

DAZ FORUM

**Vielabrechner
und Wenigabrechner**

Fast-Food für gequälte Kiefer

**Ein rustikaler
Amalgamabscheider**

**FCKW - Zahnärzte schützen
die Ozonschicht?**

Eine neue Praxisphilosophie?



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

Deutsch-deutsche Ereignisse



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

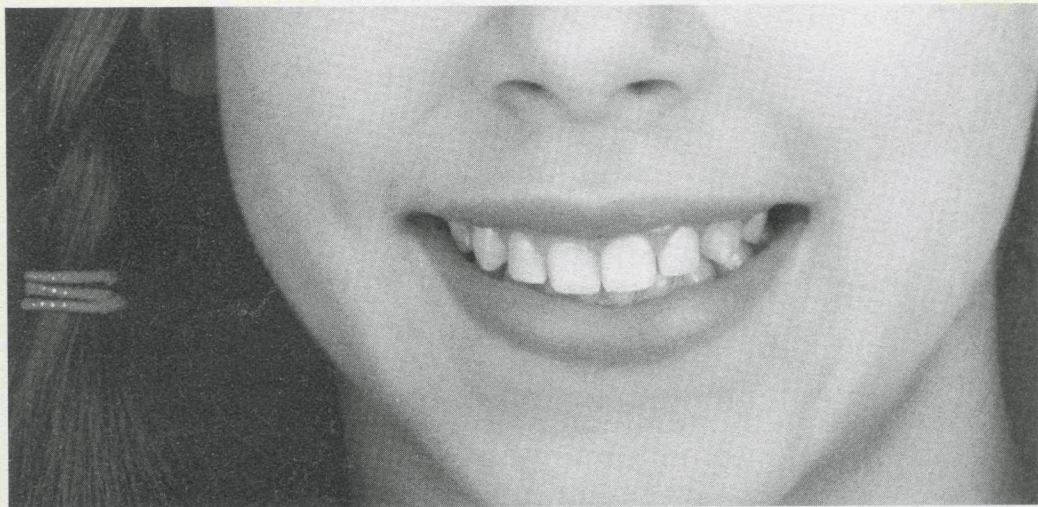
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die 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 514921

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 SO₂). 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 SO₂). 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 Allergemeinerkrankungen. 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 Lokalanästhetika 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.

SOFTWARE SERVICE

informiert:

Als TULIP und EPSON Vertragshändler bieten wir Ihnen europäische Qualität und ein ausgereiftes, in Bayern über 100 mal bei Zahnärzten eingesetztes Programm.

Sommer-Angebot:

TULIP at compact 2 mit 20 MB
VGA-Grafik + VGA Monitor s/w
CHERRY-MF-Tastatur
Drucker EPSON LQ 550 + Kabel

Komplettes Zahnarztprogramm:

- * Quartalsabrechnung
- * Prothetik Kasse/Privat
- * GOZ/GOÄ-Abrechnung
- * Laborverwaltung
- * Statistik/Recall



DM
13.999

(natürlich inclusive
14% Mehrwertsteuer)

Prospekte, Programm-Unterlagen, Referenzliste bitte anfordern bei

SOFTWARE SERVICE JUNGSMANN
Gartenstraße 26
8702 Kürnach

Tel. 09367 / 7746

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 Stoiber ein DAZ-ler?	577
Ausgrenzung	581
Grundsätze und Empfehlungen des DAZ	583
Ethik in der Zahnheilkunde	584
Die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung, Entwicklung und Zielsetzung	586
Viabrechner und Wenigabrechner, Kassen- wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung	589
Ratlosigkeit und Inkompetenz der zahnärztlichen Standesführung angesichts der vielfältigen ärztlichen Initiativen zu Qualitätssicherung	595
Konflikte um die zahnmedizinische Qualitätssicherung	597
Fast-Food für gequälte Kiefer	607
Chemie in Lebensmitteln?	611
Ein rustikaler Amalgamabscheider	615
FCKW - Zahnärzte schützen die Ozonschicht	619
Deutsch-deutsche Ereignisse	627
Kleines Abkürzungsverzeichnis für DDR- Kollegen	635
Eine neue Praxisphilosophie?	637
Leserbriefe	641
Zahnboogie war der Hit	645
Buchbesprechungen	651
Offener Brief des Bayerischen Sozialministeriums an den FVDZ-Vorsitzenden Oberbayerns, Dr. Löffler	659
Meridol - Die neue chemische Zahnbürste?	665
Impressum	667

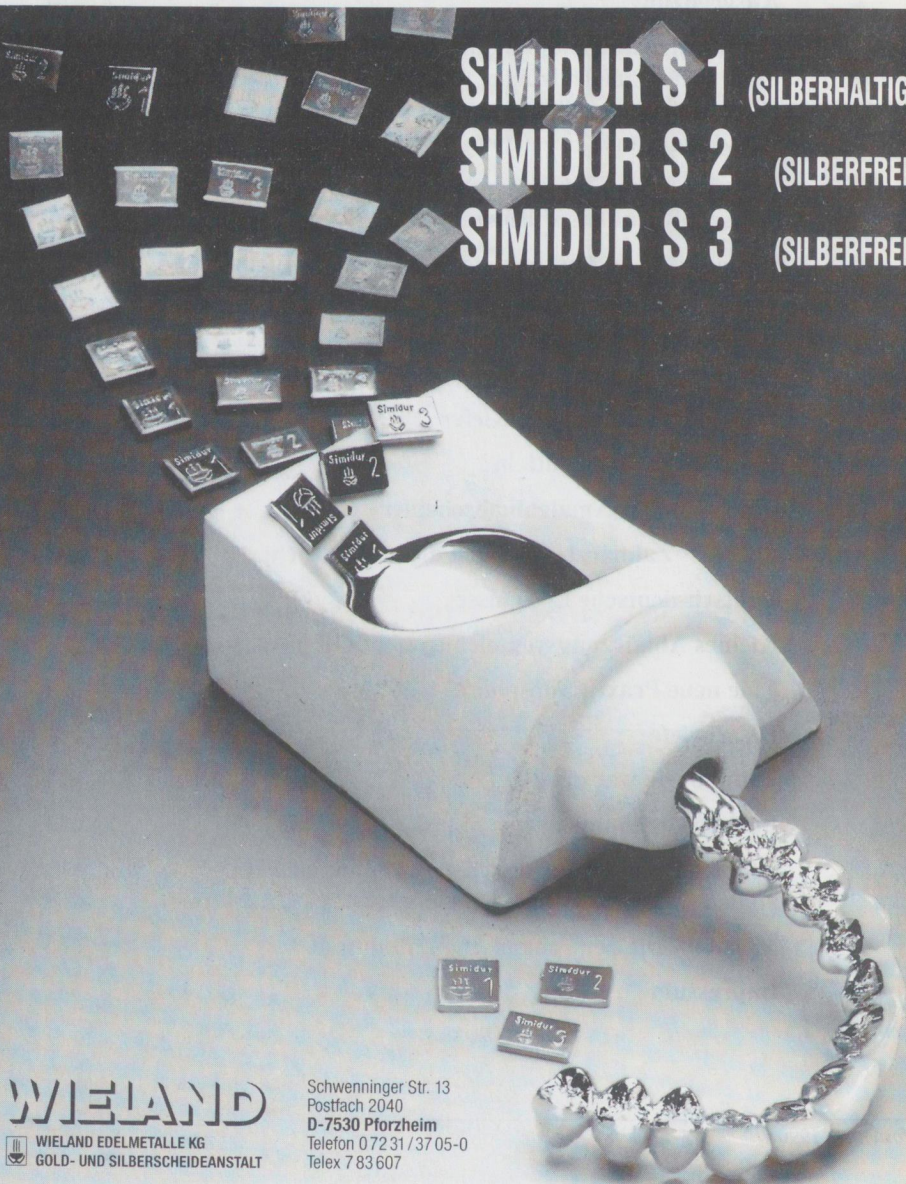


LEGIERUNGEN FÜR DIE RICHTLINIENGERECHTE PATIENTEN-VERSORGUNG

SIMIDUR S 1 (SILBERHALTIG)

SIMIDUR S 2 (SILBERFREI)

SIMIDUR S 3 (SILBERFREI)



WIELAND

WIELAND EDELMETALLE KG
GOLD- UND SILBERSCHNEIDANSTALT

Schwenninger Str. 13
Postfach 2040
D-7530 Pforzheim
Telefon 0 72 31 / 37 05-0
Telex 7 83 607

Editorial

Stoiber ein DAZler?

H. Hey

Edmund Stoiber's CSU war nie meine Partei: Diese bigotte „Mir-san-mir“-Mentalität, diese rüde Arroganz im Umgang mit Andersdenkenden und Minderheiten, das Spezifikum allerer, die sich der absoluten Mehrheit gewiß sind. Es war und ist die gleiche Art, mit der man in den zahnärztlichen Körperschaften und standeseigenen Medien die Opposition behandelt. Kein Wunder, daß das Bayerische Zahnärzteblatt oder die Zahnärztlichen Mitteilungen nie müde wurden, die Kollegenschaft vor den Landtags- oder Bundestagswahlen auf die richtige Partei, in Bayern eben die CSU, einzuschwören. Und dann dies: Beim Bayerischen Zahnärztag in München bleiben nicht nur die erwarteten Streicheleinheiten der Hauspartei aus - Innenminister Stoiber erklärt vielmehr:

„Die bundesweit bestehenden Schwierigkeiten beruhen darauf, daß die Zahnärzteschaft mit dem Begriff „Kostenerstattung“ von Anfang an *einen extensiven privatrechtlichen Regelungsgehalt verknüpft hat, den das Gesetz nicht hergibt*. Wunsch und Wirklichkeit passen nicht zusammen...

...Unser Kassenarzt- bzw. Kassenzahnrecht ist aber ein System, das *Kompromißbereitschaft und Kompromißfähigkeit* der Partner voraussetzt. Und es ist ein System, das Konfliktlösungen nach vorgegebenen rechtsstaatlichen und demokratischen Spielregeln verlangt...

...Ohne Sie standespolitisch bevormunden zu wollen, muß ich Ihnen im wohlverstandenen Interesse Ihres Berufsstandes meine Meinung dazu ganz offen kundtun: *Ich halte eine solche Zielsetzung (Ausstieg aus dem Kassenzahnärztlichen Versorgungssystem - die Red.) für unrealistisch, fernab von den Tugenden des Augenmaßes und der Vernunft...*

...So wie das Arzt-Patienten-Verhältnis ohne Vertrauen und ohne echte Partnerschaft undenkbar ist, so sind auch in der kassenzahnärztlichen Versorgung die beteiligten Selbstverwaltungskörperschaften zu verantwortungsvoller und stets auch dem Allgemeinwohl verpflichteter Sozialpartnerschaft berufen, mögen die einzelnen Standpunkte und Interessenlagen noch so konträr sein.

Die Bayerische Staatsregierung würde es außerordentlich bedauern, wenn in der zahnärztlichen Selbstverwaltung die notwendige Konsens- und Kompromißfähigkeit verlorenginge mit der Folge, daß der Staat reglementierend eingreifen müßte...

Wer aber im zahnärztlichen Berufsstand nur einer weitestgehenden Unabhängigkeit der zahnärztlichen Berufsausübung das Wort redet, wer nur noch den eigenen berufspolitischen Standpunkt sieht und dabei die Verantwortung jedes einzelnen und jeder einzelnen gesellschaftlichen Gruppe für das Ganze, das Wohl der Allgemeinheit aus den Augen verliert, der muß sich fragen lassen, ob er damit letztlich nicht genau das Gegenteil erreicht...

...Unzweifelhaft ist aber, daß der Zahnarzt - ebenso wie der Arzt - Angehöriger eines freien Berufes ist, der einen öffentlichen Berufsauftrag zu erfüllen hat, nämlich der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes zu dienen. Auch der Zahnarzt ist dem Gemeinwohl verpflichtet.

Im Vordergrund allen heilberuflichen Wirkens steht daher die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Das ist der öffentlich-rechtliche Auftrag der Angehörigen der Heilberufe und gleichzeitig die Basis eines besonderen Berufsethos...

...Ohne diese berufsrechtlichen Bindungen des Berufsstandes und des einzelnen Berufsangehörigen bestünde die Gefahr, daß die Leistungen der gesetzlich verfaßten freien Berufe nicht mehr vorwiegend unter Qualitäts-, sondern *ausschließlich unter Gesicht*

punkten des Preis- und Absatzwettbewerbs erbracht würden.

Dies ginge zwangsläufig zu Lasten der Klienten, Mandanten oder Patienten, die sich dem Angehörigen eines solchen Berufes - nicht selten gerade in Ausnahmesituationen und in Zwangslagen - anvertrauen und die die Qualität der ihnen erbrachten Leistungen selbst kaum sachgerecht beurteilen können...“

Demokratische Simplizitäten? Jeder, für den Demokratie nicht ein abstrakter oder gar lästiger Begriff ist, würde sagen: na und? Auch wer mit der Bayerischen oder der Bundesregierung und ihren Repräsentanten seine Schwierigkeiten hat, muß einräumen: hier hat Stoiber recht.

Die Zahnärzteschaft allerdings reagierte fassungslos: im Saal selbst Buhs und Pfiffe, in diversen Leserbriefen danach wutschnaubende Polemiken gegen Stoiber; einer der Vorsitzenden des Freien Verbandes, Gutmann, befaßt sich (in den ZM) zwar kaum mit der Thematik selbst, dafür umso ausgiebiger mit dem „Skandal“, daß diese Äußerungen von den Zahnärztlichen Mitteilungen überhaupt veröffentlicht wurden - schließlich ist es FVDZ-Tradition, lieber die Annahme unangenehmer Post zu verweigern, als sich mit ihrem Inhalt auseinanderzusetzen.

Die Rede des Innenministers hätte allerdings auch aus dem Grundsatzprogramm des DAZ zitiert werden können:

„Der Mangel an Bereitschaft zu verantwortungsbewußter Selbstverwaltung und Selbstdisziplin provoziert den Staat als Kontroll- und Entscheidungsinstanz und macht es dem *Gesetzgeber* möglich, gegen die Interessen der Zahnärzteschaft gerichtete Politik mehrheitsfähig zu machen“.

Und wie stand es im *DAZ-forum* 1984 und 1988?: „Kein Zahnarzt sollte sich der Illusion hingeben, daß sich irgendeine Partei, sei sie schwarz, gelb, rot oder grün, die Interessen einer Minderheit zu eigen macht und sich daran die Finger verbrennt, einer Minderheit, der nur 1/1000 aller Berufstätigen angehört“.

Stoiber hat also nur ausgesprochen, was jeder Politiker einer Regierungspartei sagen muß, der seine fünf Sinne beisammen hat und die nächsten Wahlen gewinnen will: Auch die Zahnärzteschaft ist dem Gemeinwohl verpflichtet; man kann nicht zulassen, daß sie gegen die Interessen der Bevölkerung handelt.

Dr. Stoiber ein DAZler? - Der DAZ auf CSU-Linie? Sicher nicht - der Vorgang zeigt nur einmal mehr, wie weit sich die Zahnärzteschaft, vor allem der Freie Verband, von der Realität entfernt haben. Immer wieder

waren und sind es die Repräsentanten des FVDZ, die mit verbalen Mißgriffen das Bild der gesamten Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit herabsetzen. Ihr jüngstes Beispiel ist der Brief des FVDZ-Vorsitzenden Oberbayerns, Dr. Löffler, an das Bayerische Sozialministerium, in dem die Aufsichtsordnung des Bundesarbeitsministeriums zur Streichung der Gebühren für Heil- und Kostenpläne sowie die Materialkosten als „Rechtsbeugung alter nationalsozialistischer Prägung“ bezeichnet wird (s. S. 659).

Abgesehen von dieser peinlichen Demonstration politischen Analphabetentums muß man andererseits feststellen:

Wenn das Bundesarbeitsministerium trotz mehrfacher Honorarkürzungen und trotz deutlich sinkender Krankenkassenausgaben für Zahnersatz per „Anordnung“ die Gebühren für tatsächliche entstehende Materialkosten streicht, sich dabei allen sachlichen Argumenten gegenüber taub stellt, den Eindruck erweckt, dies geschehe, um es den „Großverdienern der Nation“ zu zeigen, der trägt dazu bei, die Zahnärzteschaft zu radikalisieren und Leuten wie Herrn Löffler in die Arme zu treiben. Denn Honorarabschmelzungen und Gebührenstreichungen treffen am wenigsten die geschmähten Großverdiener - sie wissen meist als erste einen Weg zu Kompensation

- sondern besonders diejenigen Kollegen, die mit ihrem Bemühen um qualitativ hochwertige Leistungen gerade beim Sozialversicherten an der Kosten-Nutzen-Grenze arbeiten. Sie vor Resignation zu bewahren und ihr Engagement für die Patienten zu erhalten, sollte das Ziel von Gesetzgeber und Krankenkassenverbänden sein. Auch dürfte es kaum im Interesse der Patienten und der Krankenkassen liegen, wenn eine gute und dauerhafte Versorgung mit Zahnersatz durch die Verwendung billiger Materialien in Frage gestellt wird.

Was die Bundesregierung, also auch die CSU, in den vergangenen Jahren im Bereich der Gesundheitspolitik getan haben, war vor allem Fiskalpolitik: Umschichtung von Ausgaben, Kürzung ärztlicher Honorare, Senkung oder Streichung von Gebühren. Wer nicht wagt, die Pharmaindustrie stärker in die Pflicht zu nehmen und die Länder zu veranlassen, den größten Passivposten, die Krankenhäuser, zu sanieren, verwaltet lediglich Mißstände und Mängel.

So notwendig und richtig Ermahnungen in der augenblicklichen Situation auch sind: solange Bund und Länder nicht dafür sorgen, daß

- durch Änderung der Kapazitätenverordnung und die längst fällige Studienreform weniger Studenten besser

und mit anderen Schwerpunkten ausgebildet werden

- Prävention wirklich breitenwirksam wird, z.B. durch einheitliche Jugendzahnpflegegesetze und durch das Verbot des Verkaufs von Süßigkeiten in der Schule, weiterhin z.B. durch Werbeverbote für Zigaretten, Alkoholika etc., etc.
- die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß nicht nur die Menge ärztlicher Leistungen, sondern vor allem ihre Qualität belohnt wird, (s. S. 589)
- das Wahlrecht in den zahnärztlichen Körperschaften so geändert wird, daß sich neue Mehrheiten bilden können,

so lange bleiben auch gute Reden eben nur Reden.

Wer nicht weiß, was man alles tun könnte und wirklich handeln will, der nehme das neue Grundsatzprogramm des DAZ zur Hand, das die Rahmenbedingungen aufzeigt für genau das, was Herr Stoiber forderte: eine qualitativ hochstehende Zahnheilkunde, die sich dem Gemeinwohl verpflichtet fühlt.

Den Abdruck der „Grundsätze und Empfehlungen“ des DAZ setzen wir auf Seite dieses Heftes fort.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

Ausgrenzung

Chr. Nielsen

ZM-Leser wissen, daß es im hinteren Teil der *Zahnärztlichen Mitteilungen* einen Veranstaltungskalender gibt. Daten, Themen und Orte, wertfreie Informationen für Zahnärzte.

Deshalb hatte der DAZ gebeten, seine Jahreshauptversammlung (12.-14. Okt. 1990 in Frankfurt/M.) in diese Rubrik aufzunehmen. Die ZM-Redaktion teilte daraufhin mit Schreiben vom 6.7.1990 mit, daß der BDZ-Vorstand mit Zustimmung des KZBV-Vorstandes die Jahreshauptversammlung des DAZ von den Veranstaltungsankündigungen aus den ZM „ausgegrenzt“ habe.

Diese „Ausgrenzung“ soll nicht unkommentiert bleiben.

Auf den ersten Blick mag die Verweigerung weniger Zeilen - oft genug erfahren - eine Bagatelle sein, die es nicht lohnt zu verfolgen. Da man jetzt jedoch von den früher üblichen fadenscheinigen Begründungen: „Redaktionsschluß“ u.ä. zum Klartext: „Ausgrenzung“ übergeht, müssen auch wir unsere Loyalität und Umgangsformen einer dreisten Standesführung gegenüber überdenken.

Es geht wieder einmal um den prinzipiellen Umgang mit den standeseigenen, auch von uns finanzierten Medien. Es geht um die Informationspolitik einer Körperschaft des Öffentlichen

Rechts, es geht um die fortwährende Mißachtung demokratischer und kollektiver Grundsätze.

Dabei fragen wir uns, ob der (an den Rand der Pleite, der Akzeptanz, der Arbeits- und Politikfähigkeit geratene) BDZ es schon nötig hat, den berufspolitischen Druck „nach unten“ weitergeben zu müssen, um damit Restbestände an Führungsprofil zu demonstrieren. Kleinkariert geht es wohl nicht mehr! Oder war es gar eine Initiative der ZM-Redaktion, die sich durch solche „Ausgrenzungen“ Liebling bei allen denen machen will, denen der DAZ schon immer ein Dorn im Auge war? Dieser hilflos-gefällige Federstrich mag bei manchen FVDZlern auf Sympathie stoßen. Ein Zeichen für sachliche Information, für verantwortliche Pressearbeit ist das nicht!

Die *Zahnärztlichen Mitteilungen* sind nicht Hauspostille eines schwachen BDZ-Vorstandes, nicht Organ für FVDZ-Flügelkämpfe, schon gar nicht sind sie Spielwiese für die selbstherrliche Meinungsmache gewisser ZM-Redakteure. Solange der BDZ (und dessen Konkurrenz-Gründungen) Zwangskorporationen und die KZBV eine Körperschaft sind, kann der DAZ solche Einseitigkeiten und Ausgrenzungen nicht akzeptieren. Zur Not müssen wir (wieder einmal) die obligatorische Überparteilichkeit von Körperschaftsorganen und die angemessene Berücksichtigung pluralistischer Strukturen durch die Aufsichtsbehörden in Erinne-

rung rufen lassen. Das Einhalten rechtsstaatlicher demokratischer Spielregeln fällt einigen Kollegen in den Vorstandsetagen schwer. Das ist bekannt und eines der Erzübel zahnärztlicher Berufspolitik. Umsoweniger wird der DAZ sich solch billige Zensurmaßnahmen gefallen lassen!

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

NAV geht neue Wege bei EDV-Seminaren

eur Köln, 11. Juli 1990 - Der NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. - hat am Wochenende mit großem Erfolg ein EDV-Seminar mit einem völlig neuen Konzept durchgeführt.

Das in Kooperation mit dem Berufsverband der Augenärzte (BVA) und dem Institut für Medizinische Informatik an der Universität Hildesheim veranstaltete Seminar bot einem großen Kreis von interessierten Ärzten die Möglichkeit, sich in einer wohldosierten Mischung von Theorie und Praxis herstellerunabhängig Kenntnisse anzueignen und fundierte Entscheidungsgrundlagen zu finden.

Die zukünftige Entwicklung auf dem EDV-Markt wird durch sogenannte offene Systeme gekennzeichnet sein, die

eine völlige Neukonzeption der vorhandenen ärztlichen Software verlangen. Nicht alle Firmen werden diese Neukonzeption mitvollziehen können; immens hohe Entwicklungskosten bergen die Gefahr, daß sich in einzelnen ärztlichen Fachgebieten nicht kompatible Systeme zum Nachteil der Ärzte durchsetzen können. Auch die Einführung der Krankenversicherten-Karte 1992 dürfte einen erheblichen Nachfrageboom nach Praxis-EDV auslösen.

In dieser Situation ergreifen NAV und BVA die Initiative und haben gemeinsam mit Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. D. P. Pretschner am Institut für Medizinische Informatik in Hildesheim eine neue Konzeption erarbeitet. Der Lehrstuhl ist bereit, im Rahmen der angelaufenen Forschungsvorhaben sich besonders der ärztlichen Software zu widmen. Damit gibt erstmals eine Universität den Ärzten die Chance der umfassenden Beratung für die Konzeption eines zukunftsichereren Programms. Dies führt zu einem Technologietransfer von der Wissenschaft zur Praxis mit stimulierender Wirkung für beide.

Der NAV ist überzeugt, daß in Kooperation mit dem BVA diese hochkarätig besetzten Seminare sowie die Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für medizinische Informatik entscheidend dazu beitragen werden, die Interessen der ärztlichen Tätigkeit zu wahren.

Für Anfang November ist bereits das 2. Universitäre EDV-Seminar in Hildesheim terminiert.

Grundsätze und Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

Im forum 29 haben wir mit dem Abdruck des neuen DAZ-Grundsatzprogramms begonnen (Zahnärztliche Aus- und Weiterbildung).

In diesem Heft bringen wir nun die Einleitung sowie die Abschnitte Ethik, Zielsetzungen der zahnärztlichen Versorgung sowie die gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen.

1980 hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde erstmals seine „Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik“ veröffentlicht, 1 Jahr später die „Arbeitsberichte“, in denen es in der Einleitung u.a. hieß:

„Die Funktion und Chance des DAZ liegt darin, andere Blickwinkel auf altbekannte Tatsachen zu eröffnen, Vorurteile innerhalb unseres Berufsstandes und über ihn abzubauen zu helfen und Gesprächsbereitschaft dort zu wecken, wo sie aus vielerlei Gründen nicht oder nicht mehr existiert.“

Wer auf die Entwicklung der zahnärztlichen Berufspolitik der letzten 10 Jahre zurückblickt, weiß, daß nicht nur diese Feststellung die aktuelle Situation umschreibt. Auch die wichtigsten programmatischen Empfehlungen des DAZ, vor allem im Bereich der Prophylaxe, der

Kinderzahnheilkunde, der Studienreform und der Qualitätssicherung sind für den Fortbestand unserer Arbeit in freier Praxis von unveränderter Bedeutung.

Gleichwohl war der Berufsstand im vergangenen Jahrzehnt mit einer Reihe von Entwicklungen und Herausforderungen konfrontiert, die eine Neufassung unserer Vorstellungen geboten erscheinen ließen.

Natürlich kann ein solches Programm nur die wichtigsten Bereiche umfassen und spiegelt als Momentaufnahme vor allem die augenblickliche Situation wider. Es muß deshalb in vielerlei Hinsicht unvollständig bleiben. Wir wenden uns daher vor allem an die Zahnärzteschaft und fordern alle Kolleginnen und Kollegen zur kritischen Mitarbeit und zur Mitgestaltung unserer gemeinsamen beruflichen Zukunft auf.

Wir wollen mit unseren Vorstellungen aber auch an die Öffentlichkeit, an den mündigen Patienten, vor allem an die Krankenkassenverbände und die gesetzgebenden Institutionen appellieren, gemeinsam alles zu tun, um die Mundgesundheit der Bevölkerung zu verbes-

sern. Deshalb wünschen wir uns, daß dieses Programm die ernsthafte Diskussion über die berufs-, gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Arbeit neu belebt und damit auch selbst einer dynamischen Weiterentwicklung unterliegt.

1. Ethik in der Zahnheilkunde

Zielprojektionen für die Entwicklung der Zahnheilkunde können nicht formuliert werden, ohne die Tragfähigkeit ethischer Grundlagen zu bedenken. Jede gesellschaftliche Entwicklung, die das Wohl aller betrifft, wurzelt in einer Basis von Normen und Werten, die frei von Einzel- oder Gruppenegoismen von jedem einzelnen als Maßstab für die Bewältigung seiner persönlichen alltäglichen Berufsprobleme benutzt werden können. Ohne konkrete Handlungsgrundsätze bis in den erfahrbaren Alltag hinein ist eine Berufsethik wertlos. Sie verkommt dann zu einem abstrakten Alibi und kann fern der Realität keine Hilfe zur Bewältigung von Problemen und Ängsten im persönlichen Erfahrungsbereich bieten. Als Grundlage für Entscheidungen müssen dann vordergründige „Zwänge“ erhalten.

Der Bruch zwischen idealisierter Handlungsbegründung und der Verfolgung an sich legitimer Eigeninteressen führt zu folgenschweren Fehlentwicklungen. Dieses Problem stellt sich nicht nur in der Medizin, sondern in allen Lebensbereichen.

Ärztliches, also auch zahnärztliches Handeln macht vor diesem Hintergrund nur Sinn, wenn die Tätigkeit ausgerichtet ist auf die Mehrung der Gesundheit der Bevölkerung. Dieses Bemühen ist zwangsläufig auch gleichzeitig Arbeit an der Minderung des Behandlungsbedarfs. Ärztlich handeln heißt somit, stetig und nachhaltig bemüht zu sein, sich selbst immer entbehrlicher zu machen.

