dortmund) nicht zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen. Die Ärzte, so fordert der BdA, müssen jetzt verstärkt von der Möglichkeit Gebrauch machen, auf Teilzeitkräfte zurückzugreifen, wenn sich durch Teilzeitbeschäftigung das Nebeneinander von Familie und Arbeit erleichtern ließe, glaubt die für Tariffragen zuständige stellvertretende BdA-Vorsitzende Bärbel Keim-Meermann.

Keine vergleichbaren Regelungen konnte der BdA für die rund 60 000 Zahnarzthelferinnen der Bundesrepublik bislang durchsetzen. Die Manteltarifverhandlungen wurden ergebnislos abgebrochen, weil die bisher vorliegenden Angebote der Arbeitgeberseite vom

BdA als völlig unzureichend zurückgewiesen wurden und die Zahnärzteschaft daraufhin weitere Gespräche brüsk ablehnt hatte.

„Verbesserte Bedingungen für eine problemlosere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wie sie Bundesfamilienministerin Ursula Lehr für 1990 von den Tarifpartnern angemahnt hat, sind ausgerechnet von den Spitzenverdienern der Nation nicht zu bekommen“, bedauert Frau Keim-Meermann. Das zeige fehlende soziale Verantwortung im Blick auf die Existenz des Zahnarzthelferinnen-Berufes. Es sei schwer verständlich, daß hier so hart gerungen werden muß, wo doch ein Blick in die Tageszeiten ausreiche, um sich davon zu überzeugen, wie brisant die Personalsituation inzwischen in manchen Regionen geworden ist. Der BdA fordert die Rückkehr an den Verhandlungstisch, damit die Auszehrung des Berufs durch unzeitgemäße Arbeitsbedingungen gestoppt werden kann.

*Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt-
und Tierarzthelferinnen e.V.
Geschäftsstelle Bissenkamp 12-16,
4600 Dortmund 1*

KNIFFOLOGIE

Zahnheilkunde ist nichts anderes als eine...

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

vielleicht haben Sie schon von der KNIFFOLOGIE gehört. Die KNIFFOLOGIE ist eine Sammlung von Tips und Tricks aus allen Bereichen der Zahnheilkunde. Seit über 5 Jahren werden hier vom Praktiker zum Praktiker Tips ausgetauscht, die das tägliche Leben in der Praxis erleichtern. Hier zwei Beispiele:

Blutstillung bei Parodontalchirurgie

Obwohl die Regel gilt, daß man erst dann operieren soll, wenn die Gewebe aufgrund der Vorbehandlung „pink“ sind; hat man dennoch öfters mit Unübersichtlichkeit infolge starker Blutung zu kämpfen. Abhilfe schafft das wiederholte lokale Umspritzen des OP-Gebietes intra operationem mit einem adrenalinhaltigen Anästhetikum, etwa in der Konzentration 1:60.000. Dadurch werden die Operationsergebnisse besser. (Schulz-Bongert 08/89).

Rechtwinkelschultern

Schnitzen von Rechtwinkelschultern (äußerst präzise siehe Stereomikros-

kop) mit hartmetallbelegten Schmelzmessern. Sonderanfertigung Fa. Braseler, zu beziehen durch Zahnärztlicher Arbeitskreis Kempten, Postf. 1527, 8960 Kempten (Bücking 01/89).

Die KNIFFOLOGIE erscheint ca. 4x pro Jahr, je nachdem wieviele Tips anfallen. Inzwischen ist die KNIFFOLOGIE auf ca. 30 Seiten angewachsen und enthält ca. 200 Tips, Infos zu Fortbildungsgruppen, Warenimporte aus den USA u.v.a.m.

Bisher bekam man die KNIFFOLOGIE gegen einen Unkostenbeitrag, Rückumschlag etc. Da hierbei zu viele Fehler vorkamen (fehlendes Rückporto, fehlende Adresse, zu kleiner Rückumschlag etc.), ändern wir ab sofort das Anforderungsverfahren. Es ist auf beliegendem Bestellschein beschrieben. Bitte lesen Sie diesen Bestellschein *sorgfältig* durch und senden Sie ihn an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr
Dr. W. Forschner

KNIFFOLOGIE

Dres. S. u. W. Forschner
Köhlesrain 86 • 7950 Biberach • Tel: 07351/23788 • Fax: 07351/31667
Stand: März 1990

Bestellschein

Mit diesem Bestellschein kann die nächste Ausgabe der KNIFFOLOGIE angefordert werden.