Zahnärztlich - ethisch handeln bedeutet:

1. Zur Verhinderung von Schäden müssen alle Möglichkeiten durch Aufklärung und Frühbehandlung wahrgenommen werden.
2. Die erforderliche Therapie, Nachsorge und anhaltende Betreuung sollten mit größtmöglicher Sorgfalt und den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft entsprechend durchgeführt werden.

Solcherlei Berufsausübung würde die Zahnärzteschaft keineswegs sogleich arbeitslos machen. Der Therapiebedarf würde sich nur allmählich verringern. Das Berufsbild würde sich wandeln:

Prophylaxe, Parodontologie, die Behandlung funktioneller Störungen sowie Gerodontologie könnten zu Arbeitsschwerpunkten unserer Zukunft werden.

Hingegen sind Bemühungen von manchen Verbandspolitikern, die Zahnärzteschaft immer unentbehrlicher zu machen, mit ärztlicher Ethik nur schwer zu vereinbaren.

Dennoch ist eine Vertretung der Eigeninteressen legitim und auch notwendig. Viele der oben erwähnten Handlungsgrundsätze können augenblicklich nur sehr eingeschränkt in der täglichen Praxis umgesetzt werden, weil viele Strukturen wie Rationalisierung, Vergütungssystem, Gesundheitsbewußtsein, Konsumverhalten und Gruppenegoismen unmittelbar oder mittelbar diesen Handlungsprinzipien zuwiderlaufen. Es ist umgekehrt auch keine Struktur greifbar, die einerseits zum Handeln nach solchen Prinzipien motiviert, andererseits aber nicht die Gefahr des Mißbrauchs durch den Einzelnen in sich birgt.

Ein „freier Gesundheitsmarkt“ ist ohne sozial-ethisch geprägte Steuerungsmechanismen ein schlechter Lösungsansatz, da hierdurch Prinzipien zur Norm erhoben würden, die den genannten Handlungsgrundsätzen entgegenstehen.

Hieraus folgt, daß die Zahnärzteschaft mit Regeln aus gesetzlichen Rahmenbedingungen und Verträgen leben muß, die auf die oben genannten Handlungsprinzipien ausgerichtet sein sollten, die jedoch leider zum Teil die persönliche (Be-)Handlungsfreiheit einschränken können.

Langfristig könnten durch eine stärkere Ausrichtung der Aufnahmekriterien, der Ausbildung und der beruflichen Fortbildung nach o.g. Prinzipien sowie durch einen Wandel des Gesundheitsbewußtseins in der Bevölkerung augenblicklich noch erforderliche Regelungen entbehrlich werden.

Schon Hippokrates wußte, daß ein Handeln nach ethisch hochstehenden Grundsätzen nur in materieller Unabhängigkeit möglich ist.

2. Die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung - Entwicklungen und Zielsetzungen

Die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik war während der vergangenen Jahre vor allem durch folgende Entwicklungen und Fakten gekennzeichnet:

- ein nahezu stagnierendes Zustandsbild der Mundgesundheit, des Mundgesundheitsbewußtseins und des Pflegeverhaltens bei gleichzeitig
- stetiger Zunahme zahnärztlicher Leistungen,
- die wachsende Einflußnahme von Kostenträgern und Gesetzgeber, nicht nur auf die Rahmenbedingungen der Behandlung, sondern auch auf den Behandlungsablauf selbst, und daraus resultierend
- eine immer stärkere Bindung der Arbeitskraft sowohl des Zahnarztes als auch des zahnärztlichen Hilfspersonals an fachfremde Verwaltungsaufgaben und
- die bis zur Bedeutungslosigkeit absinkende Rolle der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die zahnärztlichen Körperschaften haben auf diese Entwicklungen nicht mit überzeugenden und langfristig angelegten Konzepten geantwortet, sondern sich darauf beschränkt, jeweils nur auf Konzepte von außen zu reagieren und Vorwürfe mit Gegenvorwürfen zurückzuweisen.

Als Folge der auf diese Weise immer stärkeren Polarisierung zwischen Zahnärzteschaft einerseits und Krankenkassenverbänden und Regierung andererseits sind auch die Verabschiedung der Medizingeräteverordnung sowie die Verordnungen im Bereich der Abfall- und Schadstoffentsorgung u.a. zu bewerten.

Auch die Tatsache, daß sich zahnärztliche Berufsverbände und Körperschaften weigerten, Konzepte zur Qualitätssicherung zu erarbeiten und zu erproben, hat dazu geführt, daß sich auch hier fachfremde Institutionen wie Krankenkassenverbände und Ministerialbürokratie der Problematik angenommen haben.

Bemühungen, diese Situation zu verbessern, müssen deshalb unter folgenden Zielsetzungen stehen:

- Das Bewußtsein für die Erhaltungswürdigkeit eigener, gesunder Zähne zu stärken.
- Die Effektivität zahnärztlicher Leistungen zu erhöhen.
- Den Einfluß von Kostenträgern und Gesetzgeber auf das tatsächlich notwendige Maß zu reduzieren.
- Arzt und Patient soweit wie möglich von Verwaltungsaufgaben zu entlasten, vor allem durch Zentralisierung und EDV-Einsatz sowie

- den Zahnärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst sinnvolle und attraktive Aufgaben zu übertragen, vor allem das Verbot therapeutischer Tätigkeit aufzuheben.

Die zahnärztliche Behandlung selbst sollte sich unter folgenden Voraussetzungen vollziehen:

- Die Behandlung muß medizinisch richtig, vollständig und effektiv sein.
- Der Zahnarzt darf in der Wahl seiner therapeutischen Mittel nicht mehr als unbedingt nötig eingeschränkt werden.
- Der Patient muß durch entsprechende Rahmenbedingungen dazu motiviert werden, an der Verwirklichung eines optimalen Behandlungsergebnisses mitzuarbeiten, vor allem aber dazu, Schäden zu vermeiden.
- Der Zahnarzt muß für seine Behandlung ein leistungsgerechtes Honorar erhalten, das einerseits die Praxiskosten angemessen berücksichtigt, andererseits Anreize für qualitativ hochwertige Leistung bietet. Nicht nur die Leistungsmenge, sondern auch deren Qualität muß belohnt werden.
- Die Abrechnung der Leistungen muß plausibel und transparent sein.
- Der Patient muß vor unangemessenen Forderungen geschützt werden.

Als Haupthindernis bei der Erarbeitung gesundheitspolitischer Perspektiven erscheint das ausgeprägte Etatdenken der Kostenträger. Besonders den Spitzenverbänden der gesetzlichen

Krankenversicherung und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung muß der Vorwurf gemacht werden, die Bemühungen um die Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gegenüber den Bestrebungen um Kosteneinsparungen in diesen Bereichen zu vernachlässigen.

Der fortschreitenden Abwertung der ärztlichen Einzelleistungsvergütungen folgt zwangsläufig die Tendenz zu kürzeren Arzt-Patienten-Kontakten, eine Tendenz, die sich nicht nur als nachteilig für die Patienten erweist, sondern auch und gerade die Bemühungen engagierter Ärzte um die intensive Betreuung ihrer Patienten behindert. Die Einführung diagnostischer und therapeutischer Innovationen darf nicht zu Lasten der zahnärztlichen Gesamtvergütung gehen.

Zwar sollten ärztliche Leistungen auch das Postulat der Effektivität erfüllen; es kann jedoch nicht grundsätzlich die Aufgabe des Arztes sein, die Entscheidung über die diagnostischen und therapeutischen Mittel unter die Voraussetzung der Effizienz zu stellen.

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Vielabrechner und Wenigabrechner, Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung

Aspekte eines Problems

H. Hey

Der Beitrag des Kollegen Westermann im *forum* 28/90 „Kontroverse Gedanken zur honorar- und standespolitischen Situation der Zahnärzte“ hat bei manchen Kollegen Fragen darüber aufgeworfen, ob es zulässig ist, Zusammenhänge zwischen der Umsatzhöhe einer Kassenpraxis und der Qualität der erbrachten Leistungen herzustellen. Westermann hatte u.a. geschrieben, „je mehr Mühe sich der einzelne Zahnarzt mit seinen Patienten gibt, je höher die Qualität seiner Arbeit, umso schlechter verdient er. Je schlechter ein Zahnarzt arbeitet, umso besser verdient er. Das Einkommen der Zahnärzte verhält sich in der Regel umgekehrt proportional zur Qualität der erbrachten Leistungen“. Weiter hatte Westermann konstatiert, „Die Frage dieser kurzsichtigen Politik (der Verweigerung der Diskussion über die Behandlungsqualität durch den Freien Verband - die Red.) ist die Tatsache, daß es der Zahnärzteschaft heute unmöglich ist, die Öffentlichkeit, den Gesetzgeber und die Kostenträger von der Notwendigkeit einer deutlich besseren Honorierung vieler Leistungen zu

überzeugen. Man ist eben in der Öffentlichkeit der Meinung, daß die Zahnärzte als Gesamtheit eher zu viel als zu wenig verdienen. Dieses falsche Bild ist durch die unvertretbar hohen Einkommen einzelner Ausreißer entstanden...“

Zur gleichen Zeit erschien in ZM-aktuell Nr. 6 ein Brief, in dem unter der Überschrift „Wer ist Vielabrechner?“ Kollege Schumann, Wuppertal, u. a. fragte: „Soll möglicherweise die Mehrarbeit gegenüber der fiktiven Durchschnittspraxis per Erlaß eingeschränkt werden? - Soll vielleicht ein festes Verhältnis von Kons zu ZE verordnet werden? - Oder sollte man nicht doch bei den Prothetikfans mehr auf ihr Abrechnungsvolumen schauen? - Soll man jeden zweiten oder dritten Patienten wegschicken?“

Um es vorwegzunehmen: Auch ich bin der Meinung, daß der gewissenhaft arbeitende Kollege für seine Arbeit zu wenig Honorar erhält, der schlecht arbeitende zu viel. Um diese Ungerechtigkeit zu ändern, genügt es allerdings nicht, sich allein an der Menge der erbrachten

Leistungen oder der Umsatzhöhe zu orientieren.

Augenblicklich sieht die Situation so aus:

- Noch immer gilt der Grundsatz, daß die vom Durchschnitt der Kassenzahnärzte erbrachten Leistungen kassenwirtschaftlich sind - Kollegen, die diesen Durchschnitt wesentlich überschreiten, werden in Regress genommen und müssen das Honorar für die rechnerisch zuviel ermittelten Leistungen zurückzahlen, und zwar unabhängig davon, ob diese Leistungen medizinisch notwendig oder unnötig, in guter oder schlechter Qualität erbracht worden sind.
- Zusätzlich können im Zweifel Einzelfallprüfungen anhand von Röntgenbildern, Krankenblattauszügen, Prothetik- und PAR-Plänen durchgeführt werden.
- Unterdurchschnittlich wenig erbrachte Leistungen, die ja per definitionem ebenfalls kassenunwirtschaftlich sind, werden praktisch nie beanstandet.
- Körperliche Nachuntersuchungen des Patienten werden nie durchgeführt.

Dieses Prüfsystem läßt kaum Rückschlüsse auf die Qualität der abgerechneten Leistungen (d.h. auf deren dauerhafte Funktionsfähigkeit) zu und ist deshalb zur Feststellung der Frage der Kassenwirtschaftlichkeit ungeeignet. Dies wird anhand der folgenden Beispiele deutlich:

Zahnarzt A (1 Helferin, 1 Azubi) erreicht nur insgesamt weniger als die

Hälfte des durchschnittlichen Kassenzahnarztumsatzes, wenig Prothetikfälle, restauriert Zahnschäden vor allem mit mehrflächigen Füllungen. Erhält permanent Regresse der Prüfungsausschüsse, weil er in den Leistungen Cp, P, Inj. bei Kons, bmF, F2, F3, F4 und PAR-Maßnahmen weit über dem Durchschnitt seiner Kollegen liegt. Er plant, in Kürze seine Praxis wegen der Regresse und wegen mangelnder Einkünfte zu schließen.

Zahnarzt B (1 Helferin), Umsatz unterdurchschnittlich, erhält in jedem Quartal einen Regreß wegen überschrittener bmF-Durchschnittswerte, da er jede Füllung unter Kofferdam legt.

Zahnarzt C arbeitet mit 3 Helferinnen, 1 Azubi, 60 Wochenstunden, viel Kons, viel PAR, viel Prothetik, 2 1/2 facher Umsatz einer durchschnittlichen Kassenspraxis, keine Regresse.

Zahnarzt D erarbeitet mit 5 Helferinnen bei normaler 40-Stunden-Woche den vierfachen durchschnittlichen Praxisumsatz. Die Durchschnittszahlen seiner Leistungen sind jedoch absolut normal, deshalb keine Regresse.

Wer die vier Kollegen näher kennt, wüßte, daß A, B und C sehr gewissenhaft arbeitende Zahnärzte sind, die durch ihre guten und dauerhaften Leistungen auf jeden Fall kassenwirtschaftlich arbeiten, daß A und B deshalb so wenig umsetzen, weil sie langsam und bedächtig arbeiten, daß C seinen zweieinhalbfachen Umsatz deshalb erreicht, weil er

zügiger und effektiver behandeln kann und sehr fleißig ist und daß D seinen vierfachen Umsatz nur deshalb schafft, weil er schnell und schlampig arbeitet und vor allem viele Leistungen an seine Helferinnen delegiert. Dieser Zahnarzt schadet mit seinen Leistungen seinen Patienten, arbeitet wegen der eher notwendigen Leistungswiederholungen extrem kassenunwirtschaftlich, achtet jedoch darauf, daß seine Durchschnittswerte unauffällig sind und bleibt deshalb von Regressen verschont.

Mit dem augenblicklich praktizierten Prüfsystem erreicht man also in den vorgestellten Beispielen, daß

- der gut arbeitende Kollege A seine Praxis schließen muß,
- der Kollege B permanent gewissenhaft verdientes Geld zurückzahlen muß und auf Dauer ebenfalls demotiviert wird,
- Zahnarzt D ungestört Patienten und Versichertengemeinschaft Schaden zufügen kann und damit
- lediglich einer von vier Zahnärzten gerecht beurteilt wird.

Das Prüfinstrumentarium, mit dem die Leistungen dieser Zahnärzte auf Kassenwirtschaftlichkeit untersucht werden, ist also untauglich, d.h.: Solange dieses System beibehalten wird, erreicht man weder bessere Leistungen für die Patienten noch eine gerechtere Honorarverteilung an die Zahnärzte.

Was gibt es für Alternativen?

Abgesehen davon, daß es jedem Zahnarzt freisteht, seine Kassenzulassung

abzugeben und nur noch Privatpatienten zu behandeln - falls genügend davon kommen - suggeriert der Freie Verband die Möglichkeit der Behandlung Sozialversicherter zu Privatsätzen, ohne Abrechnung über die KZV, und damit ohne sachliche Nachprüfung, ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung und Statistik, mit dem Patienten als alleinigem Schuldner und einzigem Kontrolleur. Jeder weiß, daß dies mit keiner Regierung zu realisieren sein wird, nicht erst seit der Rede des Bayerischen Innenministers (s. S. 659). Der Patient kann mangels Fachkenntnissen zahnärztliche Leistungen nicht beurteilen und muß darauf vertrauen, daß diese Leistungen ordnungsgemäß erbracht sind und die Rechnung korrekt ist. Da diese Erwartungen nicht immer von allen Kollegen erfüllt werden - sie sind schließlich Menschen wie alle anderen - muß kontrolliert werden. Für den Patienten ist seine Versicherung aufgerufen, dies zu tun. Es dürfte einleuchten, daß diese Kontrolle umso ungünstiger für den Zahnarzt ausfallen kann, je weniger zahnärztlicher Sachverstand an der Überprüfung beteiligt ist.

Ausschließlich mit Sachbearbeitern der Krankenkassen besetzte Prüfinstanzen sind deshalb ebenso schädlich für die Zahnärzte wie ausschließlich von Zahnärzten geführte Kontrollinstanzen für die Krankenkassen unakzeptabel sind. Deshalb kann ein von beiden Seiten gebildeter Prüfungsausschuß die Interessen von Patient, Zahnarzt und Kosten-

träger am ehesten und glaubwürdigsten berücksichtigen.

Doch wie soll geprüft werden?

Wenn man sicherstellen will, daß

- die Patienten gut versorgt und vor vermeidbarem Schaden bewahrt werden
- die Zahnärzte ein leistungsgerechtes Honorar erhalten und
- die Krankenkassen nur kassenwirtschaftliche Leistungen bezahlen müssen,

dann muß der (vom Bundessozialgericht festgesetzte) Grundsatz, daß die Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten das Instrument der Wahl bei der Beurteilung kassenzahnärztlicher Leistungen ist, revidiert werden. Denn kassenwirtschaftlich können im zahnärztlich-reparativen Bereich nur Leistungen sein, die dauerhafte Funktionsfähigkeit schaffen. Kassenwirtschaftlichkeit hat also eo ipso einen qualitativen Aspekt. Kassenwirtschaftlichkeit ist deshalb aus durchschnittlichen Leistungsmengen allein nicht feststellbar, da es

- Zahnärzte gibt, die wenig oder langsam, aber gut arbeiten
- Zahnärzte gibt, die wenig oder langsam und trotzdem schlecht arbeiten
- Zahnärzte gibt, die viel oder schnell und schlecht arbeiten
- Zahnärzte gibt, die viel oder schnell und trotzdem gut arbeiten.

Da die einfachste Prüfung nach Qualitätskriterien, die möglichst häufige kli-

nische Nachuntersuchung des Patienten, zu große Probleme bezüglich der Akzeptanz und der Belastung der Vertrauensbasis zwischen Patient und Behandler aufwirft, muß ein Kontrollinstrumentarium außerhalb der Praxis geschaffen werden, in das der Patient nicht involviert wird. Deshalb hat der DAZ seit seiner Gründung vorgeschlagen, die sinnvolle Einrichtung der bei den KZVen installierten Prüfungsausschüsse nicht nur mit qualifizierten, erfahrenen Kollegen zu besetzen, sondern diese auch mit effektiven Instrumentarium auszustatten.

Es kann nicht das Ziel zahnärztlicher Berufspolitik sein, die Erhebung statistischen Datenmaterials über die eigene Arbeit zu verhindern - dies weckt nur den Verdacht der Verschleierung unkorrekter Leistungen und provoziert umso intensivere Nachforschungen - vielmehr muß es in unserem eigenen Interesse liegen, möglichst genaues statistisches Material zu erheben, um Leistungsabläufe und Gebißkarrieren so korrekt und transparent wie möglich zu machen ohne den Patienten persönlich zu involvieren.

Das „Heidenheimer Modell“*, das im übrigen auch ohne den DAZ, dann jedoch mit wahrscheinlich negativerem Ergebnis für die Zahnärzte, durchgeführt worden wäre, hat die Möglichkeiten hierzu aufgezeigt. Parallel dazu hat der DAZ 1986 Auffindungsmerkmale und Minimalanforderungen erarbeitet, die ebenfalls ausschließlich aus statisti-

schem Material der Abrechnungsstellen gewonnen werden und deutliche Hinweise auf die Leistungsqualität geben können (siehe *forum* 14, S. 128 ff.).

Weiterhin gibt es die Möglichkeit, die Ergebnisse der „Dänen-Studie“ zu nutzen: 1984 hat man mit der vom Bundesarbeitsministerium durchgeführten „Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Gebührenordnungen“ einen Versuch unternommen, sich dem Problem Leistungsmenge und Qualität auf andere Weise zu nähern: Durch Messungen am Behandlungsplatz verschiedener Zahnärzte wurde für alle zahnärztlichen Leistungen ein durchschnittlicher Zeitverbrauch ermittelt (z.B. 12 Minuten für eine mehrflächige Füllung, 37 Minuten für eine Hohlkehlkronen). Würde man diese Zeitwerte den Leistungen des Kollegen D gegenüberstellen, so würde sich, der großen Leistungsmenge entsprechend, eine Wochenarbeitszeit von vielleicht 160 Stunden ergeben. Wenn D tatsächlich jedoch nur 40 Wochenstunden arbeitet, so legt er entweder mehrflächige Füllungen in drei Minuten (dies wäre ein qualitativer Aspekt), oder er läßt die Leistungen von seiner Helferin erbringen (ein juristisches Problem).

Ganz sicher können so die „Dänen-Zeiten“ als zusätzliches Kriterium herangezogen werden, wenn sich aus der abgerechneten Leistungsmenge eines Zahnarztes die Frage stellt, ob diese Leistungen korrekt und selbständig erbracht wurden.

Alle genannten Instrumente können zwar schon jetzt zur Beurteilung der Kassenwirtschaftlichkeit herangezogen werden, müssen jedoch m.E. von den Sozialgerichten - solange das Durchschnittswerteprinzip des Bundessozialgerichts - nicht anerkannt werden.

Natürlich könnten Krankenkassenverbände und auch KZVen argumentieren, dies alles sei viel zu aufwendig und kompliziert und erfordere zu hohe Kosten. Dem ist entgegenzuhalten, daß bereits jetzt alle kassenzahnärztlichen Behandlungsdaten, also jede Einzelleistung, gespeichert und aufbereitet werden - sie werden lediglich anders, eben nur nach Durchschnitten - ausgewertet. Weiterhin würde nur die notwendige Einstiegs- und Umstiegssoftware einen gewissen Kostenmehraufwand erfordern, der sich jedoch in jedem Fall lohnt, weil damit langfristig eine gerechtere Honorarverteilung gewährleistet wird.

Vor allem spricht die Tatsache dafür, daß alle anderen Modelle und Vorhaben für den einzelnen Zahnarzt wesentlich ungerechter und leistungsfeindlicher sind. So würde der (z.B. von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin favorisierte) „degressive Punktwert“ für viele Abrechner dazu führen, daß nicht nur der Kollege D gerechterweise Einbußen erleidet, sondern gleichzeitig völlig ungerechtfertigt dem Zahnarzt C Schaden zugefügt wird. Wer das Prinzip der freien Berufsausübung ernst nimmt, muß jedoch verhindern, daß jemand allein deswegen bestraft wird, weil er fleißig ist und zwar gleichgültig, ob dies

aus persönlicher Neigung oder privaten Motiven geschieht oder z.B. die Situation einer frequentierten Landpraxis dazu zwingt.

Solange Leistungen qualitativ korrekt erbracht werden, darf deren Menge keine Rolle spielen.

Aus den gleichen Gründen sind auch die von verschiedenen Krankenkassen, von Sozialdemokraten und Grünen geplanten Pauschalhonorare als leistungs- und qualitätsfeindlich und damit patientenschädlich anzusehen. Wer sich vorzustellen versucht, wie endodontisch behandelte Molaren aussehen, wenn die Positionen WK und WF nicht mehr pro Kanal abgerechnet werden können, sondern in einer Wurzelbehandlungspauschale pro Zahn verschwinden, der kann vor Pauschalhonorierungen nur warnen.

Fazit: Unter welchem Aspekt man den Komplex Vielabrechner, Kassenwirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung auch immer beurteilt:

wenn man erreichen will, daß die Patienten möglichst gut versorgt und die Zahnärzte dafür leistungsgerecht bezahlt werden, dann muß man die Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten abschaffen und stattdessen stichprobenartige Einzelfallprüfungen vor dem Hintergrund einer Datensammlung durchführen, deren Auswertungskriterien Behandlungslogik, Sanierungskonzeption und Leistungsqualität sind.

Bei dem gegenwärtig praktizierten Prüfsystem bleibt zu oft einer von beiden auf der Strecke - der Patient oder sein Zahnarzt.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70*

* „Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnärztlichen Versorgung nach § 223 RVO“. Veröffentlicht im *forum* 21, S. 95 ff.

Neues Medikament gegen Allergien

Ein neues Medikament gegen Allergien, das nicht nur die Wirkung von Histamin (Botenstoff für allergische Reaktionen) sondern auch die Einwanderung bestimmter Immunzellen, sogenannter „eosinophiler Granulozyten“ hemmt, hat jetzt ein belgisches Pharmaunternehmen (UCB Chemie, Braine bei Brüssel) entwickelt.

Antihistaminika, zu denen auch das neue Präparat mit dem Wirkstoff Cetirizindihydrochlorid gehört, werden beispielsweise gegen Heuschnupfen, chronisch-allergischen Schnupfen und Nesselsucht verschrieben. Sie wirken gegen die vom Histamin verursachten Allergie-Symptome. Das neue Medikament wirkt darüber hinaus gegen Entzündungen - ein weiteres Allergiesymptom -, weil sie die Einwanderung eosinophiler Granulozyten ins Gewebe behindern.

dpa

Ratlosigkeit und Inkompetenz der zahnärztlichen Standesführung angesichts der vielfältigen ärztlichen Initiativen zur Qualitätssicherung

**Ein Stimmungsbericht vom Symposium zur Qualitätssicherung in der Medizin
11.6./12.6. in Bonn**

M. Fritz

Noch im Herbst 1989 hatte eine Einheitsfront von Hochschullehrern und Standespolitikern jegliche konstruktive Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung verhindert. Es folgte die peinliche Aufdeckung eines Kuhhandels zwischen Standesvertretern und Wissenschaftlern (Qualitätssicherung - Studienreform) durch den DAZ. Vermutlich deshalb fand sich kein Wissenschaftler bereit, sich erneut als Büttel für die zweifelhaften Ziele der FV-Politik mißbrauchen zu lassen.

So waren die Kollegen Schad und Schneider als Vertreter der Standesführung nach drei engagierten Referaten der Professoren König (Holland) und Rotgans (Witten-Herdecke), sowie des Kollegen Chr. Nielsen (München) völlig isoliert. Nach den ermüdenden Aufzählungen von Schad, welche Mechanismen der Qualitätssicherung seit vielen Jahren im Versorgungssystem wirkungsvoll implementiert seien, gipfelte das Referat von Schneider in einer beispiellosen Demonstration von Inkompetenz und Hilflosigkeit.

Zwei Tage lang hatten Wissenschaftler, Ärzte und Kassenvertreter Konzep-

te vorgetragen, Erfahrungen ausgetauscht und Risiken abgewogen, um schließlich mitleidig lächelnd die Statements der zahnärztlichen Standesführung entgegenzunehmen. Es war nicht einmal der Hauch eines Problembewußtseins zu spüren, ganz zu schweigen von konstruktiven Ansätzen zur Verbesserung des Systems der zahnärztlichen Versorgung.

Ich wäre am liebsten im Boden versunken und war froh, nicht als Zahnarzt erkennbar zu sein.

In der Diskussion prägte Herr Schad scheinbar erregt - den Begriff „Defensivmedizin“. Im Plenum wurde dieser Gedanke sofort aufgegriffen und, die Strategie der zahnärztlichen Standespolitik vor Augen, ergänzt zur Rangordnung: Defensivmedizin - Medizin - Offensivmedizin! Ob hiermit wohl der kleine Prozentsatz der Zahnärzte gemeint ist, der sich seit Jahren völlig ungeniert und gedeckt durch die Körperschaften aus dem Topf der Solidargemeinschaft bedient? - Zum Schaden aller, vor allem der Kollegen und der Patienten.

Erstaunlich auch die Berichterstattung in den ZM-Aktuell: Hier war die Rede von einem Klima der konstruktiven Auseinandersetzung. Herr Friel bezog sich offensichtlich auf die Beiträge der Ärzteschaft. Dem zahnärztlichen Teil des Symposiums blieb er jedenfalls fern, weshalb ihm der DAZ das Referat des Kollegen Nielsen, das er wie gewohnt diffamierte, nachträglich zur Verfügung stellte.

Für alle interessierten Leser besteht die Möglichkeit, das Referat in der Geschäftsstelle des DAZ abzurufen (Wir geben das Referat auf den folgenden Seiten wieder - die Red.), ob das für die Elaborate der Kollegen Schad und Schneider auch gilt? - Selbst wenn, es lohnte das Porto nicht!

Anschrift des Verfassers:
Dr. Michael Fritz
Lindenstr. 13.15
2842 Lohne

Zahnärzte fordern Werbeverbot für Zucker

Die nordrhein-westfälischen Zahnärzte sind es leid, ständig Klagen über die hohen Behandlungskosten zu hören. Die Zahnärztekammer Nordrhein forderte deshalb erstmals, daß die Werbung für Zucker und zuckerhaltige Genußmittel verboten werden solle. Die 95 Zahnärzte die in der Kammer ihre Kollegen vertreten, sprachen sich außerdem für einen 50prozentigen Aufschlag auf Zucker- und Süßigkeitenpreise aus. Der

soll den Krankenkassen zufließen, und die wiederum, so der Plan der Zahnärzte, senken dann die Beiträge.

Zwar hat sich nach einer Studie, die die Bundeszahnärztekammer zusammen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vorgelegt hat, die Mundgesundheit der Bundesdeutschen in den letzten 17 Jahren erfreulich gebessert. Doch wurden 1988 immer noch 5,7 Milliarden DM für konservierende und chirurgische Zahnbehandlungen ausgegeben, 55,3 Millionen neue Füllungen in die bundesdeutschen Gebisse eingesetzt. Die Studie kommt daher zu dem Ergebnis, daß die Vorsorge verbessert werden müsse.

Vorsorge durch Werbeverbot und Sonderabgaben? Die Forderungen der Zahnärztekammer Nordrhein seien nicht gerechtfertigt, findet der Hauptgeschäftsführer des Vereins der Zuckerindustrie, Dr. Dieter Langendorf: „Zucker ist nicht die alleinige Ursache von Karies. Und bei einer vernünftigen Mundhygiene kann man Karies vermeiden“.

Auch vom Bundesgesundheitsministerium können die Zahnärzte wohl keine Unterstützung erwarten. Bisher haben sich die Bonner noch nie dazu durchringen können, ein Werbeverbot zu verlangen, sei es für Zucker, Alkohol oder Zigaretten. Das Ministerium begründet seine Zurückhaltung damit, daß Werbung ein „Recht der freien Meinungsäußerung“ sei.

ÖKO-TEST-Magazin 8/90

Für den ZM-Aktuell-Redakteur Friel war der folgende Beitrag für das Qualitätssicherungs-Symposium des Bundesarbeitsministeriums am 11./12. Juni 1990 lediglich eine „Gefährdung der sachlichen Atmosphäre“.

Die „Zahnarztwoche“ brachte Auszüge des Referates als Dokumentation. Als Diskussionsgrundlage veröffentlicht das FORUM nun den vollständigen Text:

Konflikte um die zahnmedizinische Qualitätssicherung Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf

Chr. Nielsen

Der zweite Tag des Symposiums begann mit einem Referat über „Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf bei der ärztlichen Versorgung“. Der entsprechende Titel für die Darstellung der zahnmedizinischen Situation weist den Zusatz „Konflikte“ auf. Gibt es also im Unterschied zum allgemeinmedizinischen Bereich besondere Probleme der Akzeptanz entsprechender Maßnahmen und Programme? Ja, diese Probleme bestehen, sie sind jedoch weniger fachlich, als psychologisch-berufspolitisch zu begründen.

Während die Diskussion und Integration der Qualitätssicherung in der Medizin längst begonnen hat, - ich erinnere an die Veranstaltungen der Robert-Bosch-Stiftung seit 1982 - verkündeten zahnärztliche Standesvertreter noch beim BKK-Symposium 1989, daß Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde weder durchführbar noch erforderlich sei, da hier bereits eine „im Welt-

maßstab erstklassige Versorgung“ gewährleistet sei. Diese unkritische, unwissenschaftliche, ja bisweilen narzißtische Idealisierung bestimmt und blockiert bis heute weitgehend das eigene Handeln. Quantitativ betrachtet mag die Behauptung der „Spitzenversorgung“ stimmen; qualitativ gesehen deuten jedoch eine Reihe von Studien und die täglichen klinischen Beobachtungen auf erhebliche Niveauunterschiede hin.

So haben Patienten - auch noch innerhalb der GKV - die Chance, gut, richtig und damit dauerhaft versorgt zu werden; das ist wohl mit der Sicherstellungszusage „notwendig, ausreichend und zweckmäßig“ gemeint. Nicht ganz gering ist jedoch auch das Risiko, für den gleichen finanziellen Aufwand nicht nur falsch, sondern auch noch schlecht versorgt zu werden, um dann früher oder später in einer prothetischen Eskalationsspirale zu landen. Patienten halten solche Verläufe nicht selten für schicksal-

haft, auch manchen Zahnärzten sind die fragwürdigen Resultate ihres Handelns nicht immer klar und Gutachter sind häufig überfordert. Das Vorliegen vieler solcher medizinisch dubioser, menschlich tragischer und schließlich auch kostenintensiver Patientenkarrieren verbietet, diesen Zustand zu bestreiten. Ich behaupte, die zahnärztlichen Interessenvertreter in den Kammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wissen das auch.-

Zwischen diesen Extremen gut/richtig einerseits und schlecht und/oder falsch andererseits liegt ein großes Feld der Durchschnittlichkeit, bei diagnostischen und konservierenden Leistungen geradezu sanktioniert durch sogenannte Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die sich wiederum an den Durchschnittsstatistiken dieser Mittelmäßigkeit orientieren. Diese qualitative Beliebigkeit - nicht selten verborgen unter dem Deckmantel der individuellen Arzt-Patient-Beziehung oder gar der Therapiefreiheit - war Motiv, Methoden der Qualitätssicherung auch für die Zahnheilkunde zu fordern. Das verlangt die ärztliche Verantwortung für die Gesundheit unserer Patienten, aber auch für die Schonung der Ressourcen unseres Sozialsystems.

Der die zahnärztliche Standespolitik dominierende Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) hält diese Einstellung für „naiv“. Jede „Beteiligung an der QS-Diskussion bei der derzeitigen Honorarsituation sei verlogen“, Zusammenarbeit mit den Krankenkassen sei

„Kollaboration“, da sie nur darauf aus seien, „mit Qualitätsschikane Ärzten und Zahnärzten in eine beispiellose frühkapitalistische Normenschinderei“ zu pressen. Auch ich werde mir mit diesem Beitrag wiederum den Vorwurf des „Nestbeschmutzers“ und „Zeugflickers“ einhandeln.

(alle Zitate H.H. Bieg, Der Freie Zahnarzt)

In einem solchen Klima aggressiver Larmoyanz kann Qualitätssicherung nicht gedeihen. Durchaus bestehende Initiativen werden rüde diskreditiert, bevor sie überhaupt ernsthaft diskutiert worden sind. Dieser Berufsstand kann es nicht ertragen, selbstkritisch auch eigene Schwachstellen zu artikulieren und zu akzeptieren, gelassen aber konsequent Entwicklungen zu bestimmen, die der Standeshygiene und einem definierten Leistungsstandard Allen dienen. Spielt hier eine tiefe standesimmanente Orientierungslosigkeit eine Rolle? Welche psychologischen Barrieren behindern den gesunden Umgang mit Kritik?

Nun gibt es in der Tat ökonomische Zwänge vieler Praxen. Ertragsrückgänge und beängstigende Kostensteigerungen zwingen vor allem junge Praxen zu Kompromissen und Improvisation. So wird die lapidare Feststellung, daß, wer Qualität wolle, sie auch bezahlen müsse, wohl auch in Zukunft die Auseinandersetzungen bestimmen. Das Gegenprinzip freilich: Wer Qualität bezahlt haben wolle, müsse sie auch leisten, ist

nicht immer mit gleicher Standhaftigkeit und Offenheit bedacht worden. Amerikanische Zahnärzte haben bereits 1977 z.B. mit der Studie der Californian Dental Association (CDA) glaubwürdige Initiativen ergriffen. Malpractice und andere Mängel wurden freimütig eingeräumt und selbstbewußt Methoden für deren Bewertung und Überwindung entwickelt.

Dagegen ist die Bestandsaufnahme der hiesigen zahnmedizinischen Qualitätssicherung eine Liste verpasster Chancen, dieses Arbeitsfeld selbst zu besetzen:

Das Würzburger „Studienhandbuch zur Qualitätssicherung“, eine Initiative des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) wurde 1988 in Bausch und Bogen verworfen. Diese ersten Definitionen von Evaluationskriterien und die Vorschläge der Kommission wurden als „unausgegoren“ und „unpraktikabel“ erklärt, ohne überhaupt eine standesinterne Diskussion zuzulassen.

Die vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) gerade abgeschlossene epidemiologische Studie zur Mundgesundheit der Bevölkerung spart qualitative Aspekte zahnmedizinischer Leistungen aus, um umso intensiver Mundhygiene-Defizite der Patienten darzustellen. Hier hätten ohne großen Mehraufwand gezielte Fragestellungen Aufschluß geben können, wo die Stärken und die Schwachstellen zahnärztlichen Handelns liegen.

Die von der BKK Voith monatelang vergeblich angebotene Zusammenarbeit mit der zuständigen KZV Stuttgart bei einer datengestützten Analyse zahnärztlicher Leistungen hatte schließlich dazu geführt, daß die gesetzliche Krankenversicherung allein aktiv wurde.

Das BKK-Symposium zur Qualitätssicherung im vergangenen Herbst schließlich bot eine konzertierte Aktion der QS-Verweigerung des ganzen Berufsstandes. An diesem Eiertanz beteiligten sich - bis auf wenige Ausnahmen - auch Professoren, die früher in eigenen Untersuchungen schon gravierende Behandlungsdefizite festgestellt hatten. Nach hier rückblickend blamabler standespolitischer Einflußnahme konnten sie sich nun plötzlich nur noch zu einem Handlungsbedarf des Gesetzgebers im Rahmen der Kapazitätsverordnung und der Vergütungsregelungen durchringen. Wo blieb die „Unabhängigkeit der Wissenschaft“, die doch sonst eine so wichtige Rolle spielt?

Mit bloßen Schuldzuweisungen läßt sich wohlfeil jeder QS-Ansatz im Keim ersticken. Engagierte Zahnärzte fragen sich dabei, wie „Qualitätssicherung als ureigenste Aufgabe der Zahnärzteschaft“, so der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ), überhaupt theoretisch bewältigt, geschweige denn praktisch realisiert werden soll. Die standesinterne Zuständigkeit hat bisher weitgehend versagt; es sind nureinzelne Zahnärzte, die bis heute die Notwendig-

keit eines Gesamtsystems der Qualitätssicherung erkannt haben.

Spätestens an dieser Stelle wird sicher eingewendet, daß doch das Konzept der sogenannten „voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung“ entwickelt worden sei, das „Dental-Vademecum“ als „Marktübersicht und Einkaufshilfe“ bereitstünde und nicht zuletzt die Standesführung über eine „hohe Regeldichte qualitätssichernder Maßnahmen“ verfüge. Alle diese einzelnen Faktoren sind unbestritten wichtige Aspekte der Struktur- und Prozessqualität. Solange jedoch so prononziert die Resultate innerhalb dieses Systems, die Ergebnisqualität zahnärztlichen Handelns ausgespart werden, kann von einer systematischen Qualitätssicherung nicht die Rede sein.

Wenn ich nun Vorschläge zum Handlungsbedarf mache, so tue ich das als jemand ohne Verantwortung in den Körperschaften. Freilich als einer, der Anstrengungen des Berufsstandes für unverzichtbar hält, wenn er als freier Berufleistungsfähig und angesichts einer skeptisch gewordenen Öffentlichkeit erhalten bleiben soll. Ich tue das insbesondere hier als Sprecher für viele Kollegen, die, wohl in der Mehrzahl, ihren Dienst auch weiterhin innerhalb des GKV-Systems leisten wollen. Gerade deshalb ist es wichtig, diese Aufgabe nicht reagierend als lästige Pflichterfüllung des Gesundheitsreformgesetzes darzustellen, sondern die Qualitätssicherung als aktive Strategie zu verstehen,

mit der Prestige und Honoraranspruch begründet werden können.

Die Qualitätssicherung bedarf deshalb der Institutionalisierung. Bei allen Kammern, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, aber auch Kliniken sollten QS-Referenten berufen werden, die als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Sie verbessern schon bestehende Regelungen und koordinieren die Prioritäten bei der Bearbeitung von Problemfeldern.

Der Sachverständigenrat hatte 1988 vorgeschlagen, ein „Institut für Qualitätssicherung in der Medizin“ zu gründen. Hier läge eine große Chance, wenn sich diese gemeinsame Einrichtung auf die breite Zustimmung der Krankenhausträger, der Ärzte- und Zahnärzteschaft stützen könnte. Für die Zahnheilkunde kommt es darauf an, fest in das Forschungs- und Aktionsgefüge medizinischer Qualitätssicherung eingebunden zu bleiben. Die Tendenz zu „Sonderrollen“ ist groß.

Die intensive Weiterarbeit am „Studienhandbuch“ und dessen praktische Erprobung sind wichtige Schritte eigener QS-Arbeit. Es ist weder berufs-, gesundheits- noch forschungspolitisch zu verantworten, dieses speziell zahnmedizinische Projekt des Bundesforschungsministeriums weiterhin als unerledigte Dauerablage, ja als Makulatur zu behandeln.

Die Methodik der Qualitätssicherung ist in die Aus-, Weiter- und Fortbildung

zu integrieren. Die Pflicht zur Teilnahme an der Qualitätssicherung sollte - analog zum Beschluß des Deutschen Ärztetages 1988 - in der Berufsordnung verankert werden. Wäre das nicht eine angemessene Konkretisierung des § 1 auch unserer Berufsordnung, der „die besondere Verpflichtung zu gewissenhafter Berufsausübung“ verspricht?

Längst überfällig ist die Reform der Wirtschaftlichkeitsprüfung, einer Einrichtung, bei der häufig die falschen Prüflinge einer falschen Prüfung vermutlich durch die falschen Prüfer unterzogen werden. Nicht selten werden gerade die Zahnärzte durch Kürzungen bestraft, die sich um besondere Sorgfalt bemühen. Nicht überdurchschnittlich erbrachte Leistungszahlen sollten bemängelt, sondern deren Güte und Effektivität geprüft, ja gewürdigt werden. Gewissenhaft arbeitende Zahnärzte werden auch gegen klinische Stichproben keine Einwände haben.

Die Frage der Gewährleistung wehrt die Zahnärzteschaft mit Vehemenz ab, weil sie befürchtet, in die Zwänge unärztlicher Entscheidungsmuster von Werkverträgen zu geraten. Beim BKK-Symposium stellte Prof. Marxkors fest, daß wir Zahnärzte unseren „Patienten nicht den Erfolg schulden, sondern lediglich eine dem jeweiligen Erkenntnisstand entsprechende Behandlung“. Gleichzeitig sei jedoch „der Faktor Zeit, d.h. die Dauer der Funktionsfähigkeit das entscheidende Kriterium für Qualität, Effektivität und Effizienz der jewei-

ligen Maßnahme“. Wir Zahnärzte sollten deshalb einer differenziert geführten Debatte um Gewährleistungsfristen nicht ausweichen. Mit dem nicht unbegründeten Argument der „Gefahr einer Defensivmedizin“ allein kann die Diskussion nicht länger blockiert werden. So sehr risikolose, schematische Behandlungsstrategien abzulehnen sind, so gewissenhaft sollten wir die Güte unserer Diagnostik, unserer Indikationen und Therapien überprüfen und begründen können.

Diese Sorgfalt wird nicht gefördert, wenn das BMA die Position 3 des Bema (Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes bei prothetischen Leistungen) ersatzlos streicht und das salopp damit begründet, eine Installationsfirma mache ihren Kostenvoranschlag auch umsonst. Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es gewesen, die prothetische Planung an die Dokumentation des klinischen Befundes mit Modellen, PAR-Status, Röntgen- und Funktionsstatus mit entsprechender Vergütung zu koppeln. Die so offensichtliche Geringerschätzung zahnärztlicher Arbeit an Diagnostik, an Indikations- und Alternativplanungen, an Aufklärung, Beratung und Motivation ist nicht geeignet, die Akzeptanz vernünftiger Qualitätssicherung zu erhöhen, geschweige denn für die reformerische Kreativität der gesetzlichen Krankenversicherung zu werben.

Qualitätsfördernd wäre auch eine separate Leistungsposition für die „erneute Kontrolle prothetischer Maßnahmen“.

Ist es nicht unlogisch, die „Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen“ richtigerweise als Einzelleistung zu vergüten, die „Nachbehandlung nach prothetischen Eingriffen“, die häufig viel gravierender, komplikationsintensiver sind, nicht zu vergüten, in der falschen Annahme, das Werkstück Zahnersatz müsse dem Menschen eben passen?

Analog zur GOZ wäre es sinnvoll, die sog. Politur, d.h. die nachträgliche oder erneute Oberflächenkorrektur von Füllungen gesondert zu vergüten. Das gleiche gilt für die „subtraktiven Maßnahmen“ zur Okklusionskorrektur. (Ziffer 810 GOZ)

Systematische Qualitätssicherung ohne eine aktivere Rolle der Universitätskliniken, ohne eine lebhaftere Rückkoppelung von Hochschule und Praxis ist nicht möglich. Ohne die Bildung einer „kritischen Masse“ qualifizierter Wissenschaftler wird die zahnmedizinische Qualitätssicherung Stückwerk bleiben. Dabei gibt es Autoren von Evaluationsstudien, insbesondere von konservierenden und prothetischen Leistungen, die auf unakzeptable Mängel hinweisen. Aber der erklärte „große Forschungsbedarf zur Qualitätssicherung“ führte bisher nicht zu konkreten Handlungsfeldern. Die inzwischen reichhaltige Literatur medizinischer Qualitätssicherung spielt in der derzeitigen Debatte kaum eine Rolle. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wird bei ihrer Jahrestagung im kommenden Herbst das Thema

Qualitätssicherung behandeln. Es bleibt abzuwarten, ob sie hier einen Anschluß erreichen will und kann. Kenner der Szene sind skeptisch.

Neben der unhaltbaren Ausbildungssituation und einer teilweise obsoleten Approbationsordnung ist die Forschung dermaßen abgeschmolzen, daß sich ein Nachholbedarf fast zwangsläufig ergeben mußte. In den USA werden pro Jahr 100 Mio. Dollar für zahnmedizinische Forschung bereitgestellt. Schweden gibt für vier zahnmedizinische Fakultäten 20 Mio. DM aus. In der Bundesrepublik Deutschland stehen für 22 Universitätszahnkliniken ca. 4 Mio. DM an Forschungsmitteln zur Verfügung. Wie soll - frage ich die Ministerien und andere Geldgeber - eine fruchtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit entwickelt werden, wie die brachliegenden Felder der Gesundheitserziehung, der Epidemiologie, der Dentalsoziologie, der Qualitätssicherung bearbeitet werden, wenn Fortschritt durch Magerkost an den Hochschulen und nun wohl auch in den qualifiziertesten Kassenpraxen behindert wird?

Ein immer größer werdendes Problem ist die Assistentenausbildung vor Eintritt in die kassenzahnärztliche Tätigkeit. Viele - ohnehin lückenhaft ausgebildete - Kollegen finden kaum noch geeignete Praxen, in denen sie verantwortlich den Umgang mit Leben und Gesundheit Dritter trainieren können. Eine defizitäre Assistentenzeit prägt nicht nur einzelne Berufskarrieren,

sondern gefährdet generell das Niveau zahnmedizinischer Betreuung. Die bisherigen Einführungsveranstaltungen haben lediglich Alibicharakter und sollten durch ein obligatorisches Pensum in geeigneten Praxen und standeseigenen Einrichtungen ersetzt werden. Diese Phase nachuniversitärer Ausbildung war in der DDR besser geregelt. Es lohnt sich, diese Erfahrungen bei den notwendigen Reformen zu berücksichtigen.

Ärztepräsident Sewering hat kürzlich die Forderung erhoben, daß die GKV die Qualifikation zukünftiger Kassenärzte mitzufinanzieren habe. Das gilt auch für Zahnärzte!

Die Information der einzelnen Zahnärzte über ihr eigenes Handeln muß verbessert werden. Traditionellerweise werden Behandlungsdaten nur zu Abrechnungszwecken ausgetauscht. In einem Modellversuch sollten Standards vereinbart und Effektivitätsfristen ausgewählter Leistungen in Soll- und Ist-Profilen den beteiligten Praxen mitgeteilt werden. Solche Informationen ermöglichen die Selbstkontrolle.

Jeder erneute Boykott der Mitarbeit an datengestützten Abrechnungsanalysen, wie er bei der BKK-Voith-Studie noch für richtig gehalten wurde, ist kontraproduktiv. Je kooperativer die Zahnärzteschaft solche Effektivitätsanalysen mitträgt, umso weniger braucht sie die Ergebnisse zu fürchten. Ohne den Kräfteverschleiß durch ständige Rechtfertigungsversuche könnten gezielt Handlungsfelder der Qualitätssicherung be-

stimmt und gleichzeitig das chronische Mißtrauen der Vertragspartner abgebaut werden. Dies entspricht keinem Harmoniezwang oder einer billigen „Anbiederung“, wie der FVDZ meint, sondern der Einsicht, daß schiere Konfrontationsstrategien noch nie eine gute Politik ergeben haben.

Nun hat hier erfreulicherweise in letzter Zeit ein Umdenkprozess eingesetzt. Vertreter der KZBV haben ihre restriktive Haltung aufgegeben und ihre zukünftige Bereitschaft zur Kooperation bei solchen Analysen erklärt. Konsequenz wäre es, nach den monatelangen Polemiken gegen den Modellversuch der BKK Voith nun auch die Kollegenschaft über diesen konstruktiven Wandel zu informieren.

Die Einzelleistungen werden in Deutschland vergleichsweise dürftig honoriert. Auch verantwortungsbewußt handelnde Zahnärzte sind auf Kompensationskalkulationen und Mengenausweitung angewiesen, wenn ihre Praxen leistungs-, ja arbeitsfähig bleiben sollen. Es kann nicht Interesse einer guten Sozialpolitik sein, motivierte Kassenzahnärzte am Sachleistungssystem zweifeln zu lassen und die Zusage der „Angemessenheit der Vergütung“ nach § 72 SGB V unerfüllt zu lassen. Dieser Konflikt muß früher oder später in eine Mehr-Klassen-Medizin führen.

Lassen Sie mich abschließend darauf hinweisen, daß Qualitätssicherung nur dann vernünftig und effektiv in Gang

kommt, wenn das Gesamtsystem aller Qualitätsdimensionen auf den Prüfstand kommt. In diesen Kontext gehören

- eine langfristig konzipierte Gesundheitspolitik, sie gibt es bisher nur rudimentär;
- eine entschlackte Approbationsordnung mit der Aufwertung der Prävention und der Parodontologie, der Integration berufsrelevanter Inhalte aus Psychologie, Soziologie, Geriatrie und Epidemiologie;
- die Wahrnehmung, Diskussion und Überwindung der Ethik-Krise der ärztlichen Berufe.

In diesen Kontext gehören weiterhin

- die Prüfung, ob eine gelegentliche, freiwillige Fortbildung angesichts der rasanten Entwicklung in der Medizin noch ausreicht;
- die bessere Kommunikation und fachliche Verzahnung aller beteiligten Be-

rufsbilder, in erster Linie die Aufwertung des Berufsbildes der Zahnarzt-helferin;

- schließlich die kritische Diskussion, ob, wann und wie politische Vorgaben in der Medizin, z.B. Budgetdenken, das Prinzip der Beitragssatzstabilität im SGB V, die Qualität ärztlichen Handelns gefährden.

Die berufspolitische Entscheidung für die systematische Qualitätssicherung - und das ist etwas anderes als die schlichte Aufzählung von „Regelungskompetenzen der Selbstverwaltung“ oder gar das diplomatisch verpackte „Nein“ der sogenannten voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung - diese Entscheidung sollte bald fallen, damit die unfruchtbare Diskussion um das „Ob überhaupt“ einer glaubwürdigen Klärung des „Wie“ Platz machen kann. Information und Motivation der Kollegen sind die ersten Schritte!

Qualitätssicherung in der Zahnmedizin

Thesen:

1. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde hat sich am Anspruch und an der Methodik medizinischer Qualitätssicherung zu orientieren.
2. Die Methodik der Qualitätssicherung ist die Evaluation. Um eine medizinische Leistung beurteilen zu können, braucht man Kriterien und Standards, mit denen sie verglichen werden kann.
3. Daß Strukturqualität quasi automatisch adäquate Ergebnisqualität bewirke, ist eine unbewiesene Behauptung.
4. Qualitätssicherung bedeutet und erfordert mehr als die Auflistung von Regulationsmechanismen der Selbstverwaltung. Diese dienen zunächst der Vertrags- und Betriebsicherheit,

- vernachlässigen jedoch die Ergebnissebene.
5. Systematische Qualitätssicherung ist auf eine „kritische Masse“ engagierter Wissenschaftler und Praktiker angewiesen. In der Zahnärzteschaft dominieren noch Skepsis und Abwehr.
 6. Die Beobachtung der Ergebnisqualität ist umso wichtiger, je knapper die Ressourcen werden, je schwächer die Selbstverwaltung wird.
 7. Qualitätssicherung ist primär nicht Kostendämpfung, sondern Effektivitätssteigerung aus ärztlichen Gründen. Ärzte sind keine Erfüllungshelfen von Gesundheitsökonomien. Beide Ansätze sind jedoch legitim und sollten - wo immer möglich - koordiniert werden.
 8. Qualitätssicherung ist die Suche nach Fehlern, nicht nach Schuldigen. Beratung hat Vorrang vor Regress.
 9. Qualitätssicherung fördert die Fähigkeit zur Selbstkontrolle. Selbstkontrolle geht vor Fremdkontrolle.
 10. Standards dienen nicht der Uniformierung, sondern der Optimierung ärztlichen Handelns. Sie sind Hilfestellung für den Zahnarzt und schränken die Therapiefreiheit nicht ein.
 11. Standards dürfen nicht am „grünen Tisch“, schon gar nicht von fachfremden Interessenten formuliert werden. Sie sind von Praktikern (mit-) zu bestimmen, die sich tagtäglich darin zu bewähren haben.
 12. Qualitätssicherung stört nicht die Arzt-Patient-Beziehung. Im Gegenteil, Patienten verlassen sich auf deren Existenz. Qualitätssicherung ist Vertrauenssicherung!
 13. Qualitätssicherung ist ein Schlüssel zur Erhaltung und Stärkung der Freiberuflichkeit. Qualitätssicherung ist Kompetenzsicherung!
 14. Erfolgreich praktizierte Qualitätssicherung ist das überzeugendste Argument bei Honorarkonflikten. Qualitätssicherung ist Honorarsicherung!

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



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

01.11.1990

Alles, was Zähne und Zahnfleisch gesund hält.



Oral-B

Zahnpflege, wie sie sein soll.

Fast-Food für gequälte Kiefer

K. Müller

Mal ehrlich - wer von uns hat in der letzten Zeit Patienten mit deutlichen Attritionsmarken, mit Gelenkbeschwerden, mit Kopf- und Nackenschmerzen lieber, durchrutschen lassen, als sich auf den steinigen Pfad von Diagnostik und Therapie zu begeben? Wer von uns gibt den Bruxern und Pressern mit den negativen Eckzahnschmelzen und der retrahierten Gingiva an den Prämolaren eine Chance?

Dabei liegen sie immer öfter auf unseren Stühlen! Meist noch dazu ohne Bewußtsein dafür, daß ihnen in uns jemand gegenüber (oder besser drüber) sitzt, der für ihre Probleme zuständig sein könnte. Häufig sogar ohne Bewußtsein dafür, daß ihnen etwas fehlt. Soll man sich da aufdrängen mit seinem Sammelsurium von Methoden, die allzu oft unter der Überschrift „trial and error“ zusammengefaßt werden müßten?

Oder die anderen von uns, die wohl umzugehen verstehen mit dem Gesichtsbogen und dem Formular für die Funktionsanalyse: wenn sie es schon lange genug machen, wissen sie, daß jetzt erst einmal lange erklärt und motiviert werden muß, bis so ein „TMJ-Fall“ sein Ja zu einer aufwendigen Behandlung durch die zusammengepreßten Zähne quetscht. Und auch denen flüstert immer wieder der kleine Mann in's Ohr, daß man ja nicht recht weiß, ob es in diesem Fall

auch notwendig oder aussichtsreich ist, die Maschinerie in Gang zu setzen. Von den wenigen Meisterinnen und Meistern natürlich abgesehen, die Wissen und Erfahrung genug haben, daß sie ihren Weg wirklich unbeirrt und Verantwortungsbewußt antreten können.

Für uns Kleinmütige müßte es etwas geben, das uns mit kleinem Aufwand eine Entscheidungs- und Argumentationshilfe gäbe - am besten etwas, das man nur aus der Schublade ziehen müßte, um bald etwas schlauer zu sein.