Man schickt diesen Bestellschein an obige Adresse.

Diesem fügt man außerdem noch einen Unkostenbeitrag von 10.- DM in Briefmarken oder als Schein bei (bitte keine Schecks).

Wenn Sie gleichzeitig mit der Bestellung einen Tip einsenden, ermäßigt sich der Unkostenbeitrag einmalig auf 5.- DM. Sie haben dann aber das Recht, sich auf Lebenszeit als KNIFFOLOGE zu bezeichnen.

Nochmals: Folgende Bedingungen gelten also für den Erhalt der KNIFFOLOGIE :

Nichtkniffologen 10.-DM in Briefmarken oder bar plus Bestellschein

Kniffologen Tip + 5.- DM in Briefmarken oder bar plus Bestellschein

Für Kopien, die sie von Kollegen bekommen, akzeptieren wir einen „Nutzungsbeitrag“ von 5.- DM in Briefmarken oder bar.

Um zur weiteren Verbreitung der KNIFFOLOGIE beizutragen, kopiert man diesen Bestellschein oder die gesamte Ausgabe und gibt sie an gute Freunde weiter.

Ich möchte die nächste Ausgabe der KNIFFOLOGIE zugesandt bekommen,

- Ich habe die komplette Ausgabe vom 1. Quartal 1990 erhalten und brauche erst die nächste Ausgabe. Ein Unkostenbeitrag für eine neue Ausgabe in Höhe von 10.- DM liegt bei.
- Ich habe nur den Bestellschein aus der Ausgabe vom 1. Quartal 1990 bekommen bzw. kopiert und brauche also ganz dringend diese Ausgabe. Ein Unkostenbeitrag in Höhe von 5.- DM liegt bei.
- Ich habe die komplette Ausgabe vom 1. Quartal 1990 von einem netten Kollege kopiert und brauche erst die nächste Ausgabe. Ein Unkostenbeitrag für eine neue Ausgabe in Höhe von 10.- DM und zusätzlich ein Nutzungsbeitrag für die Kopie in Höhe von 5.- DM liegt bei.

Absender:

Bitte ankreuzen, das Datum der Ausgabe ist wichtig, um Doppelversendungen zu vermeiden! Absender nicht vergessen! Versandkosten werden von uns übernommen. Also keinen Rückumschlag mehr beilegen.

Buchbesprechung

Zahnarzt im Wandel

Hrsg. A. Schuller, B. Bergmann-Krauss, E. Witt
 Hanser Verlag München 1989, Preis: DM 28.-

Gleich vorweg: Das Buch ist für alle Kollegen sehr empfehlenswert, die zur Selbstreflexion im Stande sind und über den Bohrer- oder Kavitätenrand ihrer Praxis hinausschauen können. Ebenso für alle Interessierte, die sich nicht mit den - in der Regel - eindimensionalen Äußerungen ihrer „Standespolitiker“ (als Argument kann man das meistens nicht bezeichnen) oder deren Gegner (wie gerade im Spiegel) zufrieden geben wollen.

Die sozialwissenschaftliche Forschung in der Zahnmedizin ist für die Bundesrepublik noch ein fast unbekannter Bereich. Die Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin und Sozialwissenschaft ist bisher, wohl durch Vorurteile, eher behindert und begrenzt worden. Die Zahnmediziner halten die Sozialwissenschaften für politisch geprägt und vergessen dabei ihre eigene politische Dimension, die sich allerdings zur Zeit durch die sozialpolitischen Auseinandersetzungen deutlich ins Bewußtsein der Kollegenschaft drängen.

Dabei sind die Ergebnisse der „Dentalsoziologie“ - (ein schauriger Begriff, der sich aus der Übersetzung von „So-

ciology of Dentistry“ erklärt und hoffentlich nicht beibehalten wird!) - für uns Zahnärzte gar nicht so unangenehm und sogar Balsam für die gebeutelten Gewissen:

„Seit langem weiß man, daß der Gesundheitszustand bzw. die Anzahl und die Art der zu behandelnden oralen Erkrankungen multikausal bestimmt ist. *Die Erkrankungshäufigkeit hängt nur zu einem kleinen Teil von der Menge und Qualifikation der vorhandenen Zahnärzte und dem Ausmaß ihrer Behandlungen ab.*“