Sie ahnen es schon - so etwas gibt es tatsächlich! Ein Zahnarzt aus Illinois hat sich einen Apparat einfallen lassen, der erstaunlich oft die Frage beantworten hilft, ob okklusale Probleme vorliegen, ob eine längerdauernde Schienentherapie helfen könnte, ob der Teufelskreis von Schmerz und Dysfunktion unterbrochen werden kann. Er bezeichnet sein Gerät als „instant-splint“ und nennt es „Aqualizer“. Warum, werden Sie bald verstehen:

Zwei kleine, wassergefüllte Plastikkissen werden im Molarenbereich zwischen die Zahnreihen gebracht. Damit sie nicht so leicht wieder herausrutschen, sind sie durch einen dünnen Schlauch verbunden, der im vestibulum verläuft und in einem Bogen das Lippenbändchen umgeht (siehe Zeichnungen). Wenn man die Zahnreihen schließt, beißt man

nur auf die elastischen Kissen, der Biß soll in der Front mindestens um einen Millimeter gesperrt sein. Deshalb gibt es den „Aqualizer“ auch in verschiedenen Stärken. Solange diese wabbeligste aller denkbaren Aufbißschienen in ihrer Position bleibt, können keine Frühkontakte sich auswirken und die Muskulatur kann wieder anfangen, sich in Symmetrie und Harmonie an die Arbeit zu machen. Wir haben es also mit einer nicht adjustierten Aufbißschiene zu tun, die den Vorteil hat, daß sie ohne Abdruck und Laborauskommt. Nicht mehr, aber auch nicht weniger! Glauben Sie mir, es ist ein Unterschied, ob Sie Patienten nach einer Viertelstunde Erläuterung mit dem Gerät zum Ausprobieren losschicken können, oder ob Sie sie nach Abdrucknahmen zum Einsetzen einer Schiene wiederkommen lassen, von der sie nicht wissen, ob sie das Ding überhaupt haben wollen. Sagen Sie den Patienten, daß sie den „Aqualizer“ zum ersten Mal nach einem stressigen Tag verwenden sollen. Keine Angst um Ihren Kontrolltermin - solche Patienten haben bald einen solchen Tag. Machen Sie kein Gedöns um das Gerät - bieten Sie es als Chance an, morgens entspannter aufzuwachen. Schärfen Sie die Aufmerksamkeit Ihrer Patienten für die ersten zehn Minuten nach dem Herausnehmen der Schiene. Passen die Zähne zusammen wie sonst? Geht der Mund leichter auf? Tut die eine Schulter nicht mehr so weh? Geben Sie den Kontrolltermin gleich zu Praxisbeginn. Dann darf die Schiene den Mund seit dem

Schlafengehen nicht verlassen haben. Studieren Sie die objektivierbaren Veränderungen - Okklusionmuster, Druckdolenz. Oft finden Sie in dieser Sitzung ungeahnte Frühkontakte - nach zehn Minuten ist der Spuk vorbei - der Biß hat sich wieder habituiert.

Nun können Sie schon etwas leichter entscheiden, was Sie tun! Einschleifen, registrieren, nochmal von vorn - Sie wissen um einiges mehr! Der „Aqualizer“ nimmt Ihnen die Wahl nicht ab, er erleichtert sie nur. Oft reicht zum Beispiel bei Patienten nach KfO-Therapie die Lebensdauer eines „Aqualizers“ für die notwendigen Einschleifmaßnahmen. Oft ist das Gerät auch schon nach drei Wochen durchgebissen, dann ist vielleicht eine dauerhaftere Schiene besser. Der Monitoreffekt und die zunehmende Motivation der Patienten sind die entscheidenden Vorteile des Geräts. Wenn es nichts war, sind ca. 7.50\$ in den Sand gesetzt - das kann man verantworten, zwei Abdrücke sind schon teurer - Gnathowski sei mir gnädig!

Die Abbildungen sind der Gebrauchsanleitung entnommen und erklären meiner Meinung nach genug. Ich bestelle mit der abgebildeten „OrderForm“ unter Angabe meiner Kreditkartennummer. Bisher hat das immer sicher geklappt - Nachahmung angelegentlich empfohlen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Kai Müller

Hauptstr. 26

8031 Seefeld

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

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

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

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

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



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG

Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1



ZAHN - Fit

*Das aktuelle Programm
für die häusliche
Mund- und Zahnpflege*

GRUSS
Prophylaxe-Dienst

Düsseler Straße 14 • 5603 Wülfrath
Telefon 02058 / 70377 • Telefax 02058 / 72883

Chemie in Lebensmitteln?

D. Baumann

Vor Chemie in Lebensmitteln bzw. vor zuviel Chemie in unserer Nahrung sollen wir Verbraucher und Verbraucherinnen durch die Höchstmengenregelung geschützt werden.

Wie denn?

Höchstmengen für die einzelnen bekannten Schadstoffe oder Gifte in unserer Nahrung werden im Tierversuch ermittelt. Dort wird für jeden Schadstoff der ADI-Wert (acceptable daily intake) bestimmt. Diese duldbare Tagesdosis wird aus Sicherheitsgründen durch einen Faktor zwischen 10 und 1.000 (!) geteilt und dieser so erhaltene Wert wird auf den 70 kg schweren Durchschnittsmenschen und seine durchschnittliche, abwechslungsreiche Verzehrsgewohnheit bezogen.

Diese Vorgehensweise ist fragwürdig:

- Ergebnisse aus einem Tierversuch werden direkt auf den Menschen übertragen
- Der Durchschnittsmensch mag 70 kg wiegen, aber z.B. alle Kinder und Jugendlichen tun dies normalerweise nicht. Auch wenn berücksichtigt wird, daß Kinder vielleicht weniger essen als Erwachsene, fällt ihr Schutzschicht unter den Mittagstisch.
- Gerade der Durchschnittsmensch ernährt sich selten vernünftig, d.h. abwechslungsreich. Meistens ist die Nahrung einseitig. Und jede, die die Aufgabe hat, Kinder zu bekochen,

weiß um den Kampf beim Mittagessen. Wenn Kinder erst einmal eine neue Lieblingsspeise entdeckt haben, darf frau sie wochenlang servieren. Da können die Schadstoffgrenzen schon mal überstiegen werden.

- Es werden Höchstmengen für einzelne Schadstoffe ermittelt ohne Rücksicht darauf, daß sie nur selten allein im Lebensmittel vorkommen. Meisten sind (leider) mehrere Schadstoffe im Essen. Viele Substanzen verstärken sich gegenseitig in ihrer Wirkung. Und darüber weiß man wenig. Ebenso über Abbauprodukte der Schadstoffe.
- Hier noch ein letzter Kritikpunkt: Die festgelegte Höchstmenge für Schadstoffe gaukelt den Verbraucherinnen und Verbrauchern vor, daß es für alls und jedes Nachweismethoden gibt. Das stimmt nicht! Für viele Substanzen gibt es keine oder keine brauchbare Methode, um sie im Labor nachzuweisen. Bestes Beispiel: Im Kälberhormonskandal 1988 lehnte es seinerzeit die bayerische Staatsregierung ab, die Lebensmittelkontrolleure im Nachweis von Clenbuterol, das damals im Hormoncocktail eine tragende Rolle spielte, durch die Industrie, die Clenbuterol herstellt, schulen zu lassen. In Bayern gab es niemanden in den Behörden, der im Kalbfleisch den gesundheitsbeeinträchtigenden Cocktail hätte nachweisen können!

Nebenbei bemerkt: was mag aus den Hormonkälbern geworden sein? Ein großer Teil wurde getötet. Wie sind die toten Tiere verwertet worden? Sind sie im Ragout fin gelandet? Oder im Hundefutter? Oder im Tierfutter, gemahlen und zu Pellets zusammengeklebt? VerbraucherInnenauge sei wachsam!

Gesund und frei von Schadstoffen

So sollten unsere Lebensmittel beschaffen sein. Lebensmittel sind nur so gesund wie die Umwelt, in der sie produziert werden. Das bedeutet, daß wir vor dem, was allgemein als Umweltgifte bezeichnet wird, unsere Nahrung nicht direkt schützen können, nur durch einen Standortwechsel. „Klassische“ Umweltgifte sind z.B. Blei, Cadmium, polychlorierte Biphenyle (PCB), Dioxine (aus Müllverbrennungen) usw.

Seit Benzin endlich bleifrei verwendet wird, ist die Belastung der Lebensmittel an Blei und damit auch die des Menschen deutlich zurückgegangen. Dies zeigt den Weg, wie wir die Lebensmittel schadstofffrei bekommen: Produktion und Anwendung dieser Gifte müssen untersagt werden.

Zu den Umweltgiften kommen noch die Agrargifte. Im konventionellen Landbau werden die Kulturpflanzen mit einer Vielzahl von Unkrautvernichtungsmitteln, Insekten- und Pilzbekämpfungsmitteln behandelt. Zusätzlich werden Bodenverbesserer, Kunstdünger verwendet. Einzelne Substanzen sind in

den vergangenen Jahren so reichlich angewendet worden, wie z.B. das Atrazin und das Nitrat, daß wir sie jetzt im Trinkwasser haben. Atrazin ist selbst am Nordpol nachweisbar.

Wie sieht es bei den „alternativ“ hergestellten Lebensmitteln aus?

Die „alternativen“ Lebensmittel sind immer wieder ins Gerede gekommen, weil z.B. ihr Cadmiumgehalt genau so hoch sei wie in herkömmlich produzierten Lebensmitteln. Das ist richtig. Denn: vor den Umweltgiften sind wir nirgendwo geschützt und ein Lebensmittel kann immer nur so gut sein wie die Umwelt, in der es wächst. Aber: alternative Lebensmittel sind frei von Agrarchemikalien. Der alternative Landbau verzichtet gemäß der strengen Richtlinien der Erzeugervereine auf den Einsatz dieser Agrargifte.

Wer sich also entschließen kann, auf alternativ hergestellte Lebensmittel umzusteigen, kann eine ganze Reihe schädlicher Substanzen in der Ernährung vermeiden.

Gesunde Ernährung

Zu dieser betrüblichen Schadstoffsituation kommt ein weiterer Fehler, den der Durchschnittsmensch selber macht. Verglichen mit der Ernährungsweise unserer Eltern bzw. Großeltern hat sich das Eßverhalten gewandelt: Immer mehr stehen auf Tiefkühlkost, Dosengerichten, Fast-food. Und dies ist eine oft einseitige und minderwertige Ernährungsweise.

Wir essen uns damit, mitten im Angebotsüberfluß, Ernährungsmängel an! Z.B. ginge es uns körperlich sehr viel besser, wenn wir statt zum Brot, gebacken aus hellem Mehl, zu Vollkornprodukten greifen. Weizenvollkornmehl enthält z.B. die fünffache Menge an Mineralstoffen (Eisen, Calcium, Magnesium, Kalium) verglichen mit dem normalen, hellen Mehl. Mineralstoffe, die unser Körper dringend braucht. Oder, Naturreis siebenmal so viel Vitamin B wie geschälter Reis (und ist auch nicht komplizierter zu kochen). Die Liste der Vorzüge ließe sich nahezu beliebig verlängern.

Viele glauben, zu einer gesunden Ernährung gehört unbedingt Fleisch. Das stimmt insofern, als Fleischiweiß eine höhere biologische Wertigkeit hat als pflanzliches Eiweiß. Also Fleischiweiß kann der menschliche Körper besser verwerten. Aber das gleiche kann durch Kombination verschiedener pflanzlicher Eiweiße untereinander oder mit Milchprodukten, Eiern, auch erreicht werden.

Ernährung ist politisch

Der Stellenwert, den unsere Gesellschaft dem Fleisch zumißt, hat bedenkliche Blüten hervorgebracht. Massentierhaltung, egal ob Schwein, Rind oder Geflügel hat bei uns nicht nur zu niedrigen Preisen (100 g Kotelett für 0,69 DM(!) kann nur Massentierhaltung sein) geführt, sondern zu riesigen Mengen an Gülle, die die Äcker, Wiesen und Bäche nicht mehr verkraften. Auf den immensen Medikamenteneinsatz, der bei

Massentierhaltung meistens schon vorbeugend nötig ist, will ich hier nur hinweisen.

Diese Fleischberge, die wir verzehren, werden mit Kraftfutter aus der Dritten Welt erzeugt: 1 Rind, aus dem mal so etwas wie ein Hamburger wird, frißt pro Tag 1 kg Sojaschrot, 1 Schwein, das in kaum einem halben Lebensjahr sein Schlachtgewicht von 2 Zentner erreicht, verfrißt in dieser Zeit 6 Zentner Futter. Das, was bei uns das Vieh frißt, ist die Ernährungsgrundlage von Millionen Menschen in Lateinamerika, Asien, Afrika. Dort hungern Menschen, damit wir eben mal so zwischendurch einen von diesen vielen Hamburgern verzehren.

Der Fleischhandel bei uns ist längst ein industrielles Unternehmen geworden und wir VerbraucherInnen und die Bauern als Erzeuger sitzen in der Falle. Die Bauern hängen an den Fäden der Baywa, die ihnen die Kredite gibt und die beiden reden dann in der Fleischindustrie mit, wie z.B. bei der Südfleisch-Südvieh.

Die, die die Gewinne unter sich ausmachen, die bestimmen (leider) derzeit auch die Erzeugungsmethoden. Und wir VerbraucherInnen dürfen es dann auslöffeln. Wohl bekomms - aus deutschen Giften frisch auf den Tisch!

*Anschrift der Verfasserin:
Lebensmittelchemikerin
Dr. Dorle Baumann
Ascholdingener Str.9
8000 München 71*

Zahntechnik

Scharl—



Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



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

Ein rustikaler Amalgamabscheider

T. Ropers

Seit Jahren munkelte man schon über künftige Regelungen für die Abwasserreinigung in Zahnarztpraxen. Im Jahre 1988 setzte ich mich mit einer mittelständischen Maschinenbaufirma zusammen, um eine zentrale Amalgamabscheidung für meine Praxis mit drei Behandlungsräumen zu bauen. Ich hatte ohnehin vor, drei neue identische Arbeitsplätze anzuschaffen: So konnte eine Grundbedingung, nämlich Anschluß der Speischale und des Abflusses unter dem Trinkglas an das Absaugsystem geräte-seitig erfüllt werden. Mir schwebte hierfür eigentlich ein kleiner Sammel-tank unter der Speischale vor, der per Kugelventil nach jedem Patienten zur Absaugleitung hin geöffnet werden sollte. Die Firma Ultradent hat nun stattdessen ein Saugstromventil eingebaut, das gekuppelt mit der Betätigung der Schalen-spülung betätigt wird. Nachteil: etwas laut, wenn während einer Behandlungs-sitzung gespült wird. Funktioniert aber einwandfrei.

Zentral im Keller münden all die Abwässer ein in eine Batterie von Setz-tanks, die jeweils trichterförmig nach unten in einen Glasbehälter für Sedi-mente münden. Die Tanks sind durch

immer feiner werdende Siebe unterein-ander verbunden, sodaß in den vierten und letzten Tank ohnehin nur noch Partikel im Mikronbereich gelangen können (siehe Abbildung). Die ganze Anlage ist aus rostfreiem Edelstahl gear-beitet und vom Volumen her so angelegt, daß das Abwasservolumen eines ganzen Arbeitstages hineinpaßt.

Vor Beginn eines jeden Arbeitstages wird die Flüssigkeit auf die Minimum-Arbeitshöhe abgelassen. Das Abwasser hat somit für mindestens 12 Stunden Zeit, sich per Sedimentation niederzu-schlagen. Der Abwasserstrom wird dadurch entscheidend gebremst, daß er nochmals durch ein Trinkwasserfeinfilter geführt wird. Dieses Filter bietet gleichzeitig auch die Gewähr, daß nunmehr keinerlei partikuläre Verunrei-nigungen mehr in das Abwasser gelangen können.

Wenn die Schaugläser einen höheren Füllstand anzeigen, können sie jeweils durch ein Kugelventil von der Anlage getrennt und in die bereitgestellten Sammelbehälter entleert werden. Für etwaige bei diesem Entleeren ent-stehende Restabwassermengen ist ein Ausguß vorgesehen, durch den Rest-

mengen erneut in den ersten der Setztanks eingespeist werden können. Hierdurch wird sichergestellt, daß tatsächlich keinerlei Mengen auch beim Entleerungsvorgang ins Abwasser gelangen.

Als Saugpumpe dient eine Wasserringpumpe vom Typ Ritter Vakuum Air. Nachdem jedoch das gesamte Abwasser durch die beschriebenen Filtertanks geklärt ist, saugt diese Maschine nur noch ein Luftvakuum. Zum Betrieb benötigt die Anlage dennoch Wasser, um ihr Vakuum aufbauen zu können. Wir haben daher die Anlage auf einen geschlossenen Wasserkreislauf umgebaut, damit künftig nicht mehr der enorme Wasserverbrauch für die Pumparbeit anfällt. In den Wasserkreislauf integriert ist eine Drucksteigerungspumpe, die den für die Wasserringpumpe erforderlichen Betriebsdruck von 2 bar aufbaut, sowie ein Feinfilter, da die Pumpe keine Verunreinigung des Betriebswassers verträgt.

Der Deckel der Tankbatterie ist hochklappbar. Vor dem etwa monatlichen Entleeren der Sedimentgläser wird mit einem Wasserschlauch etwaiges an den Tankwänden oder Verbindungssieben hängen gebliebenes Sediment losgespült.

Als Vakuumpumpe ist auch ein Industriestaubsauger geeignet (war hilfsweise während technischer Probleme an den Pumpen auch oft in der Erprobungsphase im Einsatz), baut jedoch im Normalbetrieb bei den großen Volumina

das Vakuum nicht schnell genug auf und ist nur bedingt dauerlauffähig.

Mein inzwischen schon lange störungsfrei arbeitender Prototyp war nicht billig; Einschließlich der Mehrkosten durch Umwege und Denkfehler betrug meine Investition incl. Bau und Installation etwa 15.000 DM. Etwaige Nachbauten dieser Anlage sollten mit halb so hohen Kosten möglich sein.

Nachteilig ist der recht große Raumbedarf; dennoch muß die Anlage nicht im Keller stehen, da die Saugkraft der Pumpe auch für ansteigende Leitungen ausreicht.

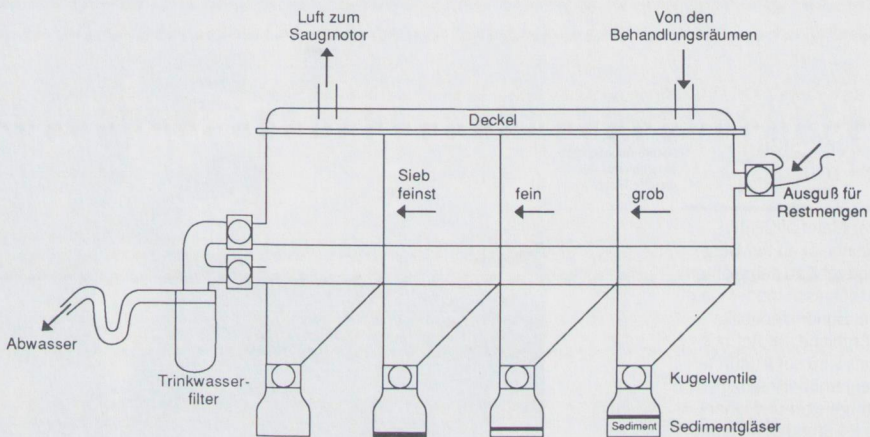
Die rechtlichen Bedingungen haben sich inzwischen geändert: Nur vom Institut für Bautechnik in Berlin TÜV-geprüfte Amalgamabscheider dürfen z.Zt. zugelassen werden. Die dort geltenden Prüfkriterien beziehen sich nur auf Abscheideverfahren per Zentrifuge u.ä., also technische Klärverfahren des fließenden Wassers. Abscheidung per Sedimentation ist nur prüfbar über Analyse des geklärten Wassers. Somit ist meine Anlage nach heutiger Rechtslage nicht genehmigungsfähig, obwohl sie einen weit höheren Wirkungsgrad als vorgeschrieben haben dürfte und keinerlei Betriebsstörungen haben kann: Es ist ja eigentlich nichts anderes als eine Klärgrube.

Da ich aber bereits 1988 den Auftrag zum Bau der Anlage vergeben und 1989 bei der zuständigen Stelle (untere Was-

serbehörde beim Landkreis) die Genehmigung beantragt und die Anlage in Betrieb genommen habe, muß dieser Fall nach alter Rechtslage entschieden werden. Ich kann ja nicht dafür bestraft werden, daß ich früher als andere aktiven Umweltschutz betrieben habe. Nach erfolgter Genehmigung wird man sich

überlegen müssen, ob dieser Präzedenzfall nicht geeignet ist, die unsinnigen Prüfrichtlinien zu erweitern.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen*



SIEMENS

45.000 Artikel auf Abruf! Wir liefern innerhalb von 24 Stunden und das bei persönlicher Beratung.

Da zeigt sich
der Profi.

Zum Beispiel:
unsere Außendienst-
Mitarbeiterin
Annette Maaß

Unser Material-Center in Weinheim an der Bergstraße zählt zu den größten und technisch modernsten in der Bundesrepublik Deutschland. Ihr Auftrag an uns wird sofort durch Datenfernübertragung weitergeleitet und innerhalb 24 Stunden erhalten Sie die gewünschte Lieferung. Ganz gleich, wo Ihre Praxis sich befindet. Testen Sie uns. Wir würden uns freuen.

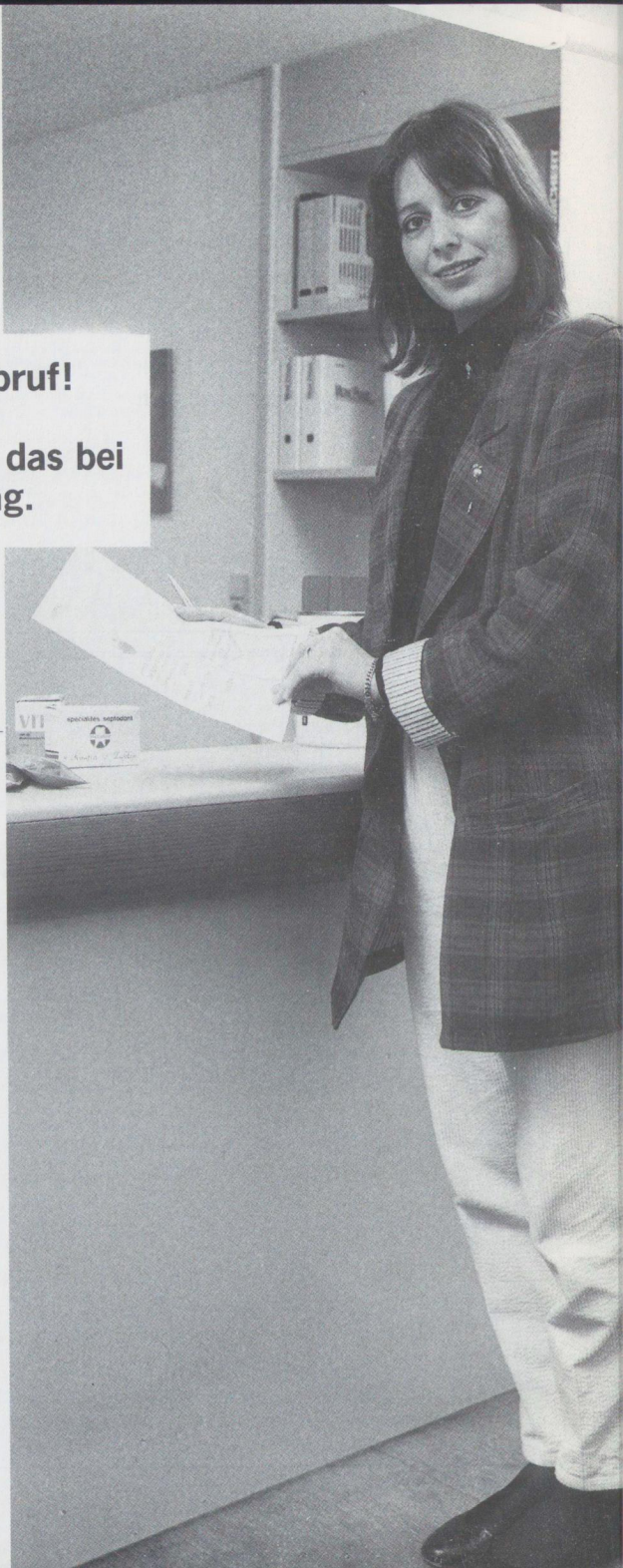
PS. Beachten Sie immer unsere Super-Angebote.

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

Kumpfmühler Str. 65, 8400 Regensburg
Telefon 0941/97198

Siemens
Dental-Depot

Ihr Partner



„Zahnärzte schützen die Ozonschicht - verwenden keine Sprays mit FCKW“¹

(Aus einem Inserat des BDZ, das mit einem großen Fragezeichen versehen ist)

U. Happ

Vor jeder Therapie wird sich jeder Zahnarzt möglichst sorgfältig um eine treffende Diagnose bemühen. Diese Diagnose wird er nach einer mehr oder weniger umfangreichen Untersuchung stellen können. Wenn auch eine gute Anamnese schon wertvolle Rückschlüsse zulassen würde, so kommt sie doch vielfach zu kurz im Vergleich zum Einsatz der apparativen Möglichkeiten. Das mag mit begründet sein im System unserer Gebührenordnungen. Andererseits sind zur Verifizierung des Befundes häufig weitere Untersuchungen erforderlich und diese können neben dem unbestrittenen Nutzen auch Nachteile beinhalten. Erinnert sei an die Strahlenbelastung durch Röntgenuntersuchungen sowie die Möglichkeiten zur Minimierung. Darüber wurde im DAZ-forum schon berichtet. Hier soll eine andere Problematik besprochen werden: die Vitalitätsprüfung (ViPr).

Laut Durchschnittswerten der KZV-Hamburg wird bei etwa 15% der Patienten pro Quartal eine Vitalitätsprobe durchgeführt. Durchführbar ist die Vitalitätsprobe durch Reizung mit Strom,

Wärme, Kälte und durch Probetrepanation. Die Aussagekraft ist bei den verschiedenen Methoden sehr unterschiedlich:

1. Strom

Auf Stromreizung kann ein vitaler Zahn empfindlich, d.h. positiv reagieren. Ist der Zahn mit einer Kunststoff- oder Keramikkrone versehen, wird er wegen des elektrischen Widerstandes nicht reagieren können. Hat der Zahn hingegen eine Metallkrone oder große Metallfüllung, so wird der Strom auch über diese zum Nachbarzahn oder Zahnfleisch abgeleitet werden und kann dort einen positiven Reiz auslösen. Der Patient wird das in der Regel nicht zuverlässig definieren können und die ViPr hat keine sichere Aussagekraft. Ebenfalls kann eine Gangrän durch elektrisches Leitvermögen zu falschen Interpretationen führen - und dennoch wird diese Methode laut Aussage des BDZ² auf eine Anfrage des BUND *mehrheitlich* (?) von den Kollegen für die ViPr eingesetzt.

Zur Reizung des Zahnes mit Strom ist

immer ein geschlossener Stromkreis notwendig - nach heutigem Hygiene-Standard ist er durch die isolierenden Handschuhe nicht mehr gewährleistet. Dieses kann ausgeglichen werden durch eine Kabelverbindung zwischen dem

Metallgriff des Testgerätes und einem Mundspiegel (siehe Abb. 1). Die Bestimmungen der Medizingeräte-Verordnung sind zu beachten (d.h. erst zur nächsten Prüfung montieren).

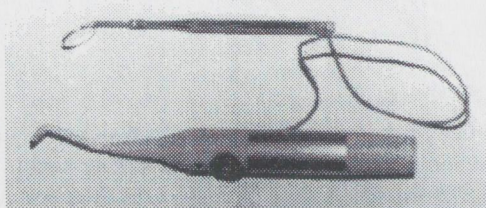


Abbildung 1: Dentotest, mit Mundspiegel ergänzt

2. Wärme

Auch Wärme reizt einen gesunden Zahnerv bzw. ergibt eine positive Reaktion. Ein gangränöser Zahn kann aber auch positiv reagieren und ein pulpitischer sehr heftig. Da die Aussage dieser ViPr sehr vage ist und zudem sehr schmerzhaft sein kann, wird sie kaum angewendet.

3. Kälte

Auf den Kältetest gibt es eine sichere positive Aussage: nur ein vitaler Zahn kann reagieren.

Zur Erzeugung der Kälte stehen drei Verfahren zur Verfügung:

Chloräthyl

Chloräthyl ist ein leicht flüchtiges Gas mit einem Siedepunkt von ca. 12°C. Es wird in speziellen Glasflaschen mit

Druckverschluß geliefert. Auf das Zahnfleisch gegeben führt es durch schnelle Verdampfung zum Abkühlen, zur Kälteanästhesie durch „Vereisen“ - davon sprechen noch viele Patienten. Ein damit getränkter Wattebausch mag manchen vitalen Zahn reagieren lassen, doch ist die Temperatur nicht ausreichend niedrig für eine sichere Diagnostik. Gegen diese Methode spricht ferner, daß Chloräthyl stark analgetisch-toxisch wirkt und zudem leicht brennbar ist. Dennoch ist es in der DDR und auch hier in manchen Praxen das Mittel der Wahl.

FCKW

Der in unseren Kältesprays angebotene FluorChlorKohlenWasserstoff ist das *Frigen = Dichloridfluormethan* oder *F12*. Er ist auch das Treibgas der herkömmlichen, in Verruf geratenen Spraydosen. Dieses Gas hat einen Siedepunkt von -47°C, ist geschmack- und geruch-

los, chemisch sehr stabil und einfach in der Anwendung. Aus diesem Grunde wird es nach Auskünften des Dentalhandels auch in 70-80% der Zahnarztpraxen (!) und in sehr großem Umfang in der Industrie eingesetzt. Inzwischen hat sich seine Umweltschädlichkeit herumgesprochen: wegen der chemischen Stabilität kann das leicht flüchtige Gas ungehindert in hohe Schichten unserer Atmosphäre bis zur Stratosphäre steigen. Hier wird durch Photolyse die Verbindung „geknackt“ und die Halogene reagieren mit dem in 20-50 km Höhe befindlichen Ozon. Sie zerstören den uns vor übermäßigen UV-Strahlen schützenden Ozonschild. Diese Schädlichkeit wurde international erkannt und im Montrealer Abkommen von 1987 Maßnahmen zur Reduzierung beschlossen, nämlich die Produktion von Frigen bis 1994 auf 80% und bis 1990 auf 50% der Menge von 1986 zu reduzieren. Zwischenzeitlich wurde verschiedentlich, auch von unserem Umweltministerium, erkannt, daß diese Maßnahmen nicht ausreichen, da die „Ozonlöcher“ an den Polen rapide wachsen. „Auch wenn FCKW heute sofort gestoppt wird, würde die Schädigung der Ozonschicht trotzdem noch anhalten. Dies liegt daran, daß FCKW ungefähr 10-15 Jahre braucht, um die Ozonschicht zu erreichen. Mit anderen Worten heißt das, daß die FCKW-Produktion der letzten 10 Jahre noch auf dem Weg zur Ozonschicht ist und diese Auswirkungen erst noch auf uns zukommen werden³“. Und die Weltproduktion von

FCKW ist in den vergangenen Jahren weiter gestiegen!⁶ - das konnte auch die „Montreal-Folgekonferenz 1989“ in Helsinki nicht verhindern. Aber: Zahnärzte ... siehe Überschrift.

Uns Zahnärzten und Ärzten ist trotzdem ausdrücklich die weitere Verwendung dieser Substanz erlaubt: für medizinischen Einsatz wurde eine unbefristete Ausnahmegenehmigung erteilt. Mit entsprechendem Satz werden uns die Kältesprays weiterhin angeboten: z.B. „Arzneimittelrechtlich zugelassenes Gas (Dichloridfluormethan)“ oder „Registriertes Arzneimittel“⁴. Für unseren Fachbereich ist es absolut unnötig.

In der Werbung finden wir verheißungsvolle Angebote: „*Neu. Das erste FCKW-freie Kältespray ist da!* Das Produkt enthält den *Ersatzstoff F22*, der 99,6% ozonfreundlicher als FCKW ist. Temp. -50°C“⁴.

Diese kurze Aussage enthält grobe Fehler: F22 ist auch ein FCKW, ein anderes. Die FCKW-Verbindungen sind zu unterteilen in voll- und teilhalogenierte und es gibt recht viele. Der wesentliche Unterschied liegt darin, daß das Kohlenstoff-Atom der teilhalogenierten wie F22 neben den Verbindungen mit den Halogenen Fluor und Chlor auch noch eine Wasserstoff-Verbindung hat. Diese H-Verbindung ist instabil und wird beim Aufsteigen in der Troposphäre zu ca. 70% geknackt. Es entstehen u.a. „unschädliche“ Nebenprodukte wie Wasser und Salzsäure - wir kennen das als „sauren Regen“.

Nur 20-30% des F22 gelangen in die Stratosphäre, so wird vermutet, und sind dort wegen des H-Atoms auch nur 5-8% so schädlich für das Ozon wie ein herkömmliches FCKW. Also 92-95% ozonfreundlicher - was bei der derzeitigen jährlichen Produktionssteigerung von 11,7% völlig unzureichend ist⁶.

Aber es haben sich für F22 noch zwei andere Nachteile herausgestellt:

Auch F22 ist offenbar so reaktionsträge, daß es noch in über 35 km Höhe zu finden ist und dort einen erheblichen Einfluß auf Absorption und Rückstrahlung der Erdwärme, den bekannten Treibhauseffekt, hat: „Die Strahlungsabsorption der FCKW ist deshalb so effektiv, weil... sie direkt im offenen atmosphärischen Strahlungsfenster absorbieren“ - so die Enquete-Kommission⁵. Mit anderen Worten: Das den Treibhauseffekt hauptsächlich verursachende CO₂ läßt einzelne Frequenzen der Wärmestrahlen im Infrarotbereich in den Weltraum entweichen. Diese Lücken schließen nun die FCKW. Die Treibhauswirksamkeit von F22 ist 1360mal höher als von CO₂⁶.

Aufgrund des H-Atoms kann F22 in der Troposphäre „geknackt“ werden - dazu sind aber auch die Fermente unseres Körpers in der Lage. Es können sich mit den Halogenen Fluor und Chlor „biologisch aktive Zwischenprodukte“⁶ bilden. Man weiß darüber recht wenig. Bedenken auf teratogene Wirkung konnten bislang nicht ausgeräumt werden.

In einem Dental-Katalog⁴ werden uns zwei Kältesprays angeboten. Produkt A wird als FCKW-frei deklariert (was nicht stimmt, denn es ist F22), Produkt B wird gar nicht deklariert (es ist Frigen), aber es bekommt folgendes Qualitätsmerkmal: ungiftig. Das mag sich nun jeder selbst interpretieren.

Wir brauchen die FCKW nicht, weder als Treibgas (dafür stehen Handpumpen und dergl. zur Verfügung) noch als Kühlmittel für die ViPr. Vorhandene Vorräte sollten von uns (siehe Überschrift !) ausgemustert und fachgerecht entsorgt werden. Die kommunalen Entsorger (Müllabfuhr) unterhalten dafür Annahmestellen (siehe „Gelbe Seiten“ im Telefonbuch). Gleiche Adresse wie für ausrangierte Kühlschränke. Viel besser als FCKW geeignet ist:

Kohlensäureschnee

Mit Prüfkörpern aus Kohlensäureschnee läßt sich die Vitalität eines Zahnes gut überprüfen: seine Temperatur von -78°C reicht aus, um den Zahnerv auch unter Kronen und großen Füllungen zu reizen. Nach positiver Reaktion sollte der Patient mit der Zunge für einen Temperaturengleich sorgen, um keine unnötigen Schmerzen zu provozieren.

Nun wird in den IZA⁷ berichtet, daß durch den Kohlensäureschnee Schmelzsprünge verursacht werden können - dieses wird auch dem BUND in dem Schreiben des BDZ² mitgeteilt. Andererseits liegt ein Schreiben von Prof. Dr. A. Kröncke⁸ vor, aus dem ich wie folgt

zitieren möchte: „Die in letzter Zeit wiederholten Äußerungen über Schmelzsprünge als Folge der Sensibilitätsprüfung mit Kohlendioxyd-Schnee sind mir nicht entgangen. Es handelt sich samt und sonders um Mutmaßungen, die bis heute durch keinerlei klinische Beobachtungen oder Experimente begründet sind“. Diese Äußerung entspricht den Erfahrungen der Kollegen, die schon CO_2 benutzten. Dazu gehört auch die Uni-Klinik Kiel.

Wie oben ausgeführt, ist CO_2 auch umweltschädlich, es unterstützt wesentlich den „Treibhauseffekt“ unserer Atmosphäre und damit die

weitere Erwärmung unserer Erde. Aber die Schädlichkeit ist 10.000 mal geringer als bei Frigen und unser Hinzutun ist im Vergleich zum Gesamt- CO_2 -Ausstoß zu vernachlässigen. Dazu kommt, daß das in Druckflaschen angebotene Kohlendioxyd weitgehend durch Recycling gewonnen wird bzw. aus natürlichen Bodenquellen stammt.

Ist diese Methode zur ViPr auch die sicherste und umweltverträglichste, so hat sie doch trotz langjähriger Anwendung (seit 1965) nicht in vielen Praxen Eingang gefunden. Das mag an der umständlichen Handhabung der Apparatur liegen (Abb.2).

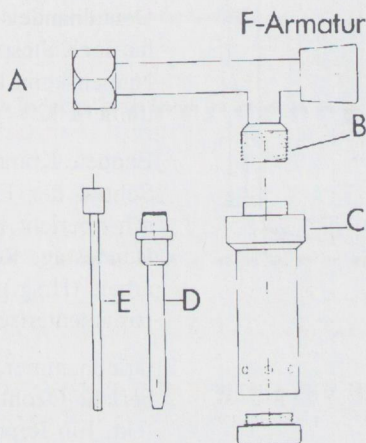


Abbildung 2

Das Hauptventil oben an der Flasche soll zur Schnee-Entnahme zuerst geöffnet werden, danach durch geringes Öffnen des Regulierungshahnes das Schneeröhrchen füllen. Nicht zu stark öffnen, um Schneeverlust und Druckbelastung auf das Schneeröhrchen zu vermeiden.

Nach dem Beschicken des Schneeröhrchens den Schnee-Erzeuger abschrauben und mit dem Stopfer (E) den im Schneeröhrchen befindlichen CO_2 -Schnee zu einem Schneestab komprimieren.

Nach der Entnahme des Schneerohrs aus dem Mantelrohr dient der Stopfer dazu, den Schneestab aus dem Schneeröhrchen heraus gegen den zu testenden Zahn zu drücken.

Abbildung 2: und Text aus der Anleitung: Odontotest

Dieses hört sich nun viel komplizierter an als es nach einiger Übung ist. Aber es geht einfacher. Auf der DAZ-Jahreshauptversammlung 1990 in Frankfurt werde ich ein hier entwickeltes, schnelles und praxisgerechtes Gerät zur Herstellung von Schnee-Prüfkörpern vorstellen (Abb.3).

Maße

Höhe: c. 40 cm
 Tiefe: c. 14 cm
 Breite: c. 12 cm
 Gewicht: c. 4 kg

Wandgerät

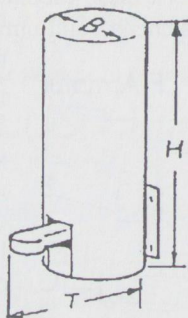


Abb. 3: Schneegenerator

Als sicherste Methode der ViPr gilt die

Probetrepanation

Diese ist uns allen mit ihren Konsequenzen bekannt - sie braucht hier nicht weiter erläutert zu werden.

Literatur:

- ¹ Anzeige BDZ/KZBV, z.B. in den ZM 19/89, häufig wiederholt
- ² Brief BDZ/Dr. Bretschneider an BUND (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V.) vom 4.10.89
- ³ Faltblatt „Was Sie über FCKW wissen sollten“ IDEE e.V. 6/90 Adresse: Prinz-Albrecht-Str. 43, 5300 Bonn
- ⁴ N.N. aus verschiedenen Katalogen des Dentalhandels (liegen vor). Meistens hat der Kältespray nur unverbindliche Namen, keine Deklaration. Es ist dann immer F12.
- ⁵ Enquete-Kommission „Vorsorge zum Schutz der Erdatmosphäre“, Zwischenbericht, in der Reihe: Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.): Zur Sache. Themen parlamentarischer Beratung, 5/88, Bn.
- ⁶ Griebhammer, Hey, Henicke, Kalberlah: Ozonloch und Treibhauseffekt. Ein Report des Öko-Institutes. 11/99. ISBN 3 499 12603 6, rororo.
- ⁷ IZA (Information über zahnärztliche Arzneimittel) BDZ/KZBV, 8. Auflage, 1988
- ⁸ Brief Prof. Dr. A. Kröncke, Uni-Klinik Erlangen-Nürnberg an Dr. H. Diebold vom 13.02.90

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Ulrich Happ
 Spadenteich 1
 2000 Hamburg 1

FCKW

Jeder Tag zählt!

Jagusch & Partner Hamburg

Liebe Meiers, stoppt FCKW!

Alfred Bieloč,
Moderator

FCKW zerstört die Erdatmosphäre, das ist bekannt. Aber noch immer werden weltweit pro Jahr mehr als 1.000.000 Tonnen hergestellt. Davon über 112.000 Tonnen FCKW in der Bundesrepublik Deutschland. Nicht nur für Spraydosen.

Viele meinen, FCKW sei schon verboten. Das stimmt nicht. Bonn plant, die Herstellung und Verwendung in den nächsten Jahren stufenweise einzuschränken. Im Ausland passiert noch weniger. Das reicht nicht aus.

Schicken Sie uns den Coupon aus dieser Anzeige. Wir sagen Ihnen dann, wie sie zum FCKW-Stop beitragen können. Als Verbraucher, in Industrie, Handel und Dienstleistung, in der Politik und in den Kommunen.

Auch wenn Sie Schmidt, Schulz, Müller, Lehmann oder Anders heißen.

FCKW-Stop ist ein Zusammenschluß der Initiative Demokratie Entwickeln e.V., Ärzte und Pharmazeuten gegen FCKW e.V. und der Aktion Ozonloch e.V.

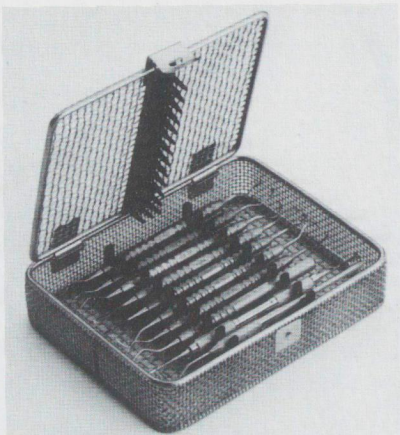
Die Initiative wird unterstützt von Senta Berger-Verhoeven, Wolf Biermann, Alfred Bieloč, René Böll, Ina Deter, Klaus Doldinger, Jürgen Flimm, Jürgen Fuchs, Herbert Grönmeyer, Peter Härtling, Hans-Dieter Hutsch, Udo Jürgens, Freya Klier, Alexander Kluge, Stephan Krawczyk, Udo Lindenberg, Peter Maffay, Marius Müller-Westernhagen, Reinhard Mey, Wolfgang Niedecken, Witta Pohl, Hanna Schygulla, Johannes Mario Simmel, Karlheinz Stockhausen, Dorotea Solte, Michael Verhoeven, Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e. V. (BUND), Robin Wood und Einzelpersonen und Unternehmen der Kommunikationsbranche.

Ich bin für den FCKW-Stop!
Sagen Sie mir bitte, wie ich zum FCKW-Stop beitragen kann.

Vorname, Name _____
Straße, Nr. _____ MM

PLZ/Ort _____
Diesen Coupon bitte mit 3,00 DM in Briefmarken für die Antwort einsenden an: FCKW-Stop, Prinz-Albert-Str. 43, 5300 Bonn

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. 079 61 / 5 40 66

Deutsch-deutsche Ereignisse

Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR entwirft Jugendzahnpflegegesetz

Der Vorstand der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR hat einen Entwurf „Gesetz über die zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen“ erarbeitet und dem Minister für Gesundheitswesen und der Volkskammer zugeleitet. In der Bundesrepublik wurde der Text u.a. dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Kenntnis gebracht. *Der Entwurf wird nachstehend abgedruckt.*

Seit über 10 Jahren fordert der DAZ für die Bundesrepublik ein Jugendzahnpflegegesetz, das die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine breitenwirksame Prophylaxe schafft. Der letzte Anlauf einer Bundesregierung, ein Jugendzahnheilkundengesetz zu erlassen, scheiterte 1964 an den Ländern im Bundesrat mit der Begründung, daß keine gesundheitspolitische Notwendigkeit für eine bundeseinheitliche Regelung bestehe.

Der DAZ begrüßt die Initiative der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR und wünscht dem auch für die Bundesrepublik vorbildlichen Entwurf

eine möglichst zügige Verabschiedung. Der Entwurf wird auf heftigen Widerstand der bundesdeutschen Landesvertreter stoßen und keinerlei Unterstützung finden. In den Grundsätzen der Bundeszahnärztekammer zur zukünftigen Gestaltung des Gesundheits-Systems in der DDR wird nur die Bildung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes für Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege und -erziehung, nicht der Versorgung gefordert. „Der Erhalt der Weiterbildung im Bereich der Kinderstomatologie als eigene Gebietsbezeichnung ist nicht notwendig, da die Ausbildung in der Bundesrepublik Prävention und Kinderzahnheilkunde abdeckt“.

Demgegenüber ist festzustellen, daß es in der Bundesrepublik bei 24 zahnärztlichen Ausbildungsstätten nur zwei selbständige Abteilungen für Kinderzahnheilkunde und einen Funktionsbereich für Kinderzahnheilkunde innerhalb der Abteilung für Zahnerhaltung gibt. Die Kinderstomatologen in der DDR wurden im Rahmen des zahnärztlichen Studiums umfassend in der präventiven Zahnheilkunde und der kin-

derzahnärztlichen Betreuung ausgebildet und haben eine 4-jährige Weiterbildung zum Fachzahnarzt absolviert.

Besonders kompetente Zahnärztinnen und Zahnärzte stehen für den Aufbau

eines effektiven öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes zur Verfügung. Es gilt, ihnen die gesetzliche Basis für eine breitenwirksame Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu geben.

Entwurf für ein Gesetz über die zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen (Jugendzahnpflegegesetz)

§1 Zur regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung werden bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. bis zum Abschluß des Schulbesuchs Maßnahmen in der Einheit von Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge nach diesem Gesetz durchgeführt.

§2 Diese Maßnahmen sind:

1. Regelmäßige Unterweisungen der Kinder und Jugendlichen über zweckmäßige Ernährung, sachgemäße Zahn- und Mundpflege und die Anwendung von Fluoriden.
2. Durchführung von Maßnahmen der Prävention (kollektiv und individuell) zur
 - Mundhygiene
 - Ernährungsberatung
 - Fluoridanwendung.
3. Aufklärung und Beratung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten sowie der Personen, die in der Betreuung, Erziehung und Ausbildung der Kinder und Jugendlichen beruflich tätig sind, über Fragen der Zahn- u. Mundgesundheit.
4. Jährlich mindestens eine zahn-

ärztliche Untersuchung zur Überwachung der Gebißentwicklung, der Feststellung des oralen Gesundheitszustandes und der Behandlungsbedürftigkeit.

5. Systematische Behandlung entsprechend der festgestellten Bedürftigkeit. Möglichkeit der Überweisung an den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie bei Feststellung einer behandlungsbedürftigen Anomalie.

6. Dokumentation und Auswertung der Untersuchungsbefunde und Behandlungsmaßnahmen.

7. Erfassung von Risikopersonen, geistig und körperlich geschädigten Kindern und Jugendlichen sowie deren Dispensairebetreuung.

§3 1. Alle Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lj. bzw. bis zum Abschluß des Schulbesuches haben Anspruch auf Leistungen nach §2.

2. Die Leistungen nach diesem Gesetz sind unentgeltlich.

§4 1. Die Durchführung der Maßnahmen ist Dienstaufgabe der Gesundheitsämter.

2. Die Gesundheitsämter beauftragen mit der Leitung der regelmäßigen Betreuung der Kinder und Jugendlichen einen verantwortlichen Fachzahnarzt für Kinderstomatologie.

3. Die Vorschuleinrichtungen, Schulen, Heime und deren Träger wirken bei der Durchführung der Maßnahmen nach §2 mit.

§5 Die Kosten der regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen tragen die öffentlichen Haushalte, die durch die Krankenkassen leistungsbezogene Zahlungen erhalten.

§6 1. Die Aufgaben der zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen werden in der Regel in Einrichtungen der Jugendzahnpflege durch beamtete und angestellte Fachzahnärzte durchgeführt.

2. Die Gesundheitsämter tragen die Verantwortung für ein funktionsfähiges Betreuungsnetz im Territorium.

§7 Die zuständigen Länderministerien werden ermächtigt, die näheren Bestimmungen über die Durchführung der in §2 genannten Maßnahmen zu treffen.

§8 Das Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

In Gesprächen und Diskussionen über die Stellungnahme zur künftigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und

Jugendlichen der Gesellschaft für Kinderstomatologie sowie den Entwurf eines Jugendzahnpflegegesetzes hat sich ergeben, daß das Ministerium für Gesundheitswesen prinzipiell bereit ist, den *Fortbestand der kinderzahnärztlichen Betreuung als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes* zu sichern.

Dabei sind bestehende rechtliche Bestimmungen des Staatsvertrages, des Sozialgesetzbuches V der BRD und anderer Gesetze zu berücksichtigen.

Zur weiterführenden Diskussion über den Erhalt der Jugendzahnpflege wurden die nachfolgenden Anmerkungen bzw. die Begründung zum Entwurf des Jugendzahnpflegegesetzes erarbeitet.

Anmerkungen zum Entwurf des Jugendzahnpflegegesetzes

Die im Entwurf des Jugendzahnpflegegesetzes festgelegten Aufgaben entsprechen den im Sozialgesetzbuch V der BRD fixierten Grundsätzen zur zahnärztlichen Prophylaxe und Therapie.

Eine flächendeckende, einheitliche *Umsetzung* dieser Maßnahmen ist nur möglich *in Trägerschaft durch die Gesundheitsämter*, unabhängig vom Ermessensspielraum des einzelnen Zahnarztes. Dabei muß die Verantwortung für die Prophylaxe *und* die Therapie in der Hand *eines* Zahnarztes liegen.

Unter der Verantwortung eines leitenden Kinderzahnarztes sollten alle *existierenden Einrichtungsformen weiterbestehen* (z.B. Jugendzahnkliniken,

Schulambulanzen, fahrbare Ambulanzen).

Die *Kinderzahnärzte* beziehen als *Angestellte* des öffentlichen Gesundheitsdienstes ein festes Gehalt.

Die *Zahl der notwendigen Kinderzahnärzte* ist abhängig von der epidemiologischen Situation sowie dem bisherigen Versorgungsgrad. Sie dürfte sich zwischen *1 Zahnarzt : 2.000 bis 2.500 Kindern und Jugendlichen* bewegen.

Ihre *Leistungen* sind etwa mit *einem Drittel für die Prophylaxe* und mit *zwei Dritteln für die Therapie* zu veranschlagen.

Da alle Leistungen der Jugendzahnpflege dem SGB V entsprechen, sind sie durch die Kostenträger zu erstatten.

Für die Leistungen in der *Gruppenprophylaxe* (§ 21) sollten pro Kind und Jahr Pauschalbeträge gezahlt werden, die jeweils nachweispflichtig sind.

Die Leistungen in der Individualprophylaxe (§ 22) und der Therapie sind entsprechend dem *BEMA* einzeln nachzuweisen und abzurechnen.

Da alle Versicherten Anspruch auf diese im SGB V geregelten Leistungen haben, müssen, analog den Polikliniken, die jugendzahnärztlichen Dienste in den Sicherstellungsauftrag durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einbezogen werden.

Das bedeutet, daß prophylaktische und therapeutische Maßnahmen über die KZV mit den Versicherungsträgern abzurechnen sind.

Marburger Resolution von Hochschullehrern für Kinderstomatologie und Kinderzahnheilkunde vom 8.6.1990

Die unterzeichnenden Hochschullehrer für Kinderstomatologie in der DDR und für Kinderzahnheilkunde in der BRD begrüßen nachdrücklich die Vorschläge für eine zukünftige gesamtdeutsche Konzeption der Kinderzahnheilkunde, wie sie anlässlich des ersten deutsch-deutschen Treffens am 16.5.1990 in Halle erarbeitet wurden und nachstehend aufgeführt sind. Die Hochschullehrer distanzieren sich gleichzeitig entschieden von den Vorstellungen des Präsidenten des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e.V. und seiner

beiden Stellvertreter zur Vereinheitlichung der Hochschulausbildung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der DDR und BRD nach ausschließlichem Muster der Bundesrepublik Deutschland und zu deren gewünschten ersatzlosen Abschaffung der fachzahnärztlichen Weiterbildung auf dem Gebiet der Kinderstomatologie in der DDR (ZM 11/90, S.1252-1253). Die Hochschullehrer sind als Erstunterzeichner dieser Resolution schließlich übereingekommen, vorliegenden Text mit Anlagen gezielt an wissenschaftliche

Gesellschaften, Ministerien, Standesorganisationen, Krankenkassen etc. mit der Bitte um Unterstützung weiterzugeben.

Doz. Dr. Borutta (Erfurt)
Prof. Dr. Maiwald (Rostock)
Prof. Dr. Treide (Leipzig)
Doz. Dr. Hetzer (Dresden)
Prof. Dr. Schmidt (Marburg)
Prof. Dr. Wetzel (Gießen)

Wir, die sechs Erstunterzeichner, haben uns aus Sorge um den Erhalt der Kinderstomatologie als Lehr- und Prüfungsfach an den zahnmedizinischen Ausbildungsstätten der DDR und aus Sorge um die dringend erforderliche Integration der Kinderzahnheilkunde als Ausbildungs- und Prüfungsfach an allen bundesdeutschen Kliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu diesem Appell an die verantwortlichen und interessierten Institutionen u. Personengruppen entschlossen.

Mit Entschiedenheit wenden wir Dozenten/innen und Professoren/innen uns auch gegen die Auffassung des Präsidenten des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e. V., wonach die fachzahnärztliche Ausbildung für Kinderstomatologie für die DDR ersatzlos abgeschafft werden könne, da die bundesdeutsche Ausbildung die Gebiete der Prävention und Kinderzahnheilkunde abdecke.

Tatsächlich ist es aber so, daß lediglich an zwei von 24 Ausbildungsstätten in der BRD Abteilungen für Kinderzahnheilkunde existieren. Die Prävention ist sogar nur an einer Universität als Lehrstuhl vertreten. Dagegen sind diese Fächer in den benachbarten europäischen Ländern wie der Schweiz, den Niederlande und den skandinavischen Ländern seit Jahrzehnten selbstverständliche Einrichtungen an den Universitäten und auch als Prüfungsfächer etabliert.

Vorschläge für eine zukünftige gesamtdeutsche Konzeption der Kinderzahnheilkunde

(Halle, 16.5.1990)

1. Terminologie

Künftig soll gemeinsam von der Kinderzahnheilkunde gesprochen werden. Der Terminus „Kinderstomatologie“ würde sich dann erübrigen.

Abschluß des Studiums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde müßte gesamtdeutsch wieder das Staatsexamen sein.

2. Kinderzahnheilkunde als Ausbildungs- und Prüfungsfach

Die Kinderzahnheilkunde soll in einer gesamtdeutschen Konzeption als eigenständiges Ausbildungs- und Prüfungsfach ausgewiesen werden.

Dazu gehören an jeder Ausbildungsstätte unabhängige Strukturen wie selbständige Abteilungen und Lehrstühle.

3. Weiterbildung

Die obligatorische Weiterbildung zum Fachzahnarzt sollte in der DDR aufgegeben werden. An ihre Stelle könnte und müßte eine freiwillige Weiterbildung (3 Jahre) auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde treten. Am ehesten zu realisieren - und dem Anliegen der 2.000 Kinderstomatologen in der DDR zu entsprechen - wäre die Fachgebietsbezeichnung Kinderzahnheilkunde. Ähnlich wie die Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ würde sie die persönliche Qualifikation ausweisen, aber gleichzeitig zur Führung einer Allgemeinpraxis berechtigen.