So etwas liest man doch gern - gerade nach dem Spiegelartikel vom Frühjahr, und unabhängig davon, daß die Qualitätsdiskussion weiterhin am Laufen gehalten werden muß! Aber bitteschön unter Federführung der Zahnärzte und nicht der Kassen oder gar des *Spiegel!* Also mit *Fachkompetenz!*

Aber auch Nachdenkliches ist zu finden:

„Die Zahnmedizin sollte nicht nur ihre praktischen und täglichen Probleme überprüfen, sondern auch die dahinterliegenden grundsätzlichen Vorstellungen

gen von Krankheit und Gesundheit, von Menschenbild und Fortschrittsglauben, von Machbarkeit und von Verantwortung. Partizipiert nicht die Zahnmedizin in besonderer und damit auch besonders gefährdeter Weise an der „Utopie des Machbaren“? Gerade in der Zahnmedizin scheinen alle Probleme „auf der Hand zu liegen“, scheinen machbar und lösbar, reduzierbar auf technische und rationale Probleme. *Hat nicht auch die Zahnmedizin, wenn auch durchaus ungewollt, zur Unmündigkeit des Patienten beigetragen*, in dem sie ihm die Verantwortung für seine Zahngesundheit abzunehmen schien“?

Die Herausgeber machen mit dem Buch „den ersten Versuch im deutschen Sprachraum alle sozialwissenschaftlich relevanten Fragen der Zahnmedizin abzustecken“ und müssen dabei aus Mangel an vorhandenen Untersuchungen auch auf internationale Arbeiten zurückgreifen.

Es werden fünf Problembereiche abgegrenzt (Geschichte und Zukunft / Bedarf und Nachfrage / Struktur und Politik / Werte und Wandel / Perspektiven) die jeweils durch mehrere Artikel beschrieben sind. Diese Arbeiten werden meistens im Anschluß noch kommentiert, sodaß auch ein sozialwissenschaftlich Ungeübter die Ergebnisse und Aussagen besser werten und verstehen kann.

Im ersten Abschnitt (Geschichte und Zukunft) wird die soziostrukturelle

Entwicklung der Zahnmedizin, bisherige - gesellschaftsabhängige - Erkenntnisse (Zahnputzverhalten, Finanzierung verschiedener Versorgungsmodelle etc.) referiert.

Im zweiten Kapitel (Bedarf und Nachfrage) wird eine Bestandsaufnahme des jetzigen Erkrankungs- und Versorgungsstandes (DMF-Index, etc.) berichtet (u.a. mit einer Arbeit von Naujoks).

Kapitel drei widmet sich der Situation des Zahnarztes in der heutigen Gesellschaft, seiner Abhängigkeiten, Möglichkeiten und Versäumnisse (ein spannendes und entlarvendes Kapitel, wenn man sich bei der Lektüre die Äußerungen und Haltungen unserer derzeitigen „offiziellen Standesvertreter“ vor Augen hält).

Im Kapitel „Werte und Wandel“ findet sich ein Artikel von Prof. Peter Gross: „Der liebe Gott auf Erden: Allmacht und Machtlosigkeit ärztlichen Handelns“. Dieser Artikel sollte zur Grundausbildung jedes Zahnarztes und Arztes gehören!

Im letzten Kapitel (Perspektiven) finden sich dann, recht differenziert dargestellt, Vorschläge und Möglichkeiten sowohl für Forschung als auch für notwendige „Feldarbeit“ (Vorurteilsabbau in verschiedenen Bereichen).

Alles in allem ist dieses Buch eine gelungene Zusammenstellung über die derzeitigen „Zahn“-medizinsoziologischen Erkenntnisse und deren Mängel.

Es ist zu hoffen, daß der Verlag den Mut besitzt, Nachfolgebücher zu verlegen, auch wenn es - leider - keine Bestseller werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Knut Krützmann

Wagmüllerstr. 21

8000 München 22

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Behandlungsverweigerung von AIDS-Patienten in USA unzulässig

Ein orthopädischer Chirurg in New York ist von einem AIDS-kranken Patienten angeklagt worden. Der Arzt hatte sich geweigert, den AIDS-infizierten Patienten zu behandeln. Die Klage ist abgewiesen worden. Der Arzt hatte nur eine beratende Funktion ausgeübt an Patienten, die von anderen Ärzten überwiesen worden waren. Dieser Patient war nicht überwiesen worden. Nur wenn der Zahnarzt ausschließlich als Berater tätig ist, darf er AIDS-Patienten abweisen. Der Zahnarzt macht sich strafbar, wenn er neue AIDS-Patienten abweist oder alte Patienten, die an AIDS erkrankt sind, an einen Kollegen überweist. Sollte der Zahnarzt prinzipiell keine Wurzelbehandlungen (beispielsweise) machen, so ist er selbstverständlich berechtigt, den AIDS-Patient für eine Wurzelbehandlung zu überweisen. Sollte der Zahnarzt geltend machen, daß er für die Behandlung von an AIDS erkrankten Patienten nicht eingerichtet sei, so ist er, juristisch gesehen, ungenügend eingerichtet für die Ausübung seines Berufes. Der Zahnarzt muß AIDS-Patienten behandeln, auch wenn er befürchten muß, daß er Patienten dadurch verliert. (Umfragen haben bestätigt, daß die meisten Patienten sich nicht von einem Zahnarzt behandeln lassen, von dem sie wissen, daß er AIDS-Patienten behandelt!)

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt
für den Praktiker Nr. 7/1989

Bei Aids-Patienten keine Antibiotika

Der nachgewiesene AIDS-Patient soll eine Zahnreinigung erhalten. Die Verwendung eines Ultraschall-Zahnreinigungsapparates (CAVITRON) sowie das Polieren der Zähne mit Spray sind nicht zu empfehlen. Der AIDS-Patient darf nicht ohne weiteres chirurgisch behandelt werden. Obwohl Vincents Infektion erfolgreich mit Antibiotika behandelt werden kann, darf dem AIDS-Patienten kein Antibiotikum verabreicht werden. Mit der Verabreichung von Antibiotika kann das Wachstum anderer Organismen gefördert werden, und es kann beispielsweise eine Pilzinfektion auftreten, die für den AIDS-Patienten tödlich sein kann. Dem AIDS-Patienten soll empfohlen werden, zweimal täglich (bis zum Lebensende) die Zähne mit Chlorhexidin zu spülen. Die Zahnreinigung sowie die Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd geben eine Besserung bei der Vincents Infektion - mit Ausnahme von Patienten mit AIDS. Bei der Verabreichung von Antibiotika für die Bekämpfung von Vincents Infektion ist Zurückhaltung geboten, bis man sicher ist, daß es sich nicht um einen AIDS-Fall handelt.

Das zahnärztliche Mitteilungsblatt
für den Praktiker Nr. 9/1989

Buchbesprechung

Zilli Zunder und ihre Zahnzwerge

eine illustrierte Geschichte zur Zahngesundheits-
erziehung von Kindern
von Margot Steinbicker und Karina Schwunk

Herausgeber: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen;

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer, Formularverlag,

Heßbrühlstr. 69, 7000 Stuttgart 80, Tel.: 0711/78630

Das Bilderbuch „Karius und Baktus“ wird im Rahmen der Zahngesundheits-
erziehung unterschiedlich bewertet. In
einer Untersuchung von Kindergarten-
Materialien mit gesundheitserzieheri-
schen Inhalten fiel die Beurteilung posi-
tiv aus. Andererseits wurde die Verstär-
kung der Angst vor dem Zahnarzt und
die positive Identifikation mit den Ka-
ries-Verursachern kritisiert.

Neu auf dem Bilderbuchmarkt ist „Zilli
Zunder und ihre Zahnzwerge“

Zum Inhalt:

Zilli Zunder wird von dem winzigen
Zwergenmädchen Tilli mit nach Hause
genommen. Die Zahnzwerge leben in
einer Mundhöhle. Zunächst klettern Zilli
und Tilli über die Zahnreihe in den
dahintergelegenen Raum. Die Zahn-
zwerge Willi und Molli wischen gerade
mit Spucke und einem großen Schwamm
über einen neuen Zahn. Zilli erfährt, daß
Süßes, viele Bonbons und Limonade die
Spucke klebrig machen und das Pflege-
mittel verderben. Sie nimmt einen

Schwamm und wischt wie die beiden
Zahnzwerge über die Zähne.

Zilli entdeckt einen Zahn mit kleinen
braunen Löchern. Der Zahn ist so zer-
stört, daß der Zahnarzt die braunen Stel-
len wegnehmen und dann füllen muß.

Ganz lustig finden die Zahnzwerge das
Zerkleinern einer Möhre und von fe-
stem Brot. Es rumpelt, und die Zwerge
werden kräftig durcheinander geschüt-
telt. Sie quietschen vor Vergnügen.

Doch dann wird süße Limonade über
die Zähne geschüttet. Zilli streicht über
einen Zahn und fühlt, daß er nicht mehr
so glatt ist wie vorher.