4. Öffentliche Einrichtungen für kinderzahnärztliche Betreuung

Neben der Möglichkeit, als niedergelassener Zahnarzt mit der Gebietsbezeichnung Kinderzahnheilkunde tätig zu sein, müßte erreicht werden, daß insbesondere in den bestehenden Einrichtungen für Kinderzahnheilkunde der DDR ausreichend Planstellen für Kolleginnen und Kollegen eingerichtet bzw. erhalten bleiben. Das Modell der wenigen bundesdeutschen hauptamtlichen Jugendzahnärzte, die ausschließlich diagnostisch tätig sein dürfen, wird als für die Zukunft unzureichend abgelehnt.

5. Hilfspersonal

In der DDR gibt es bisher die „Stomatologische Schwester“ und die „Fachschwester für Zahn- und Mundhygiene“. Während erstere bereits an einer Medizinischen Fachschule ausgebildet wird, handelt es sich bei letzterer um eine einjährige Weiterbildung nach 3-jähriger Berufserfahrung als „Stomatologische Schwester“.

Künftig soll der Terminus „Schwester“ zugunsten von „Zahnarthelferin“ ersetzt werden. Allerdings müßte eine qualifizierte Weiterbildung für Zahnarthelferinnen geschaffen werden, die sich sowohl an den Ausbildungskriterien der Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) in der BRD als auch denen der „Fachschwester für Zahn- und Mundhygiene“ der DDR orientieren könnte.

6. Resümee

Eine konstruktive Weiterentwicklung der o.a. Vorschläge im gesamtdeutschen Rahmen ist von hoher Wichtigkeit.

Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Entwicklung in den anderen europäischen Ländern, wo die Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe zumeist längst als Ausbildungs- und Prüfungsfächer etabliert sind.

DAZ-Studiengruppe Chemnitz Probleme-Pläne-Perspektiven

Spätestens seit dem 31. Bayerischen Zahnärztetag in München dürfte der DAZ auch unter DDR-Zahnärzten keine unbekanntete Abkürzung mehr sein. An einem „Tag in der Praxis“ der Kollegen Hey, Nielsen und Wohlgemuth empfahl sich der DAZ den anwesenden DDR-Kollegen als kompetenter und kollegialer Partner für den bevorstehenden Sprung in die zahnärztliche Niederlassung.

Praktizierte Partnerschaft von Kollegen für Kollegen hieß das Erfolgsrezept dieses Tages - doch leider nur für 40 DDR-Kollegen. Über 200 Bewerber mußten aus Kapazitätsgründen leer ausgehen. Grund genug für die heutige DAZ-Studiengruppe Chemnitz, einen weiteren „Tag der Praxis“ in Chemnitz folgen zu lassen. Ziel dieser Folgeveranstaltung soll es sein, den hiesigen Zahnärzten mit der DAZ-Studiengruppe Chemnitz ein Forum des Erfahrungsaustausches beim Aufbau ihrer freien Niederlassung anzubieten, welches weit über den Rahmen der bisher allerorten angebotenen Niederlassungsseminare hinaus geht.

Während noch vor Monaten das Informationsdefizit der DDR-Zahnärzte in Fragen freier Berufsausübung als zentrales Problem im Raum stand, ist es heute bereits die praktische Umsetzung dieser Informationen, die den DDR-

Kollegen zu schaffen macht. Es mangelt weder an Risikobereitschaft noch an Unternehmergeist, den Sprung in die eigene Niederlassung zu vollziehen, wohl aber an den elementarsten Voraussetzungen für eine zahnärztliche Praxisgründung. Der akute Mangel an Gewerberaum erschwert die Entflechtung der oftmals personell überbelegten Polikliniken. Die noch fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie das noch geltende, aber völlig unangemessene Niederlassungsrecht hinterlassen ein juristisches Vakuum und die noch nicht funktionsfähige zahnärztliche Selbstverwaltung überläßt mehr oder weniger jeden Einzelnen seinem Schicksal. Verunsicherung und Existenzangst sind die Folge.

Es erscheint daher derzeit dringender denn je, im Rahmen von Berufsverbänden zu einer gemeinsamen Organisationsstruktur zu finden, die es ermöglicht, in territorialer Autonomie einen fruchtbaren Erfahrungsaustausch zu praktizieren. Ein Anliegen, dem sich die DAZ-Studiengruppe Chemnitz in besonderer Weise verpflichtet fühlt. Sowohl die Gliederung des DAZ in regionale Studiengruppen als auch sein berufspolitisches Grundsatzprogramm bieten ideale Voraussetzungen, schnell und wirkungsvoll arbeitsfähig zu werden und somit die augenblickliche Kri-

sensituation der hiesigen Zahnärzte baldmöglichst zu überwinden. Studiengruppenpartnerschaften zwischen Ost und West sowie das Angebot bundesdeutscher DAZ-Mitglieder zu Praxisbesuchen könnten hierzu einen weiteren entscheidenden Beitrag leisten.

Dies alles darf jedoch keine West-Ost-Einbahnstraße bleiben, sondern bedarf der tiefgreifenden Einsicht jedes DDR-Zahnarztes, daß jegliches Warten auf administrative Anweisungen verlorene Zeit ist, heroisches Einzelkämpfertum vielfach erfolglos bleiben wird und

berufspolitisches Engagement die Grundlage jeglicher freien Berufsausübung ist. In diesem Sinne ist es die Hoffnung der Initiatoren der Studiengruppe Chemnitz, daß ihrem Beispiel weitere folgen mögen, um somit zu einem die nunmehr gesamtdeutsche Zahnheilkunde auf fruchtbringende Weise bereichernden Studiengruppennetz zu finden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Frank Petrich
Nuschkestr. 19
9290 Rochlitz (DDR)

NAV: Modellversuch in Hessen positiv für Patienten und ihre Ärzte

eur Köln, 26. Juli 1990 - Als ebenso notwendigen wie konsequenten Schritt in die richtige Richtung hat der Bundesvorsitzende des NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Dr. Erwin Hirschmann, die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen begrüßt, seit Monatsbeginn Hausbesuche und Beratungen, die niedergelassene Ärzte wochenends und an Feiertagen in Not- und Eilfällen für ihre eigenen Patienten leisten, angemessen mit dem Doppelten des bisher gültigen Vergütungssatzes zu honorieren.

Dr. Hirschmann sieht in dieser Maßnahme nicht nur den Grundsatz des „Soviel ambulant wie möglich“ gestärkt,

sondern auch das Postulat ärztlicher Präsenzpflicht über Sprechstundenzeiten hinaus erneuert, wie dies der NAV gerade erst wieder in der Juni-Ausgabe seiner Verbandszeitung unterstrichen hat. Der NAV ist zudem überzeugt, daß der hessische Modellversuch geeignet ist, langzeitwirksam die Leistungsfähigkeit und Leistungspalette der niedergelassenen Ärzte im Bewußtsein der Patienten spürbar zu erhöhen. Auch die monetäre Komponente hat nach Auffassung des NAV Bedeutung, weil die gestiegene Zahl von Krankenhauseinweisungen kostengünstig nach unten korrigiert werden kann.

Aus Sicht des NAV kann die Hessen-Initiative für die beteiligten Kassen, die Ärzte und insbesondere die Patienten nur Vorteile bringen.

Kleines Abkürzungsverzeichnis für DDR-Kollegen

AEV	Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BDZ	Bundesverband der Deutschen Zahnärzte
BEK	Barmer Ersatzkasse
BEMA	Bewertungsmaßstab (Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung)
BKK	Betriebskrankenkassen
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
DAJ	Deutscher Ausschuß für Jugendzahnpflege
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DGP	Deutsche Gesellschaft für Parodontologie
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (=BEMA)
GEK	Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IKK	Innungskrankenkassen
KKH	Kaufmännische Krankenkasse Halle
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LZK	Landeszahnärztekammer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NAV	Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands
RVO	Reichsversicherungsordnung (hierin sind alle Orts-, Innungs-, Betriebs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen zusammengefaßt)
SGB	Sozialgesetzbuch
TEKO	Technische Kommission
TKK	Techniker-Krankenkasse
VDAK	Verband der Angestelltenkrankenkassen (z.B. DAK, BEK, TKK, KKH)
ZHG	Zahnheilkundengesetz

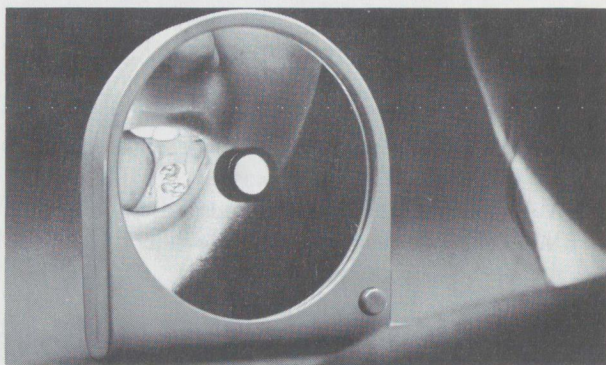
Unerlässlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel



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

Für Praxis und Patient!

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



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



PROFIMED GmbH

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

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Eine neue Praxisphilosophie?

M. Fritz

Fasziniert durch die Themenstellung eines bundesweit angekündigten Vortrages zu Entwicklungsperspektiven der Zahnheilkunde von Dr. Schulz-Bongert, habe ich am 2. August in Düsseldorf an dieser Veranstaltung teilgenommen. Mich interessierte besonders Punkt 2. der Themenfolge: „Rückbesinnung auf die ethischen Grundlagen“. Um es vorwegzunehmen: Abgesehen vom eindringlichen Apell des nordrheinischen Kammerpräsidenten mit äußerster Umsicht und Sorgfalt zu therapieren, war von einer Erörterung der ethischen Grundlagen des zahnärztlichen Handelns keine Rede. Dieser Umstand, gepaart mit einer unreflektierten „Ausstiegseuphorie“, die im Verlauf der Veranstaltung im Plenum entstand, hat mich veranlaßt, im folgenden einige Kernpunkte des Referats scharf anzugreifen. Ich empfinde große Hochachtung gegenüber Dr. Schulz-Bongert, insbesondere weil er schon vielfältig nachgewiesen hat, viel Gutes für seine Patienten zu tun. Hinzu kommt sein Mut und die Offenheit, mit der er als Kammerpräsident Defizite der zahnärztlichen Versorgung (insbesondere in qualitativer Hinsicht) benennt. Meine Kritik gilt deshalb nicht der Person, sondern den Widersprüchen und Defiziten eines Szenario, das als Modell für die zukünftige Zahnmedizi-

nische Versorgung entworfen wurde. Das Referat wurde im Rheinischen Zahnärzteblatt veröffentlicht und kann von interessierten Lesern bei der Zahnärztekammer Nordrhein abgerufen werden.¹

Besondere Rechte und besondere Pflichten des Zahnarztes

Dr. Schulz-Bongert bezieht sich hier auf eine Publikation der Autoren Lutz und Mühleemann², ohne sie explizit zu zitieren. Im Gegensatz zu den genannten Autoren verzichtet er darauf, die Pflichten im einzelnen zu benennen, nämlich den Primat der Prävention, die soziale Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwesen, die Verpflichtung zur Fortbildung nach dem neuesten Stand der Heilkunde und die Verpflichtung zur Information des Patienten³. Durch die umfangreiche Schilderung der besonderen Rechte (Freiberuflichkeit, Behandlungsmonopol, Monopol der Selbstverwaltung) und ihrer augenblicklichen Gefährdung, entsteht gewollt oder ungewollt der Eindruck, daß das von Lutz/Mühleemann postulierte Prinzip des „Do ut des“ genau in sein Gegenteil verkehrt wird!!

„... Die Beziehung zwischen Gesellschaft und Zahnärzteschaft beruht auf einem gegenseitigen „Do ut des“, das

beiden Vertragspartnern Vorteile bietet. Fundamental ist dabei, sich bewußt zu sein, daß die Gesellschaft mit „Geben“ stets im Vorsprung ist. Der etablierte Zahnarzt ist der bestbezahlte, durch ein Monopol begünstigte akademische Verdiener, bei gleichzeitig höchster Staatsinvestition. Daraus leitet sich die absolute, durch nichts relativierbare Verpflichtung ab, um eine präventiv orientierte Schulzahnpflege besorgt zu sein, sowie die ..., in irgendeiner Form benachteiligten Gruppen und Personen zahnärztlich zu betreuen“⁴. Von Schulz-Bongert hingegen wird das als selbstverständlich propagierte Streben nach betriebswirtschaftlicher Stimmigkeit unserer Praxen zum Prinzip über ärztlich-ethische Grundlagen der Zahnheilkunde erhoben! Er begründet dies mit einer fadenscheinigen Abgrenzung gegenüber der Medizin:

„... da der weitaus größte Teil des zahnmedizinischen Leistungsspektrums nicht von vitalem Interesse ist, und somit der freien Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient, - oder besser - dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen werden könnte“²¹!

Der Zahnarzt degeneriert zum „Edelbarbier“, eine unerträgliche Vorstellung, die sicherlich auch dem Selbstverständnis von Dr. Schulz-Bongert in seinem täglichen Handeln nicht gerecht wird. Ich frage mich,

Warum??

Sind derlei demagogische Verdrehungen erforderlich, um Zahnärzte zum Nachdenken zu bringen?

Soweit zur Ethik der Berufsausübung.

Die neue Praxisphilosophie: „eine freiheitliche, marktwirtschaftliche Zahnmedizin“

Kollege Schulz-Bongert appellierte eindringlich an jeden einzelnen Zahnarzt, sich dem IUZ (Initiativkreis umfassende Zahnerhaltung) anzuschließen, um zunächst das Fachwissen und die eigenen Behandlungstechniken zu optimieren, sowie die Psychologie der Praxisführung und Patientenbetreuung zu erlernen. Mit diesem Rüstzeug, viel persönlicher Energie und Engagement könnte es den Zahnärzten gelingen, unter Ausnutzung aller vorhandener Spielräume der Gebührenordnung und Vertragswerke (§ 2 GOZ individuelle Vergütungsvereinbarung; Bundesmantelvertrag Muster 1-3) zu einer qualitativ hochstehenden Zahnheilkunde bei leistungsgerechter Vergütung hinzufinden.

Ein Modell für die 90er?

In der Diskussion äußerte Schulz-Bongert, daß er diese Möglichkeit für 10-25% der Kollegenschaft für realistisch halte. Hier offenbart sich, daß die „neue Praxisphilosophie“ weder ein gesundheitspolitisch noch standespolitisch tragfähiges Modell ist, da es sich in der propagierten Form nur um eine Bündelung von Einzelinteressen einer Minderheit der Zahnärzteschaft handeln kann. Welcher Gesundheitspolitiker sollte diese Perspektive ernstnehmen und respektieren - mit der Option, daß 80% der Bevölkerung noch schlechter versorgt würden?

Wäre es denn im Sinne des Kammerpräsidenten, wenn sich die Krankenkassen diese Argumentation zueigen machen und auf dem Hintergrund des wankenden Sicherstellungsauftrages nur noch einer „zahnärztlichen Elite“ Verträge mit leistungsgerechter Vergütung antrügen, um, wie Schulz-Bongert sagt, nicht das wirtschaftliche Wohlergehen der Zahnärzte zu sichern, sondern das Niveau der Zahnheilkunde auf breiter Basis anzuheben?

Ausblick

Die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse einer Zahnarztpraxis bestehen unabhängig von der Art der Finanzierung der zahnmedizinischen Versorgung. Kompensationsmechanismen wie Mengenausweitung bei minderer Sorgfalt im Sachleistungssystem grenzen ebenso an fahrlässige Körperverletzung, wie die Gewinnsucht des „Dr. Poorwork“ (Dr. Pfusch)⁵ im amerikanischen System; ganz zu schweigen von den Versorgungslücken, die dieses System aufweist. Diese Problematik wurde in den USA erkannt und führte zur Veröffentlichung der „Principles of Ethics and Professional Conduct“^{6,7} durch die American Dental Assoziation sowie umfangreicher Qualitätssicherungsprogramme.

Aber wie ist nun der, von den Professoren Lutz und Mühlemann³ sowie Schulz-Bongert zu Recht beklagten „Flickschusterei“ zu minderen Tarifen beizukommen?

Es ist kein Geheimnis, daß sowohl der Ministerialbürokratie, als auch den Krankenkassen die Fachkompetenz, die Phantasie und vor allem die unmittelbare Betroffenheit fehlen, um tragfähige Modelle für eine zahnmedizinisch hochstehende Versorgung der gesamten Bevölkerung zu entwickeln. Dies obliegt also, schon aus ethischen Gründen (s.o.), der Zahnärzteschaft. Eine ehrliche Auseinandersetzung über gesundheitspolitische Ziele und eine leistungsgerechte Vergütung ist aber nur denkbar, wenn die Zahnärzte den Nachweis führen, oder zumindest glaubhaft machen, wo die Versorgung im Augenblick steht, und wie tatsächlich das Niveau auf breiter Basis angehoben werden kann.

In diesem Zusammenhang ist die Gründung des IUZ eine wichtige und begrüßenswerte Initiative, denn Kollegen, die sich anschließen, werden sich selbst auch Rechenschaft ablegen müssen.

Es steht noch aus, diese Initiative in ein gesundheitspolitisches Modell zur Mehrung der Zahngesundheit der Bevölkerung einzubinden. „Der Zahnarzt hat der Bevölkerung zu dienen, indem er eine qualitativ höchststehende zahnärztliche Betreuung garantiert und zu diesem Zweck seine Ausbildung im Bezug auf Wissen und Können auf dem neuesten Stand hält und schließlich dafür bürgt, daß der vom Patienten präsentierte klinische Befund allein die zu treffenden zahnärztlichen Maßnahmen bestimmt“.⁴

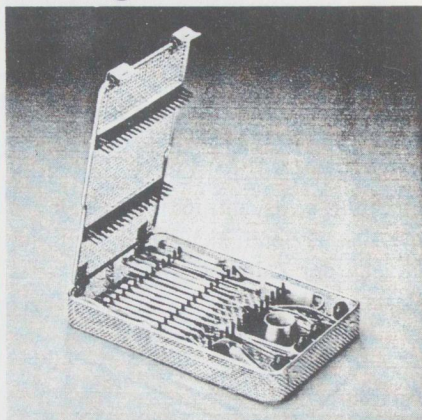
Literatur

- 1 Dr. J. Schulz-Bongert
„Wege zu einer besseren Zahnheilkunde“,
Rheinisches Zahnärzteblatt 8/1990,
S.3-16
- 2 ebenda, S. 5
- 3 F. Lutz, H.R. Mühlenmann
„Standespolitik statt Ethik - oder
mögliche Wege zum Kassenzahnarzt“
Swiss Dent 6/1985, S. 7-24
- 4 ebenda, S. 16
- 5 Paul Revere
„Dentistry and Its Victims“
St. Martins Press, New York 1970 -
auszugsweise ins Deutsche übersetzt
von Th. Piltz in H.-W. Hey „Die kranke
Apollonia“, Selbstverlag München
- 6 American Dental Association
„Principles of Ethics and Code of Professional
Conduct“
J Am Dent Assoc 109 81-83 1984
- 7 Nash D.A.
„Ethics in Dentistry: Review and
Critique of Principles of Ethics and
Code of Professional Conduct“
J Am Dent Assoc 109, 597-603, 1984

Anschrift des Verfassers:

*Dr. Michael Fritz
Lindenstr. 13-15
2842 Lohne*

Aesculap-Parodontal-Chirurgie-Set



Modell Münster bestehend aus:

- | | |
|--------|--|
| BT 405 | Wangenhaken nach Middeldorpf |
| BB 73 | Skalpellgriff |
| OM 309 | Raspatorium nach Koenig |
| BD 217 | Anatomische Pinzette |
| BD 669 | Chirurgische PARO-Pinzette 145 mm lang,
1,1 mm breit |
| DO 642 | Gingiva-Raspatorium |
| DA 14 | Mundspiegel |
| DA 74 | Mundspiegelgriff |
| DB 768 | Parodontometer, PCP 11, Meßskala farbcodiert,
3 mm - 6 mm - 8 mm - 11 mm |
| DA 470 | Zahnsonde, doppelendig, EXD 5 |
| DA 482 | Furkationssonde, P2N, nach Nabers |
| DB 530 | Zahnreiniger, T 2/3, nach Taylor |
| DB 534 | Kürette, GF4, nach Goldman-Fox |
| DB 529 | Zahnreiniger, CI 2/3, sichelförmig |
| DB 543 | Kürette, 4R/4L, Columbia |
| DB 550 | Zahnreiniger, SH 6/7, sichelförmig |
| BT 343 | Wundhaken (Mundwinkelhalter) |
| FO 409 | Hohlmeißelzange, nach Luer-Friedmann |
| DB 95 | Arkansas-Schleifstein 75 x 25 x 7 mm |
| BC 117 | Nahtschere |
| BC 154 | Gingivaschere, nach La Grange |
| DO 251 | Gingivaschere, nach Goldman-Fox |
| BM 128 | Nadelhalter mit Schere, nach Olsen-Hegar |
| BF 407 | Tuchklemme, nach Jones |
| JG 513 | Schälchen, Ø 30 mm, Metall |
| JF 345 | Wasch-Tray mit 3 Kunststoff-Lagerungsstegen
und 4 Kunststoff-Haltestiften für Ringgriff-
Instrumente am Tray-Boden sowie 2 Noppen-
stege am Tray-Deckel |
| TE 596 | Packschablone |

**ab
sofort**

zu
beziehen
durch

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

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

Leserbriefe

Der DAZ und die Qualität im Spiegel

Sollte man sich darüber ärgern oder sollte man ihn einfach ignorieren - jenen schon beinahe vergessenen Artikel im Spiegel: „Mist raus, Mist rein?“

Nachdem der Autor des Berichts seine Informationen vorwiegend von führenden DAZ-Leuten bezog, lag es für mich nahe, einmal kritisch in den Spiegel zu schauen, zumal aus DAZ-Reihen keinerlei Kommentar zu vernehmen war.

Im Streben nach Qualität fand sich einst in Regensburg ein kleines Häuflein fortbildungsbeflissener Kollegen zusammen und vereinigte sich bald mit einem ebensolchen Häuflein aus München. Und in der Überzeugung, daß es bald landauf, landab noch viele Gleichgesinnte geben müsse, gründete man hinter altehrwürdigen Klostermauern den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (europäisch dachten wir damals noch nicht).

Politisch sahen wir uns als Gegenpol zum Freien Verband und seinem Filz von Standespolitikern, die entrückt vom zahnärztlichen Alltag auf ihren Sesseln klebten und Nachwuchs oder Andersdenkenden keine Chance ließen, das wollten wir alles viel besser machen.

Nun - Spieglein an der Wand - wo stehen wir heute?

Qualität bedeutete damals bestmögliche Zahnheilkunde zu betreiben und durch intensive Fortbildung immer auf dem neuesten Stand zu sein. Im Spiegel liest sich das so: Da präsentiert sich Superzahnarzt XY, DAZ-Mitglied und Produzent computerberechneter, lupenbrillenkontrollierter Dentalkunst einerseits und auf der anderen Seite steht der traurige Rest von dreißigtausend Mist raus, Mist rein Pfuschern.

Daraus wird gefolgert: die Qualität der deutschen Zahnheilkunde muß dringend verbessert werden - genau das, was der DAZ seit langem bei der übrigen Kolliegenschaft anmahnt.

Die für die meisten Kollegen überheblich wirkende Strategie des DAZ zur Verbesserung der Qualität hat bisher nur bewirkt, daß die Politiker in ihren Einsparbemühungen eine Handhabe gegen die Zahnärzte besitzen und das Image unseres Berufsstandes bei der Bevölkerung sehr gelitten hat.

Ein DAZ mit oberlehrerhaft erhobnem Zeigefinger, dessen Vordenker sich in der vorliegenden Weise in der Presse produzieren, entspricht nicht den Vorstellungen seiner zahlenden, ungefragten Mitglieder an der Studiengruppenbasis.

*Dr. Wolfgang Maier
Sudentenstr. 12
8402 Neutraubling*

Zum Leserbrief von Dr. W. Maier:

Lieber Kollege Maier,
ich fühle mich als „xy“ angesprochen und darf Ihnen erwidern, daß ich alles andere vorhatte als meinen oberlehrerhaften Zeigefinger zu erheben!

Mein Anliegen war, die Forderung großer Kreise der Zahnärzteschaft zu recht zu rücken, die da lautet:

Gebt uns höhere Honorare, dann können wir auch qualitativ hochwertig arbeiten. Es ist schlicht und einfach gute Handwerkssitte, zuerst eine solide Leistung zu bringen, um dann einen angemessenen Preis dafür zu erhalten. Im Spiegel-Report mußte ich also erst einmal in Praxis und Labor zeigen, was heute möglich und machbar ist und von Parodontologen gefordert wird (siehe Beitrag Ch. Nielsen), um dann anhand von HKP's und Vereinbarungen über AV-Leistungen, aber auch über die zeitraubenden endodontischen und parodontologischen Vorbehandlungen nachzu-

weisen, daß die Qualität, nach der jetzt alles schreit, zu Kassensätzen nicht zu erbringen ist.

Meine intensivste Zeit der Fortbildung war von 1977-1980 hauptsächlich im süddeutschen Raum von Regensburg bis Kempten; ich kenne viele Gründungsmitglieder des DAZ aus dieser Zeit persönlich. Daher dürfen Sie, lieber Kollege Maier, ganz beruhigt sein. Wer im DAZ aktiv mitmacht und neben der standespolitischen Arbeit die vielfältigen Fortbildungsangebote wahrnimmt, gehört nicht zum „traurigen Rest“ der Pfuscher. Ich hoffe, und viele Zuschriften an mich belegen dies auch, daß mehr Kollegen an die Öffentlichkeit gehen, die seit Jahren um gute, saubere Zahnheilkunde bemüht, bisher nur auf Fortbildungsabenden im Kreis gleichgesinnter ihren Unmut geäußert haben.

In diesem Sinne mit kollegialen Grüßen

Ihr F. Ahrens

Lieber Kollege Maier,
das glauben Sie ja wohl selbst nicht, daß das Image unseres Berufsstandes wegen der Forderung des DAZ nach mehr Qualität gelitten hat - das heißt Ursache und Wirkung miteinander verwechseln! Es ist im Gegenteil so gewesen und leider noch immer zu oft so, daß einzelne Kollegen nicht nur schlechte Arbeit abliefern (so was fällt ja am wenigsten auf), sondern durch ihr Auftreten in der Öffentlichkeit, ihr Geltungs- und Herzeigebedürfnis das Bild der Zahnärzte prägen.

Wer majorisiert denn die Körperschaften zu 100%, wer führt die Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden und Regierung, und das seit Jahrzehnten? Und von wem kommen solche Verbalismen wie der Judenvergleich, das schneller-schlechter-schmerzhafter und die „Rechtsbeugung alter nationalsozialistischer Prägung?“ Das sind Sprüche der ersten Repräsentanten des Freien Verbandes, dessen Holzhammerpolitik von der überwiegenden Mehrheit der Kollegen getragen wird. Diese Politik hat uns Zahnärzte alle Sympathien

und alles Ansehen gekostet, so daß wir so weit sind, daß man lieber den Mund hält, wenn man nach seinem Beruf gefragt wird.

Dieses Image zu verbessern und zu retten, was noch zu retten ist, das ist seit der Gründung das Anliegen des DAZ gewesen - und daß dieses Anliegen an den richtigen Stellen so verstanden wurde, daß der DAZ ohne Überheblichkeit von sich sagen kann, er vertritt die Zahnärzte, die sich selbst noch im Spiegel anschauen können, dies wurde einmal mehr beim QS-Symposium in Bonn deutlich, wo uns u.a. von ärztlichen Kollegen (die sind ja auch nicht ganz unwichtig beim Kampf um Honorare und Ansehen) signalisiert wurde, der DAZ sei der letzte Silberstreif am zahnärztlichen Horizont.

Was mich an Ihrem Brief vor allem stört, ist, daß Sie von den „ungefragten Mitgliedern an der Studiengruppenbasis“ sprechen: Das ist doch das Hauptproblem zahnärztlicher Berufspolitik, daß sie von viel zu wenig aktiven Kollegen gemacht wird - dieses Problem hat

Herzlichen Dank für die Mitteilungen des DAZ, die mir in Abständen zugehen.

Aus Ihren Informationen (z.B. die Zeitschrift „forum“) schöpfen wir immer wieder etwas Mut für das Neue, was auf uns zukommt. Denn das Niedersächsische Zahnärzteblatt, das fast alle Kollegen des künftigen Sachsen - Anhalt bekommen, läßt uns an gar nichts mehr glauben: nicht an uns und nicht an

der Freie Verband ebenso wie wir. Was muß eigentlich noch alles passieren, damit sich mehr Zahnärzte zur Mitarbeit aufgerufen fühlen, zu Studiengruppensitzungen, Versammlungen, Ratssitzungen oder zur Jahreshauptversammlung kommen? Der Leidensdruck scheint so groß noch nicht zu sein oder wie erklären Sie sich sonst die Lethargie der Kollegen? Glauben Sie im Ernst, daß die DAZ-Repräsentanten sich seit 10 Jahren Praxisstunden, Abende, Wochenende und Urlaubstage um die Ohren hauen, dabei sogar die Reisen noch aus eigener Tasche zahlen, nur um ihre Profilneurose zu pflegen? Anstöße und Fragen an die Basis gibt es ständig - was kommt zurück?

Gerade von der Basis der Studiengruppe Regensburg wartet der DAZ seit seiner Gründung vergeblich auf konstruktive Kritik, Mitarbeit und Präsenz bei Rats- und Vorstandssitzungen! Immerhin jetzt Ihr Leserbrief. Ich hoffe sehr, es bleibt nicht dabei.

Mit freundlichem Gruß

Ihr Hannes Hey

die Kollegenschaft auf der (noch) anderen Seite. Gerade wir in der Jugendzahnpflege tätigen Kollegen sind schon sehr verunsichert.

Wir sind also weiterhin sehr an den von ihnen zugesandten Materialien interessiert, ebenso auch an einem direkten Informationsaustausch mit Kollegen aus der Bundesrepublik.

*Dr. Brigitte Erdmenger
Querallee 7, 4370 Köthen*

Der Leserbrief von Herrn Slaby in Heft 29 bedarf einiger Richtigstellungen:

Die politischen Aktivitäten in Sachen Amalgamabscheider wurden von einer Untersuchung durch die - Herrn Slaby sehr bekannte - Firma Byla aus dem Jahre 1982 ausgelöst. Das Ergebnis dieser Untersuchung war, daß bundesweit jährlich 27 t Hg aus 54 t Amalgam von Zahnarztpraxen in das Abwasser geleitet wurden.

Diese Zahl würde später durch 4 verschiedene unabhängige Gutachten stark relativiert. Der BDZ hatte dieses Gutachten nicht in Auftrag gegeben. Er hat dafür nämlich (leider) gar kein Geld.

Eine andere Untersuchung ist allerdings im Jahre 1987 vom IDZ initiiert worden. Sie ergab, daß sich aus Amalgamspänen unter Abwasserbedingungen in 10 Tagen 0,0040% des Quecksilbers ionogen löst. Bei angenommenen 20t Amalgamschlamm im Abwasser pro Jahr (eine realistische Größe) wären das 14,6 kg. Vermuten läßt sich daraus, daß es etwa 500 Jahre dauert, bis sich die Amalgamspäne zur Hälfte aufgelöst haben (Halbwertszeit). Weiterhin ergab diese Untersuchung, daß sich im Klärschlamm einer Gemeinde mit 3 Zahnärzten ohne industrielle Einleiter 4,39 bis 8,20 mg Hg/kg befindet. (Höchstgrenze für landwirtschaftliche Nutzung des Klärschlammes 25 mg/kg). Diese Untersuchung ist bis heute unbestritten.

In der Umwelttechnologie wird im Zusammenhang mit Auflagen grundsätzlich der „Stand der Technik“ be-

stimmt. Egal ob es sich um Rauchgasentschwefelungsanlagen oder Ölabscheider für Tankstellen handelt. Die Bestimmung erfolgte in unserem Fall im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie.

Die hier als machbar gefundene Abscheiderate von 95% einer an der Universität Tübingen mit wissenschaftlicher Akribie bestimmten Spangrößenverteilung war später durch kein Argument mehr zu relativieren.

Gegen die Methodik der Untersuchungen in Hessen, gegen die unrealistischen Ergebnisse und die Konsequenzen für die Zahnärzteschaft haben ab 1982 zunächst die Hessische Landeszahnärztekammer und ab 1986 der BDZ insgesamt über 8 Jahre auf wissenschaftlicher und politischer Ebene in vielen Eingaben und Gesprächen bis auf Staassekretärebene gekämpft. Die 4 Entwürfe der Verwaltungsvorschrift bis zu ihrer Realisierung zeugen davon. Es ist nicht ernst zu nehmen oder grenzt an böswillige Unterstellung, wenn jemand, der nur in der ersten Zeit mitgemischt hat, behauptet: „...es ist schlichtweg falsch, daß bei den Verhandlungen um den Einbau von Amalgamabscheidern der gesamte Verhandlungsspielraum ausgenutzt wurde“.

Übrigens liegt jetzt beim CEN, dem Europäischen Institut für Normung, ein Antrag Dänemarks vor, der mit einem anderen Prüfungsansatz eine Amalgamabscheidung von 99,5% fordert!

Dr. Kurt Walther

Lookkoppel 9

2000 Hamburg 65

Zahn-Boogie war der Hit

A. Kant

war die Überschrift eines Presseaufsatzes zur Aktion Malwettbewerb und Ausstellung des Gesundheitsamtes Oldenburg, der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege, der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Oldenburger Krankenkassen

„Wir werben für gesunde Zähne“

im Schuljahr 1989/90.

Angesprochen mit dem Wettbewerb waren Schüler der vierten Klassen der Grundstufe. Die anschließende Ausstellung der Wettbewerbsarbeiten sollte alle Kinder der Grundstufe, ihre Eltern, Erzieher und Lehrer ansprechen.

1. Zielsetzung

Anliegen der Organisatoren war es, diesmal nicht den belehrenden Finger zu heben und nur auf die Wichtigkeit sorgfältiger Zahnpflege und gesunder Ernährung hinzuweisen. Vielmehr sollten die Schüler bedenken, daß Zahnpflege Spaß machen kann, gesunde Ernährung auch gut schmecken kann und, vor allem, warum es erstrebenswert ist, gute Zähne zu haben!

Das Ziel, die Besucher zur Verhaltens-

änderung in der Verhütung von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen zu motivieren, ist erreicht worden. Das beweisen die rege Teilnahme am Malwettbewerb (zwei Drittel der Stadtoldenburger Schulen, und nahezu 300 Einsendungen), und die 2.500 bis 3.000 Besucher an drei Ausstellungstagen. (Erwartete Besucherzahl: 1.500).

2. Vorbereitung

Der Malwettbewerb wurde erstmals im November 1989 an die Grundschulen im Oldenburger Stadtgebiet herangetragen mittels eines Fortbildungsseminars für Lehrer der Grundstufe.

Die Einladungen wurden über das Schulaufsichtsamt verteilt.

Thema: Zahngesundheitserziehung in der Grundschule

Referenten:

- Fr. Anne Beate Sönju Clasen, GA Salzgitter
- Fr. Hanna Boklage, DGE
- Vorstellung des Wettbewerbs durch Dr. Annemarie Kant

Im Januar 1990 wurden Ankündigungspakate (700 St.)

- in allen Schulen
- an den Litfaßsäulen
- in Zahnarztpraxen und Apotheken verteilt.

Gleichzeitig wurden allen Schulen Unterrichtsmaterialien zur Verfügung gestellt:

- Unterrichtsmappe des VfZ und Broschüre des DAJ „Zahngesundheitserziehung in der Grundschule“
- div. Plakate und Merkblätter herausgegeben vom VfZ
- drei Styropur Zahnmodelle pro Klasse (Profimed)
- großes Gebißmodell mit Zahnbürste (als Leihgabe)

3. Der Malwettbewerb

Laufzeit des Malwettbewerbs war vom 1.2.90 bis 31.3.90. Im April wurden die eingesandten Werke beurteilt und die Preisträger informiert.

Der 1. Preis in der Kategorie Gemeinschaftsarbeiten, eine dreitägige Klassenfahrt ins Schullandheim Bissel, wurde von einer Klasse gewonnen, die einen lustigen „Zahn-Boogie“ einschickte. Der 2. Preis, eine Klassenfahrt zum Safari-park Hodenhagen erhielt die Einsendung „Zahnpflege hält fit, auch die Tiere machen mit“. Der 3. Preis, eine Anzahl Kinderbücher, ging an die vierte Klasse des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte, die mit ihrer Faltblattkollage von lachenden Gesichtern für gesunde Zähne werben. Ein Extrapreis, ebenfalls eine Fahrt zum Safaripark Hodenhagen, ging an die Klasse vier einer Sonderschule für Lernbehinderte für ihre künstlerischen Abbildungen eines fröhlichen Zahnmannchens.

In der Kategorie individuelle Arbeiten ging der erste Preis an eine sehr mär-

chenhaft und detaillierte Zeichnung von zahngesundheitsbewußten Tieren. Der zweite Preis, einen Walkman, zeigt uns eine für gesunde Zähne werbende Maus, und der dritte Preis, eine Uhr, bekamen die „Zahnwächter“.

Extrapreise auch in dieser Kategorie: Eine elektrische Zahnbürste erhielten zwei Kinder der Sonderschulen, die jüngste Teilnehmerin, der fleißigste Teilnehmer, und die Einsenderinnen des lustigsten Bildes.

Natürlich gab es für jeden Teilnehmer, der die Ausstellung besuchte, einen Trostpreis (Zahnputzbecher, Zahnputz-uhr, Zahnbürste, Zahncreme, Aufkleber und Buttons).

4. Die Ausstellung der Werke

Zur Ausstellung wurden mit Anschreiben eingeladen:

- die Vertreter der Krankenkassen
- die Mitglieder des Gesundheitsausschusses
- die Jurymitglieder
- die Vertreter der ZKN, Kreisstelle Oldenburg
- die Jugendzahnärzte Niedersachsen
- die Preisträger

Ansonsten wurden Ankündigungen in der Nordwestzeitung und durch 4.500 Handzettel gemacht.

Alle eingesandten Arbeiten wurden vom 17. bis 19. Mai 1990 in der Aula der Cäcilien-schule, Oldenburg, der Öffentlichkeit gezeigt. Zur Eröffnungsfeier am Donnerstag, 17.05. begrüßte Herr Bürgermeister Hoppe die Gäste. Anschlie-

Bend sprach Herr Dr. Stock von der LAG und führte eine vierte Klasse ein Kaspertheaterstück auf, bevor Herr Rademacher als Vertreter aller gesetzlichen Krankenkassen in Oldenburg die Preise verteilte.

5. Rahmenprogramm zur Ausstellung

- ein Informationsstand des Gesundheitsamtes, mit der Möglichkeit, alte Zahnbürsten gegen neue einzutauschen
- ein Informationsstand der Zahnärztekammer Niedersachsen, mit dem Prophylaxestand „Kariestunnel“ (schlauchförmiger Raum, in dem mit Hilfe von Schwarzlicht und einer Fluoriscin-Lösung Zahnbeläge sichtbar gemacht werden können)
- der Putzbrunnen der LAG (großes Waschbecken, an dem mehrere Kinder gleichzeitig über richtiges Zähneputzen unterrichtet werden können)
- ein Informationsstand der Deutschen Gesellschaft für Ernährung mit einer Kleinausstellung der Verbraucherzentrale: „Richtig Essen, Werbung vergessen“
- ein Informationsstand der Landesvereinigung der Milchwirtschaft Niedersachsen, an dem Milch und Buttermilch ausgeschenkt wurden
- der „Karies-Detektiv“ (Untersuchungsbus der Jugendzahnärzte im Landkreis Osnabrück)
- Video-Filme zum Thema Zahnpflege für Kinder und Erwachsene
- eine Buttonmaschine, an der die Kinder selbstgezeichnete, sowie auch vor-

gefertigte Abbildungen zum Button verarbeiten konnten.

6. Besuch der Ausstellung

An den Vormittagen hatten sich Schulklassen der Grundstufe angemeldet (zum Teil auch ganze Schulen) und an den Nachmittagen kamen interessierte Eltern mit ihren Kindern.

Ablauf des Besuches:

1. In Gruppen durch den Kariestunnel, damit die Kinder erst einmal erfahren, was in dem Tunnel geschieht und eventuelle Ängste abgebaut werden können.
2. Zweiter Durchgang, nachdem die Zähne mit der fluoreszierenden Lösung eingefärbt wurden.
3. Eintauschen der alten Zahnbürste gegen Zahnpflegeset, bestehend aus:
 - Zahnputzbecher „Ploppi“
 - Zahnbürste
 - Zahncreme
 - Zahnputzuhr (2 Min.)
4. Zähneputzen am Zahnputzbrunnen
5. Nochmaliger Durchgang durch den Kariestunnel zur Kontrolle, ob alle Beläge tatsächlich entfernt wurden
6. Ausgabe einer Zahnputzurkunde (herausgegeben vom Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten, 6000 Frankfurt/Main) sowie auch Merkblätter der Aktion „Zahnfreundliche Süßigkeiten“ und Kostproben der zahnfreundlichen Bonbons und Kaugummis
7. Teilnahme an den anderen Aktivitäten (Infostand der DGE wurde auch klassenweise besucht)

7. Reaktion der Öffentlichkeit

Die Begeisterung der Schüler für die Teilnahme am Malwettbewerb war sehr groß. Leider konnten nicht alle Klassenlehrer das Thema Zahngesundheit und Ernährung in diesem Jahr im Unterricht aufgreifen. In einigen Schulen konnte aus organisatorischen oder anderen Gründen nicht am Wettbewerb teilgenommen werden.

Bei der Ausstellung standen viele Schüler dem Kariestunnel zu Anfang etwas skeptisch gegenüber, nachdem sie aber einmal durchgegangen waren, war die Begeisterung groß und wollten sie immer wieder wiederholen.

Die Schulklassen hatten die Möglichkeit, sich vorher zur Ausstellung anzumelden. Problematisch dabei war, daß alle zur selben Zeit kommen wollten, und der Kariestunnel und Zahnputzbrunnen daher in der Zeit von 8.00 bis 11.30 Uhr völlig überlaufen waren. Einige Klassenlehrer standen dem kritisch gegenüber.

Die Buttons und Aufkleber mit dem Emblem „Ploppi“, sowie auch die neuen Zahnputzbecher wurden sehr gerne mitgenommen. Die Buttons waren am zweiten Tag der Ausstellung schon vergriffen, und leider stand die Buttonmaschine am dritten Ausstellungstag nicht mehr zur Verfügung.

Die Zahnputzuhren wurden sofort beim Zähneputzen am Zahnputzbrunnen von den Kindern eingesetzt und waren sehr beliebt als Trostpreise des Wettbewerbs,

auch bei den Eltern der Kinder, die immer wieder darauf aufmerksam machten, wie schwer es ist, die Kinder zuhause zum Zähneputzen zu motivieren. Die Zahnputzuhren (2.000 Stück) waren am dritten Ausstellungstag in der zweiten Hälfte des Vormittags vergriffen.

8. Verbesserungsvorschläge

Der Einsendeschluß für den Malwettbewerb war am 31.03.1990, mitten in den Osterferien. Die Ferientermine sind zu beachten.

Die Schulen sollten die Wettbewerbsarbeiten im Gesundheitsamt abgeben. Manche Klassenlehrer haben das vergessen, und hätten auf diese Weise ihre Klasse von der Teilnahme ausgeschlossen, wenn nicht nochmal alle Schulen nach Einsendeschluß angesprochen wurden. Einfacher wäre Abholung der Arbeiten durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes.

Wichtig im Schriftverkehr mit den Schulen sind die weitere mündliche Ausführung zum Thema und ständige telefonische Anregung und Nachfrage von Seiten des Gesundheitsamtes. Die Einladungen sollen auffällig und bunt aussehen.

Die Buttons und Aufkleber „Ploppi“ waren so beliebt, daß viele Kinder mehrere Exemplare mitgenommen haben. Effektiver wäre eine gezielte Ausgabe.

Durch die hohe Besucherzahl war es nicht möglich, jedes Kind individuell zu

beraten. Problematisch ist die Ausgabe der zuckerfreien Süßigkeiten, wenn keine Beratungsgespräche stattfinden.

Der Zustrom an Besuchern sollte über mehrere Schultage verteilt werden.

Für viele Grundschulen ist der Samstag grundsätzlich schulfrei. Dies ist zu beachten bei der Festsetzung der Termine.

Am ersten Ausstellungstag standen die Videogeräte im Prophylaxestand der ZKN. Durch die hohe Besucherzahl konnte man diese Videofilme nicht effektiv einsetzen. Am zweiten und dritten Tag wurde eine Videofilm-Ecke eingerichtet, damit eine notwendige Ruhezone entstehen konnte.

Die Bildergeschichte im Kariestunnel ist auf Augenhöhe der Erwachsenen

aufgehängt. Für Kinder der Grundstufe sehr schwer zu sehen und zu lesen.

9. Finanzierung des Projektes

Die Kosten für die gesamte Aktion betragen etwa 25.000 DM, die gleichermaßen von der Stadt Oldenburg und den Oldenburger Krankenkassen getragen wurden. Die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege hat die Unterrichtsmaterialien für die Schulen und den Zahnputzbrunnen zur Verfügung gestellt. Die Zahnärztekammer ermäßigte die Nutzungsgebühr für den Kariestunnel.

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Annemarie Kant
Jugendzahnärztin
Rummelweg 18
2900 Oldenburg*

Erstes Universitäts-Institut für Naturheilkunde in Ulm

Das erste deutsche Universitätsinstitut für Naturheilkunde wird in Ulm errichtet. Wie der Sprecher der baden-württembergischen Landesregierung, Manfred Zach, in Stuttgart erklärte, soll bis 1992 am Ulmer Universitätsklinikum ein eigenständiges Institut für Naturheilkunde mit drei Professoren und weiteren wissenschaftlichen Mitarbeitern aufgebaut werden. Aufgabe des Instituts sei es, die Wirkung von Arzneien aus Naturstoffen zu erforschen und die Methoden der Naturheilkunde weiterzuentwickeln. Verbessert werden soll

nach den Vorstellungen der Landesregierung insbesondere die oft fehlende Kooperation zwischen Schulmedizin, Naturwissenschaften und Naturheilkunde. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge stünden rund vier Fünftel der Bevölkerung Naturheilverfahren sehr aufgeschlossen gegenüber. Im Gegensatz dazu sei die Wirksamkeit von natürlich vorkommenden Substanzen noch ungenügend erforscht. Die laufenden Kosten des Instituts bezifferte Zach auf rund eine Million Mark pro Jahr, die Ausstattung werde etwa drei Millionen Mark kosten.

ZM 15/90



Ihr leistungsstarker Partner

*Reiner
Habenschaden*
Zahntechnikermeister

- Zukunftsorientiert
- Modernste Technik
- Perfekter Service

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

KFO-Depot

*Kieferorthop. Fachdepot
Hertha Kothrade*

*Telefonnummer
0941/ 2 75 00*

*Wir verkaufen unter anderem
Produkte der Firmen:*

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

Buchbesprechungen

Aspekte zahnärztlicher Leistungsbewertung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht - Zusammenfassung empirischer Studien 1982 - 1986

M. Essmat, W. Micheelis, G. Renneberg

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ),

83 Seiten, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1990, Materialienreihe Band 7

Bereits das Vorwort des Herausgebers legt die Intension klar: Diese Studie soll als Gegengewicht zu einem Forschungsauftrag über die gleichgewichtige Leistungsbewertung in der Gebührenordnung für Zahnärzte gesehen werden, den das Bundesministerium der Arbeit und Sozialforschung im Jahre 1981 an das Institut for funktionsanalyse og hospitalprojektering k/s, Kopenhagen (sog. Dänen-Institut) vergeben hatte.

Die Studie stellt sich zur Aufgabe, die Bewertungsmaßstäbe für die zahnärztliche Leistungserbringung auf ihre Relation hin zu überprüfen. Dabei soll das Erkenntnisziel praxisorientiert sein, d.h. individuelle Arbeitsstile der für den Versuch ausgewählten Zahnärzte und auch mögliche Differenzen in der Arbeitsqualität sollen einfließen. Um einheitliche Meßbedingungen gewährlei-

sten zu können, wurden die Leistungspositionen in Therapieschrittlisten unterteilt: von der Begrüßung bis hin zur Politur der Füllung und der Verabschiedung des Patienten wurde die Einhaltung und zeitliche Messung der Etappen überwacht.

Auf den entscheidenden Unterschied zur „Dänenstudie“ wird hingewiesen: der arbeitswissenschaftliche Ansatz bewertet neben der Zeitmessung einer definierten Leistungsposition auch ihre qualitative Komponente, die individuelle Beanspruchung des Zahnarztes in physiologischer als auch psychologischer Hinsicht.

Die Meßmethodik der Beanspruchungsparameter erscheint sehr ausgefeilt, wenngleich die Pulsmessung bei physiologischen Belastungen doch nur

ein sehr grobes Muster zuläßt (ist es der Juckreiz im linken kleinen Zeh oder die gut gelungene Füllung auf 27, die mir das Herz springen läßt? - Beides wirkt sich als Belastungsfaktor aus).

Über ein kompliziertes Modell zur Verknüpfung der Meßdaten erstellen die Autoren für jede der untersuchenden Leistungspositionen aus konservierender, chirurgischer, prothetischer, parodontologischer und prophylaktischer Zahnheilkunde Leistungsbewertungsindizes, die sich direkt mit den BEMA-Punktwerten vergleichen lassen.

Leider bezieht sich die Auswertung auf den BEMA von 1981, der ja inzwischen nicht zuletzt auch unter dem Eindruck der „Dänen-Studie“ Umwälzungen von erheblichem Umfang erfahren hat. Aussagen zu aktuellen Bewertungsrelationen werden nicht erbracht. Auch

eine Diskussion mit den 1984er Dänen-Ergebnissen erfolgt nicht, wenngleich beide Untersuchungen im Trend eine damalige Überbewertung der Prothetik im Verhältnis zu den untersuchten Kons/Chir-Parametern erkennen lassen.

Es ist schade, daß diese späte „Pilot-Studie“ erst jetzt erscheint. Welchen Stellenwert sie als Grundlage zahnärzteeigener Reformüberlegungen noch vor 7-10 Jahren gehabt hätte, als die Zahnarzhonorare zum Gegenstand allgemeiner Diskussion und zur Manövriermasse nichtmedizinischer Bürokraten wurde, kann man nur mutmaßen.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Jost Wollstein
Cluppenburgerstr. 288
2900 Oldenburg*

Prophylaxe für HIV-Infizierte ist jetzt möglich

Es wird nach positiv verlaufenen Vergleichsstudien in letzter Zeit immer mehr dazu übergegangen, Patienten, die HIV-infiziert sind, vor Ausbruch der ersten (Infektion-)Krankheitszeichen mit prophylaktisch wirksamen Medikamenten zu behandeln. Das gilt für das Virostatikum Zidovudin (Retrovir) ebenso wie für das als Nasenspray inhalierbare Antibiotikum Pentamidin, dessen vierzehntägige bzw. vierwöchentliche Gabe die Rückfälle der für AIDS-Patienten

typischen Lungenentzündungen von vorher 61% auf 9% verminderte (Lancet, 1989/II, S. 1348ff.). - Wie der AIDS-Spezialist U. Marcus, Berlin, in einer der nächsten Ausgaben der Zeitschrift „Fortschritte der Medizin“ dazu schreibt, geht der Trend seither immer mehr in Richtung einer gezielten Prophylaxe bei HIV-Patienten.

T.U. Keil

ZM 24/89

Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis

Th. Schneller, D. Mittermeier, D. Schulte am Hülse, W. Mischeelis
IDZ - Materialienreihe Band 6

Der vorliegende Band ist das Ergebnis eines Forschungsprojektes, das gemeinsam von IDZ und der Abteilung für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Hochschule Hannover bearbeitet wurde. Basierend auf der Erkenntnis, daß das Ziel einer (Mund-) Gesundheitsberatung eine Verhaltensänderung des Patienten ist, wurde ein verhaltenstherapeutischer Ansatz gewählt, um das zahnärztliche Gesprächsverhalten zu untersuchen.

Die theoretischen Grundlagen des verhaltenstherapeutischen Ansatzes werden zunächst gut verständlich dargestellt, sowie die speziellen Beurteilungskriterien aus bestehenden Interaktionsmodellen abgeleitet und in einer empirischen Untersuchung erprobt.

Die Ergebnisse geben einen „beunruhigenden“ Einblick in die Vielschichtigkeit der Arzt-Patientenbeziehung. Bei der Lektüre erschauert der Praktiker, wenn er sich bewußt wird, was in der täglichen Routine alles verborgen bleibt bzw. verschüttet wird.

Für den engagierten Praktiker empfiehlt sich insbesondere die Lektüre der theoretischen Einführung, sowie die Analysen konkreter Zahnarzt-Patientengespräche, um eine Vielzahl von Anregungen für das eigene Gesprächsverhalten zu erhalten.

Gleichzeitig wird deutlich, daß eine gezielte verhaltenstherapeutische Gesprächsführung ohne ein intensives Training kaum möglich sein dürfte.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Forderung einer honorierten Individualprophylaxe halte ich den vorliegenden Band für eine Pflichtlektüre für alle mittelbar und unmittelbar Beteiligten, damit Klarheit besteht, was Individualprophylaxe bedeutet und wie ein respektabler Erfolg zu erarbeiten ist.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Michael Fritz
Lindenstr. 13-15
2842 Lohne

Qualitätssicherung bei der zahnmedizinischen Versorgung

Grundlagen-Konzepte-Arbeitspraxis

Herausgeber: Karlheinz Kimmel, Götz Siebert
Spitta Fachbuchreihe, Balingen 1989, DM 185.-, ISBN 3-921883-31-8

Das individuelle, von Fähigkeiten und Verantwortungsbewußtsein des Einzelnen geprägte Optimum der zahnmedizinisch-zahntechnischen Versorgung, der „Station auf dem Weg zum unerreichbaren Ideal“, kann nur durch ein ganzheitliches, alle Komponenten der zahnärztlichen Arbeitswelt erfassendes Qualitätssicherungssystem erreicht werden. Allen an dieser fachspezifischen Qualitätssicherung Interessierten haben die Herausgeber in ihrem Vorwort das vorliegende Buch gewidmet: „Wir hoffen, mit diesem Werk Vorurteile und Mißverständnisse ausräumen zu können, die die konstruktive Entwicklung auf vielfältige Weise belastet haben“.

In der Zahnärzteschaft besteht große Zurückhaltung gegenüber Qualitätssicherungsfragen, vor allem aus der Furcht vor übermäßigen Kontrollen und Reglementierungen bis hin zur Einschränkung der Therapiefreiheit. Dabei wird übersehen, daß in anderen Bereichen Qualitätssicherung nach definierten Kriterien längst schon professionelle Berufsausü-

bung kennzeichnet. Der selbst- und fremdverursachte Ansehensverlust des Berufsstandes beeinflußt, mehr oder weniger bewußt, die tägliche Arbeit. Da die Zeiten der Halbgötter vorbei sind, kann die Diskussion der Qualitätsproblematik, an der sich in der Vergangenheit Kritik entzündete, vertrauensfördernd sein.

An der vorliegenden Buchausgabe (1. Ergänzungslieferung Mai 1990) haben dreißig Autoren aus den unterschiedlichsten Bereichen mitgearbeitet.

Im Kapitel über Grundlagen der Qualitätslehre und -sicherung werden Begriffe der allgemeinen Qualitätslehre erläutert, zuständige Ausschüsse und Organisationen hierfür aufgeführt. DIN 55 350 zur Qualität: „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht“.

Nach A. Donabedian wird Qualität in Struktur (Rahmenbedingungen zahnmedizinischer Versorgung)-, in Prozeß (Art

der Interaktionen zahnärztlicher Tätigkeit)-, und in der Ergebnisqualität unterschieden. Diese drei Dimensionen können anhand von Kriterien bewertet werden. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt hierzu fest, „daß eine Verbesserung der Strukturqualität zu einer besseren Prozeß-Qualität und diese zu einem besseren Ergebnis führt“. Die Sicherung der Ergebnisqualität erhält dadurch vorrangig Bedeutung.

Ganzheitliche Qualitätssicherungssysteme müssen alle Bereiche der zahnärztlichen Berufsausübung umfassen. Angrenzende Wissenschaften (medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplinen, Arbeits-, Sozial- und Betriebswissenschaften) sind einzubeziehen.