Bei der Zahnreinigung hilft eine Zahn-
bürste. Die Zwerge sind begeistert. Sie
stellen sich mit dem Rücken zwischen
die Zähne und schnurren vor Vergnü-
gen, wenn die Zahnbürste über den
Rücken streift. Auch Zilli genießt, wie
die Zahnbürste den Rücken rauf und
runter gleitet. Mit dem Ergebnis sind die
Zwerge zufrieden. Die Zähne sind sau-
ber.

Zuletzt wacht Zilli wieder in ihrem Bett auf, läuft ins Bad und putzt sich die Zähne. Sie stellt sich vor, wie die Zahnzwerge in ihrem Mund schnurren und sich beim Rückenkräulen mit der Bürste wohlfühlen.

Kritik setzt ein bei der Darstellung von Obst, Gemüse, Getreide und Nüssen, alles gut geknetet und gemischt, als Baumaterial von gesunden Zähnen. Kariöse Zähne bestehen in der Geschichte aus einem Süßigkeitenbrei. Dem Abschnitt Zahnaufbau sind bei einer Neuauflage Verbesserungen zu empfehlen.

Nichtsdestoweniger ist das Bilderbuch eine wesentliche Bereicherung der Materialien zur Zahngesundheits-erzie-

hung. Besonders positiv bewertet werden der kindgerechte Text, die sinnliche Erfahrung des Zähneputzens und die gelungenen Illustrationen. Für Kinder wird ein Identifikationsreiz mit Zilli und den Zahnzwerge gegeben. Die Zwerge leben nicht wie Karius und Baktus in gemütlichen Zahnhöhlen. Sie werden bei der Zahnreinigung nicht aus der Mundhöhle vertrieben, so daß bei Kindern kein Mitleid erregt wird.

Die Kosten sind bei der Abnahme von 100 Exemplaren ab Verlag mit 1,40 DM plus MwSt. pro Exemplar gering. Die Geschichte ist als Wartezimmerlektüre und für die Zahngesundheits-erziehung in Kindergärten und den ersten Grundschulklassen wärmstens zu empfehlen.

m.w.

Buchbesprechung

Die CEREC Computer Reconstruction

Werner H. Mörmann, Marco Brandestini

Quintessenz Verlag, Berlin, 1989, 222 Seiten gebunden,
442 teils farbige Abbildungen, ISBN 3-87652-550-0, 280,- DM

Im Zusammenhang mit der immer wieder aufflackenden Amalgamdiskussion wächst die Begehrlichkeit der Patienten nach zahnfarbenen, biologisch inertesten Seitenzahnfüllungen. Mörmann und Brandestini haben als eine Möglichkeit hierzu das CEREC-System (Computer assisted Ceramic reconstruction) entwickelt und 1986 in Zürich vorgestellt.

Bei diesem System wird die Kavität videofotografiert und nach entsprechender Bearbeitung mit dem Computer wird das Keramikinlay oder -onlay in ca. 8 Minuten aus einem Keramikblock herausgefräst. Die Technik muß in einem zweitägigen Intensivkurs und mit umfangreichen Phantomarbeiten erlernt werden.

Mörmann und Brandestini haben das vorliegende Buch Mitte des Jahres 1989 zur Information für interessierte Zahnärzte, als Begleitbuch für die Ausbildungskurse und als ausführliche Gebrauchsanweisung für den CEREC-Anwender herausgegeben. Es beginnt auf den ersten 42 Seiten mit den theoretischen Grundlagen, einer ausführlichen Beschreibung der Maschine, Ausblicke

in Weiterentwicklungen und die Beurteilung von Konkurrenzkonzepten. Der Hauptteil (138 Seiten) bringt mit vielen Bildern - hauptsächlich der Videoaufnahmen - eine ausführliche Gebrauchsanweisung, wie man mit der Maschine Inlays, Onlays und Verblendschalen herstellen kann. Weiter 18 Seiten bringen wissenschaftliche Daten und klinische Erfahrungen.

Am Ende eines jeden Abschnitts befinden sich ausführliche Literaturangaben. Das Buch beschließt ein 9-seitiges ausführliches Sachregister.

Das Buch hat die übliche Quintessenzqualität, d.h. fester Umschlagkartonhochwertiges Papier, deutliche, gut beschriftete Zeichnungen und Abbildungen. Der Text ist großbuchstabig und gut abgesetzt. Verbessert werden müßte die Darstellung von eingegebenen Computerlinien auf den Abbildungen der Videoaufnahmen, da sich diese teilweise ungünstig überlagern und für den Ungeübten nicht zu unterscheiden sind. Perfekt wären hierzu gegenübergestellte Nachzeichnungen, in die die entsprechenden Linien farbig eingezeichnet sind.

Das Buch ist für jeden CEREC-Anwender als ausführliche und teure Gebrauchsanweisung Pflichtlektüre. Für Zahnärzte, die sich über das CEREC-System informieren wollen, sind nur 60 Seiten interessant und verständlich. Um den Rest verstehen zu können, benötigt man einen CEREC-Ausbildungskurs.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Heinz Wichert

Untere Bahnhofstr. 25

8034 Germering



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

01.09.1990

Das gab's noch nicht?

NAV-Bayern: Regionale Krebsregister müssen geschaffen werden

eur, München, 23.01.1990

Der Landesverband Bayern des NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands - hat seine Forderung nach Einführung eines flächendeckenden Netzes von regionalen Krebsregistern erneuert. In einem Schreiben an das Bayerische Staatsministerium des Inneren, das lediglich die klinischen Tumorenregister an den universitären Tumorzentren auf- und ausbauen will, zeigte sich der Vorsitzende des NAV-Landesverbandes Bayern, Dr. Erwin Hirschmann, enttäuscht über eine solche Position, die in der Zwischenzeit von der ärztlichen Berufsvertretung und Wissenschaft auf breiter Front verlassen worden sei.

Der NAV, so Dr. Hirschmann, stehe mit seiner Haltung nicht nur in Übereinstimmung mit der klaren Aussage des 92. Deutschen Ärztetages 1989 in Berlin, sondern auch mit dem Beschluß der 4. Großen Krebskonferenz vom Dezember 1989.

Die Unerklärbarkeit der jüngst beobachteten gehäuften kindlichen Leukämiefälle in Sittensen/Niedersachsen seien ein schlagender Beweis, daß die in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung stehenden epidemiologi-

schen Daten keinesfalls den Notwendigkeiten und dem internationalen Standard entsprächen. Den Spekulationen um diese Tumorerkrankung seien deshalb Tür und Tor geöffnet, schrieb Dr. Hirschmann weiter. Es sei nicht einmal die Möglichkeit einer Überprüfung dahingehend vorhanden, ob sie im Bereich der Normalverteilung lägen. Bei der erhöhten Sensibilität der Bevölkerung bestehe darüber hinaus die Gefahr, daß Ursachen vermutet würden, die in keinem kausalen Zusammenhang zu dem lokalen Ereignis stünden und dadurch auch volkswirtschaftlich bedenkliche Konsequenzen gezogen würden.

Dr. Hirschmann betonte, daß auch dieses aktuelle lokale Ereignis deutlich mache, wie notwendig es sei, neue Wege zur Überwindung einer Menschheitsgeißel zu begehen und forderte die Vertreter der Bayerischen Staatsregierung auf, doch beizutragen, die nur noch dogmatisch zu begründenden Bastionen zu verlassen.

eurinform

NAV-Landesverband Bayern

Vorsitzender: Dr. Erwin Hirschmann

Hansastr. 143

8000 München 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 Beitragsrückersstattungssystem geprägt wird.

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

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



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde



Der DAZ stellt sich vor:

Berufsverband

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

Aufbau

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen
- 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.

Der 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. Hanns-W. Hey
Dr. Karlheinz Plecher
Dr. Karima Stöcklein
- **Anschrift der Redaktion:**
Dr. H.-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 2.000 Stück
- Das DAZ *forum* wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ *forum*, soweit die Auflagenhöhe dies zuläßt.
- Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.
- Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ *forum* sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung wird aber nicht zugesichert.
- **Zuständig für Annoncen:**
Dr. Wolfgang Lell,
Hermann-Geib-Str. 59a
8400 Regensburg
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie bitte eine Druckvorlage im DIN A5 oder DIN A4 Format an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Für eine **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- **Inseratpreise:**
Ganze Seite DIN A 5: DM 500.-
Halbe Seite: DM 300.-
- Beilagen im DAZ *forum* sind nur nach Rücksprache mit der Redaktion möglich.
- **Satz:**
GASSENHUBER desktop publishing
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg



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

DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen
DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. J. Krämer, Hauptstr. 215, 7819 Denzlingen
DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. 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