In der Medizin bereits bestehende Systeme der Qualitätskontrolle, ihre Grundlagen und Verfahren werden beschrieben. Beauftragt vom Bundesforschungsministerium wurden im Studienhandbuch von der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“ Kriterien und deren Bewertungskategorien der Ergebnisqualität in der Parodontologie, konservierenden Zahnheilkunde und Prothetik erarbeitet.

Für den zahnärztlichen Praktiker werden Vorgehensweisen bei einer Behandlung nach qualitätssichernden Gesichtspunkten beschrieben.

Stellungnahmen verschiedener Organisationen in Kurzform:

BDZ und KZBV fordern voraus-

setzungsorientierte Qualitätssicherung, die primär an Struktur- und Prozeßgrößen ansetzt. Qualitätssicherung soll durch Selbstkontrolle erreicht werden.

Der FVDZ wendet sich gegen jede Qualitätssicherung und protestiert gegen die diesbezügliche Politik von BMAS und Krankenkassenverbänden.

Während der Freie Verband die Qualität der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik kaum für verbesserungswürdig erachtet, verlangt der DAZ schon seit Jahren Konzepte, die Qualität überhaupt sicherzustellen. Solche standesintern entwickelten Konzepte sollen Eingriffen von außen zuvorkommen. Von den Initiativen des DAZ werden u.a. vorgestellt: das Besuchssystem (kollegial-kritischer Dialog), die Basisfortbildung in den Studiengruppen, Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien.

Aus der Sicht des VdZM ist eine Qualitätsverbesserung erforderlich. Wegen bestehender Versorgungsdefizite in der Kinder- und Jugendbehandlung soll der Sicherstellungsauftrag in diesem Bereich auf den Gesetzgeber übergehen.

In einer Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen werden Thesen zur Qualitätssicherung vorgestellt. Abgehoben wird auf Definition von Qualität, Qualitätssicherungsmechanismen sollen das Versorgungsniveau kostenneutral anheben, Regelwerke sollen Veränderungen flexibel begegnen.

Kritik am bestehenden Versorgungsstand wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales als Grund für die Forderung nach ergebnisorientierter Qualitätssicherung genannt. Im Gesundheitsreformgesetz wird Qualitätssicherung gesetzlich festgeschrieben, ihre Ausgestaltung noch den Sozialpartnern überlassen. Im Ausland, vor allem in den USA, bestehende qualitätssichernde Maßnahmen werden beschrieben. Computergestützte Kontrollen der Therapieplanung und Behandlungsqualität, gemessen an Mindeststandards, werden gefordert. Als Maßstab für Behandlungsqualität werden Bewertungskriterien des Studienhandbuches angeführt.

Das vorliegende Buch gibt einen Einblick in das gesamte Spektrum von Qualitätssicherung. Über die Methoden zur Sicherung kann man mit Verve streiten. Unglaublich könnten die Zahn-

ärzte jedoch werden, wenn die Ergebniskontrollen zu gering, oder als unnötig erachtet würden. Das Verweisen auf den hohen Stand zahnärztlicher Versorgung in der Bundesrepublik - als Argument gegen Qualitätssicherung - dürfte von Nichtzahnärzten nur kopfschüttelnd zur Kenntnis genommen werden.

Der relativ hohe Preis ist für dieses umfangreiche Lose-Blatt-Werk durchaus gerechtfertigt. Es gibt zur Zeit keinen besseren Überblick über den bundesdeutschen Diskussionsstand. Diesen sollte sich allerdings jeder verschaffen, der an der Debatte um die zahnmedizinische Qualitätssicherung einigermaßen glaubwürdig teilnehmen will.

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Gerlinde Albers
Borsteler Chaussee 17
2000 Hamburg 61*



Zulässigkeit und Grenzen der Delegation zahnärztlicher Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung parodontal erkrankter Patienten

Deutsch, Schröder - Göttingen 1989

herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie

ISBN Nr. 3-88452-750-9

Die Delegierbarkeit zahnärztlicher Maßnahmen an Hilfspersonal wird in der BRD durch große Rechtsunsicherheit gehemmt. Aus diesem Grunde hat die DGP durch ein Rechtsgutachten die Zulässigkeit und Grenzen der Delegation zahnärztlicher Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung parodontal erkrankter Patienten abklären lassen. Hierbei wurden vorrangig verfassungsrechtliche, zivilrechtliche und berufsrechtliche Aspekte beurteilt. Die wichtigsten Ergebnisse seien nachfolgend zusammengefaßt.

Der Zahnarzt kann Teile seiner Tätigkeit durch nichtärztliche Mitarbeiter ausführen lassen. Diagnosestellung, Therapieplanung und deren Anordnung sind jedoch Kernaufgaben des Arztes. Eine Mitwirkung von Hilfskräften bei der Behandlung ist unter Berücksichtigung der Mitarbeiterqualifikation, des Komplikationsgrades der Behandlung und der Kontrollierbarkeit der Maßnahme durch den Arzt, der jedoch letztendlich verantwortlich bleibt, zulässig.

Somit sind vor allem solche Aufgaben delegierbar, die für den Patienten keine oder nur geringe Gefahren bergen und die vorwiegend technisch-handwerkliche Fähigkeiten verlangen. Der Ausbildungs-, Wissens- und Erfahrungsstand der Helfer muß in angemessener Relation zur Schwierigkeit des Eingriffs stehen. Gewährleistet werden muß eine Überwachung der Maßnahmen, eine Eingriffsmöglichkeit des Arztes bei Zwischenfällen sowie dessen Endkontrolle.

Aus berufsrechtlicher Sicht können zahnärztliche Maßnahmen auf nichtärztliches Personal bis zu den Grenzen übertragen werden, die die Gesetze ziehen. Die Delegation an Zahnarzhelferinnen ist also keineswegs auf reine Hilfstätigkeiten entsprechend der Ausbildung beschränkt, sofern sich diese Mitarbeiter fortgebildet haben.

Eine Begrenzung des Tätigkeitsfeldes zu Lasten der Zahnarzhelferinnen ist in den zahnärztlichen Berufsordnungen prinzipiell nicht möglich.

Die Beurteilung dessen, was im Einzelfall als sorgfältige und gewissenhafte Berufsausübung anzusehen ist, ist zuallererst Aufgabe der Zahnärzte selbst. Der Berufsstand hat hier einen erheblichen Einfluß, den er nicht verspielen sollte.

Beispiele für weitgehend unbedenklich delegierbare Leistungen sind:

- Füllungspolitur
- Entfernung von supragingivalem Zahnstein
- Erstellung von Abdrücken für Planungsmodelle
- Aufnahme von Indices (Plaque, Blutungs...)
- Anleitung der Patienten zur Mundhygiene
- Aus- und Eingliederung von Interimsbrücken oder -kronen

Anschrift des Verfassers:
 Dr. C. Wohlgemuth
 Lindenschmitstr. 44
 8000 München 70

Umweltmedizin

Köln, 6. August 1990 - Das Thesenpapier zur stärkeren Einbeziehung von Umweltfragen in die Gesundheitspolitik, vorgestellt von der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), veranlaßt den NAV

auf folgendes hinzuweisen: Der NAV hat in den letzten Jahren mehrfach Initiativen und Vorschläge zu diesem Thema eingebracht.

Der niedergelassene Arzt muß in zukünftigen Konzeptionen und Behandlungsmöglichkeiten eine federführende Funktion übernehmen und darf nicht auf beratende und zuweisende Funktionen beschränkt bleiben, dies im Gegensatz zu den Vorstellungen der ASG.

Durch Umwelttoxinen verursachte Erkrankungen und Befindensstörungen werden in den Praxen niedergelassener Ärzte primär und immer häufiger beobachtet. Der NAV fordert, der Behandlung und Therapie dieser Erkrankungen Priorität einzuräumen und setzt sich nachdrücklich dafür ein, die Praxen niedergelassener Ärzte als Beobachtungspraxen zur Erhebung umweltbedingter Gesundheitsstörungen zu gestalten unter Mitwirkung epidemiologisch und umweltmedizinisch erfahrener Ärzte und in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, Universitätskliniken und anderen.

Eine entsprechende Entschließung wurde auf Initiative des NAV auf dem 93. Deutschen Ärztetag in Würzburg angenommen. Der NAV-Ausschuß Umweltmedizin erarbeitet zur Zeit zu dieser Problematik ein Konzept, das im Herbst d. J. vorgelegt werden wird.

eurinform 7/90

Offener Brief des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung an den FVDZ-Vorsitzenden Oberbayerns, Dr. Löffler

Abgesehen von der erneuten haarsträubenden Verbalentgleisung eines Repräsentanten des Freien Verbands finden wir an dem nachfolgend wiedergegebenen Schreiben bemerkenswert, daß der strittige Sachverhalt, nämlich die Abrechnung der Gebühren für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen sowie der tatsächlich entstandenen Materialkosten ausschließlich juristisch begründet, jedoch mit keinem einzigen sachlichen Argument behandelt wird.

Sehr geehrter Herr Dr. Löffler,

Ihr Brief befremdet. Statt einer fairen sachlichen Auseinandersetzung lassen Sie sich bedauerlicherweise von Emotionen leiten, die in einer unerträglichen Anschuldigung gipfeln. So bezeichnen Sie die Aufsichtsordnung des Bundesarbeitsministeriums als „*Rechtsbeugung alter nationalsozialistischer Prägung*“. Diese Äußerung stellt nach Auffassung des Staatsministeriums eine kaum mehr zu überbietende Entgleisung dar.

§ 13 Abs. 1 der für alle Behörden des Freistaats Bayern geltenden Allgemeinen Dienstordnung lautet: „Enthält ein Eingang grobe Beschimpfungen oder

Beleidigungen von Behörden oder Behördenangehörigen und ist er nicht an eine Frist gebunden, so ist dem Absender mitzuteilen, daß der Eingang wegen der ungehörigen Form nicht bearbeitet wird; die Mitteilung kann unterbleiben, wenn kein bestimmter Antrag gestellt ist. Die Abgabe an andere Behörden und die strafrechtliche Verfolgung bleiben unberührt“.

Wenn das Staatsministerium Ihren Brief gleichwohl nochmals beantwortet, so geschieht dies vor allem im wohlverstandenen Interesse Ihres Berufsstandes.

Als Jurist maße ich mir nicht an, Ihnen als Zahnarzt Vorschläge zur sachgemäßen Ausübung der zahnärztlichen Heilkunde zu unterbreiten; in puncto Gewaltenteilung und Rechtsstaatlichkeit müssen Sie aber folgendes zur Kenntnis nehmen: Die im Rechtsstaatsprinzip unseres Grundgesetzes verankerte Gebundenheit der Verwaltung an Gesetz und Recht (Art. 20 Abs. 3 GG) bindet die Verwaltung an Gerichtsentscheidungen im Rahmen der Rechtskraft. Ein allgemeiner Interpretationsvorrang der Judikatur und eine darauf erwachsende Befolgungspflicht der Verwaltung wäre

mit dem Grundsatz der Gewaltenteilung nicht vereinbar. Gerade eine mit der „Interpretationsfreiheit“ der Verwaltung einhergehende, laufende gegenseitige Kontrolle zwischen Rechtssprechung und Verwaltung steigert die Effektivität des Gewaltenteilungsgedankens.

Die Rechtskraft der von Ihnen angeführten Entscheidung des Sozialgerichts Reutlingen vom 10.01.1990 - 1 KA 1924/89 - wirkt nur im Verhältnis der Prozeßparteien zueinander, bindet also nur die Kassenzahnärztliche Vereinigung für den Regierungsbezirk Tübingen, mithin also weder die Bundesrepublik Deutschland (vertreten durch das Bundesministerium) noch den Freistaat Bayern (vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung). Daß Ihr Vergleich mit einem rechtskräftig verurteilten Mörder völlig neben der Sache liegt, sollte eigentlich unschwer einleuchten. Ich möchte Sie statt dessen mit einer anderen Frage konfrontieren: Was hielten Sie selbst von einem Gewaltenteilungsprinzip, als dessen Ausfluß z.B. ein von Ihnen und der bayerischen Finanzverwaltung für falsch gehaltenes rechtskräftiges Urteil des Finanzgerichts Kiel Ihrer Steuererklärung zugrundegelegt werden müßte?

Das Staatsministerium hält daher an seiner Auffassung fest, daß nicht nur die pauschale, sondern jede - wie auch immer berechnete - Vergütung für Material- und Laborkosten ausgeschlossen ist; diese Auffassung kommt im Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und

Sozialordnung vom 12.01.1989 sehr deutlich zum Ausdruck.

Dem aufgrund der Nichtzulassung der Berufung durch das Gericht rechtskräftigen Urteil des Sozialgerichts Reutlingen lag eine Klage eines Kassenzahnarztes gegen seine Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Änderung eines Honorarbescheides und Zahlung des Kassenteils für die bei der prothetischen Versorgung einer Versicherten erforderlichen *tatsächlichen Materialkosten* zugrunde. Das Gericht hat den Klageanspruch des Zahnarztes, ohne eine konkrete Vergütungsposition heranziehen zu können (der die Kassenzahnärztliche Vereinigung für den Regierungsbezirk Tübingen bindende Gesamtvertrag enthält keine Vergütungsregelung für tatsächliche Materialkosten), im Ergebnis lediglich auf die Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Bema-Z (Bewertungsmaßstab für Zahnärzte) gestützt, die im Wortlaut vorsieht:

„Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist,

und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten - sind in den Leistungsansätzen enthalten“.

Das Staatsministerium - wie auch das Bundesarbeitsministerium - hält die vom Sozialgericht Reutlingen vertretene Auffassung für nicht zutreffend.

§ 85 Abs. 2 Satz 5 SGB V kann aus dem Gesamtzusammenhang des Fünften Buches Sozialgesetzbuch heraus nur so verstanden werden, daß die Vergütungen als solche nicht mehr zulässig sein sollen. Ein anderer Sinn kann dem Vergütungsausschluß angesichts der Ziele des Gesundheits-Reformgesetzes nicht beigelegt werden. Auch aus dem Wortlaut des § 85 Abs. 2 Satz 5 SGB V kann nichts Gegenteiliges hergeleitet werden. Der Gesetzgeber hat die pauschale Vergütung ausdrücklich ausgeschlossen. Für den Ausschluß einer individuellen Vergütung bestand keinerlei Veranlassung. Für eine individuelle Vergütung gab es weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage. Voraussetzung für eine individuelle Vergütung wäre eine entsprechende Vergütungsposition gewesen. An einer derartigen Position fehlt es; auch Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Bema-Z, die keine konkrete Abrechnungsposition enthält, schafft hierfür keine vertragliche Grundlage.

Aber selbst wenn man die Richtigkeit der vom Sozialgericht Reutlingen vertretenen Auffassung unterstellen woll-

te, wäre in Bayern die Vergütung von Materialkosten nicht zulässig: § 6 Abs. 6 Gesamtvertrag-Zahnärzte in Bayern bestimmt, daß die Kosten für den übrigen Sprechstundenbedarf (in der Praxis des Zahnarztes verwandte Arzneimittel, Verbandmittel und Materialien sowie Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind) mit dem Punktwert abgegolten sind. Einen Anspruch direkt aus Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Bema-Z herzuleiten, wäre für Bayern unmöglich.

Auf folgenden wichtigen Aspekt weisen Sie besonders hin:

Das rechtskräftige Urteil des Sozialgerichts Reutlingen geht, wie auch das nicht rechtskräftige Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 28.06.1989 - S 8 a Ka 30/89 - davon aus, daß die Abrechnung von Material- und Laborkosten nach wie vor innerhalb der kassenzahnärztlichen Versorgung zu erfolgen hat. Damit haben die Gerichte konkludent eine private Inrechnungstellung von tatsächlichen Material- und Laborkosten nach den Gebührensätzen der GOZ, wie sie derzeit in Teilen der Kassenzahnärzteschaft öffentlich empfohlen wird, ausgeschlossen. Denn Leistungen, die zur kassenzahnärztlichen Versorgung gehören, dürfen - unabhängig davon, ob sie zwischen den Partnern des Kassenzahnarztrechts abgerechnet werden dürfen oder nicht - den Versicherten nicht privat in Rechnung gestellt werden; auch

§ 30 Abs. 6 SGB V bietet dafür keine Anspruchsgrundlage.

Die Bayerische Staatskanzlei, das Bayerische Staatsministerium der Justiz, Herr MdL Adolf Dinglreiter, der Zahnärztliche Bezirk Oberbayern, Die Zahnarzt Woche, die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände und die AOK Rosenheim erhalten einen Abdruck dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Leyendecker
Ltd. Ministerialrat

Keine Nickel-Allergie durch Zahnersatz

Allergien, die allein durch das Tragen von Zahnersatzlegierungen verursacht werden, sind bis dato nicht bekannt. Zu diesem Ergebnis kommt Prof. Dr. Günther Forck, Poliklinik für Allergologie und Gewebedermatologie, Münster, auf einer Veranstaltung des Deutschen Grünen Kreuzes nach tierexperimentellen Untersuchungen.

Zwar steigt das Allergiepotential der Bevölkerung ständig, 8-12% der deutschen Bevölkerung sind heute Metallallergiker, sie jedoch, so Forck in Hamburg, leiden an Nickel- und Chromallergien, die durch Modeschmuck, Jeansknöpfe oder Chromat aus der Metall- und Bauindustrie oder der Lederindustrie ausgelöst werden.

Metalllegierungen, die auch Nickel enthalten, scheinen jedoch, so die Beobachtung des Allergologen, im Epikutantest und im Mund unterschiedlich allergen zu reagieren.

Er konnte im Tierversuch zeigen, daß bei der Implantation von entsprechend präparierten Nichtedelmetalllegierungs-scheiben unter die Bauchhaut von Meerschweinchen und einer Liegezeit von mindestens 6 Monaten in mehr als einem Drittel der Tiere eine Sensibilisierung gegen Nickel hervorgerufen werden konnte. Hieraus ließe sich zunächst schließen, daß die im Laufe der Zeit freigesetzten Anteile von Ionen durchaus ausreichend seien, eine Sensibilisierung herbeizuführen. Bei einer weiteren Untersuchung wurde das reale Milieu nachvollzogen, in dem sich die eingliederten Zahnersatzmaterialien in situ befinden. So erhielten Meerschweinchen nach entsprechender Abformung Metalllegierungen auf die Schneidezähne geklebt und diese 6 Monate intraoral belassen. In keinem Fall konnte hier ein kontaktallergisches Phänomen im Mund- und Lippenbereich beobachtet werden. Der Wissenschaftler sieht die Gründe für die verschiedenen allergenen Potentiale im Epikutanz- bzw. im Intraoraltest darin, daß der Verdünnungseffekt durch Speichel und Nahrung zum Tragen kommt. Von dem Tiermodell könne man unter Umständen auch auf den Menschen schließen.

ZM 14/90

Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

*Für Münchner
Unternehmen mit
Tradition!*

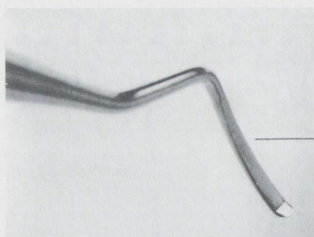
Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

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

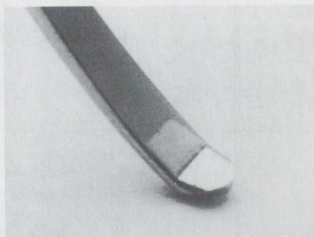
... wann immer Sie können!

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

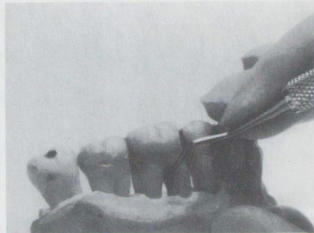
Die Firma HU-FRIEDY hat neue Furkations-Instrumente entwickelt: die SQ (Quétin)-Küretten. Sie sind als Satz für die bukkalen und lingualen Flächen als SQBL und für die mesialen und distalen Flächen als SQMD erhältlich. Die SQ-Sätze werden in 2 Größen hergestellt: SQBL1/SQMD1 mit einem 0,9 mm breiten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



unterster Schaft



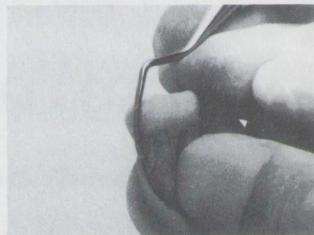
Die kurzen Arbeitsenden dieser Instrumente sind hartmetall-(Perma-sharp)-beschichtet, um die Schärfe länger zu erhalten.



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



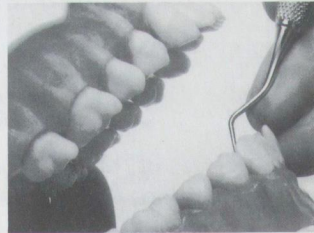
Die SQ-Küretten eignen sich besonders gut zum Reinigen von konkaven Zahnoberflächen. Je nach Breite der Rillen und Furchen verwendet man Instrument-Größe 1 bzw. 2.



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 linguale Neigung möglich, ohne daß dabei der Griff des Instrumentes am OK stören würde. Auch bei sehr schmalen Zahnhälsen können diese Küretten zum Einsatz kommen.

Bernard Quétin GmbH
HU-FRIEDY EUROPE

Postfach 13 80
D-6906 Leimen
Tel. (0 62 24) 7 60 71-74

MERIDOL

- die neue chemische Zahnbürste?

Am 19.03.1990 lud die Elmex-Forschung zum Fachpressegespräch ein, um eine neue Mundspüllösung MERIDOL vorzustellen. In der zweistündigen Veranstaltung wurden Entwicklung, klinische Prüfung, Pharmakologie und Toxikologie von MERIDOL durch Mitarbeiter der Firma Wybert dargestellt. Professor Saxer vom Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich referierte über Chemoprävention durch die Kombination von Aminfluorid und Zinnfluorid.

Karies- und Parodontalerkrankungen lassen sich zweifelsfrei durch intensive und konsequente Mundhygiene ausschalten. Da in der Praxis aber nur ein kleiner Teil der Bevölkerung entsprechend instruiert und motiviert ist, wurde immer wieder versucht, die individuellen Mundhygienebemühungen im Sinne einer chemischen Plaque- und Entzündungsprävention nachhaltig zu unterstützen. Dieses in Form von Mundspüllösungen mit antibakterieller und Antiplaquewirkung, deren Wirksamkeit in vivo aufgrund mangelhafter Retention in der Mundhöhle oft unzureichend ist. Hier verspricht MERIDOL aufgrund seiner Zusammensetzung verbesserte Eigenschaften. Die Kombination von Aminfluorid(Olaflur) und Zinnfluorid

führt zu einer synergistischen Verstärkung der bekannten plaque- und entzündungshemmenden Eigenschaften. Es ergeben sich ausgeprägte Affinitäten zur Oberfläche der Plaquebakterien, zur Mundschleimhaut und zum Zahnschmelz. Das sich hieraus ergebende klinische Wirkungsbild sei nachfolgend kurz aufgelistet:

- Hemmung der Plaqueneubildung und Wirkung auf bereits vorhandene Plaque
- Hemmung von Gingivitiden und Beeinflussung von bestehender Entzündung
- Hemmung von Karies

Die Dokumentation der Wirksamkeit von MERIDOL erfolgte durch klinisch-experimentelle Studien, zuerst 1980 am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich, später dann an weiteren europäischen Hochschulen. Aus diesen Untersuchungen hat sich ein signifikanter plaquehemmender Effekt ergeben, der in einigen Fällen vergleichbar mit der Bezugssubstanz Chlorhexidin ist; in anderen Studien wurde diese Wirksamkeit nicht in gleichem Ausmaß erreicht. Der entzündungshemmende Effekt ist ausgeprägt und erreicht denjenigen von Chlorhexidin, wobei die bekannten

Nebenwirkungen, wie Verfärbung von Zunge und Zähnen, sowie Geschmacksbeeinträchtigung, bei normaler Zahnhygiene nicht oder nur in geringem Ausmaß auftreten. Die Wirkung auf den Zahnschmelz, gemessen an der Fluoridaufnahme und der Erhöhung der Säureresistenz, bewegt sich im Rahmen derjenigen der Einzelkomponenten Olaflur und Zinnfluorid. Eine Veränderung der Zusammensetzung der oralen bakteriellen Flora konnte auch im Verlauf einer dreimonatigen Anwendungsdauer nicht beobachtet werden.

Als Ergänzung zur täglichen Mund- und Zahnpflege dient MERIDOL der

allgemeinen Gingivitis- und Kariesprophylaxe sowie der Behandlung bestehender Gingivitiden. Speziell indiziert ist MERIDOL bei erhöhtem Karies- und/oder Gingivitisrisiko, beispielsweise bedingt durch Invalidität und/oder Alter oder bei Trägern von orthodontischen Geräten, Teilprothesen, Schienen, Implantaten. Bei schmerzempfindlichen Zahnhälsen und freiliegenden Zahnwurzel-Partien sowie bei Xerostomie läßt sich MERIDOL erfolgreich anwenden.

Die Spüllösung ist gebrauchsfertig und unverdünnt anzuwenden und wird in Packungsgrößen von 400 ml rezeptfrei angeboten.

c.w.

Die besondere Anzeige

Raum Freiburg

- Wir:** *Harmonisches und engagiertes Praxisteam, 2 Azubis, 4 Zahnarzhelferinnen, 2 ZMF, 2 Zahntechniker, 1 Zahnarzt*
- bemühen uns:** *Die Zahngesundheit unserer Patienten zu erhalten oder wieder herzustellen durch systematische Beratung und Behandlung*
- Wir meinen:** *Es war schon immer etwas anstrengender, gute Zahnheilkunde zu machen*
- Wir suchen:** *Fröhliche(n) und engagierte(n) Vorbereitungsassistent(en) mit etwas Berufserfahrung, fortbildungshungrig, prohylaxeorientiert, zum 1.10.90*
- Perspektive:** *langfristige Zusammenarbeit, evtl. Sozietät*
- Interesse?:** *Schreiben Sie uns, ZM 17134*
- PS:** *Anhänger des Freien Verbandes können sich das Porto sparen*

Aus ZM 15/90

Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-
erstattungsfähig!

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

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 Landes- und Berufspolitik heraus.

DAZ-Mitglieder erhalten zusätzlich das aktuelle Informationsblatt KONTAKTE

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 Berufspro-

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 durch Kammern und KVZen.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Der DAZ fordert:

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

Delegation

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

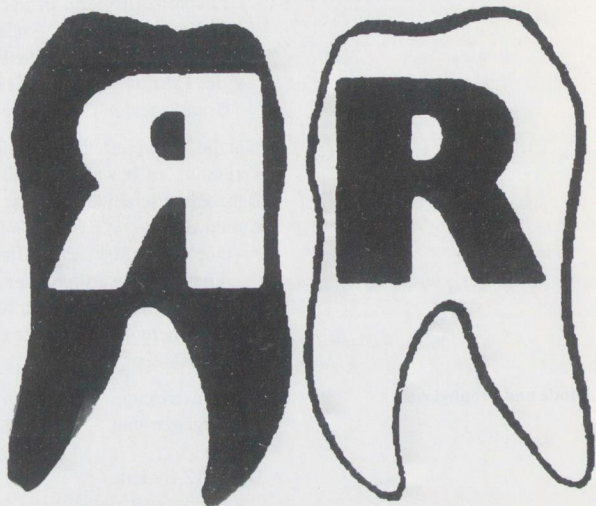
- Prophylaxe und Hygieneaufklärung
- Ernährungsberatung
- Behandlungsassistenten

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.

Uns bereitet Zahntechnik Freude...



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

DAZ forum

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

Impressum

- **Redaktion:**
Dr. Jürgen Heidtkamp
Dr. Hanns-W. Hey
- **Anschrift der Redaktion:**
DAZ *forum*
Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70
Fax: 089-7250107
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 2.400 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 kann aber nicht zugesichert werden.
- **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
- **Druck:** Amold, Kötztingerstr. 10,
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 Chemnitz, Dr. J. Päßler, Rosenhof 16, 9001 Chemnitz
- 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 Oberpfalz, Dr. K. Plecher, Auf der Schanze 1, 8490 Cham
- DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. M. Witte, Hunoldstr. 62 c, 2906 Hundsmühlen
- DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ

Dr. Claudia Wohlgemuth, Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70,
Tel.: (089) 7 25 02 46, Fax: (089) 7 25 01 07

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