
DAZ FORUM

**Gesellschaftspolitik im
geeinten Deutschland**

**Vom staatlich angestellten
Zahnarzt zum Freiberufler**

Provisorien leicht gemacht

Stoiber schreibt Schirbort



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**DAZ-Jahreshauptversammlung
Podiumsdiskussion, Berichte**



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

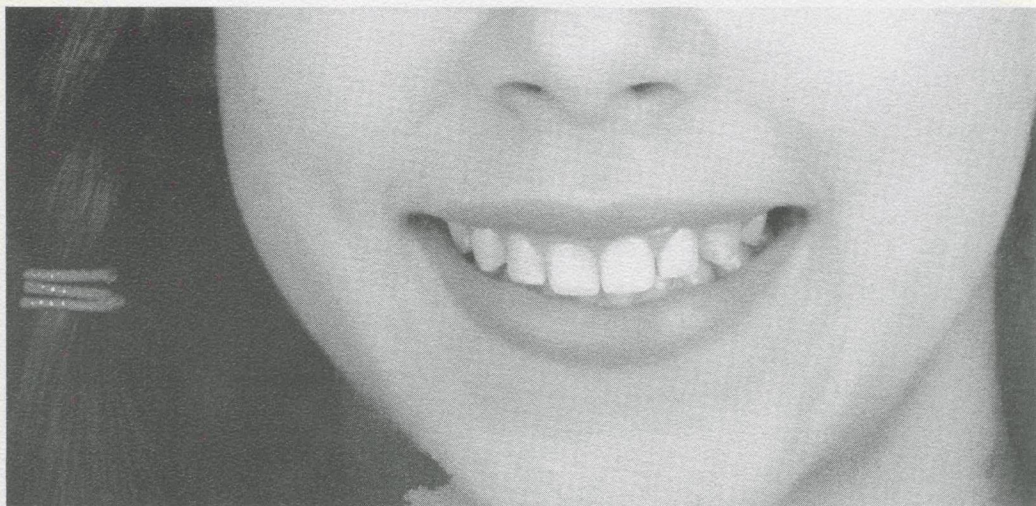
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

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



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

Ultracain

LI 514 921

Zusammensetzung: Ultracain D-S: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid sowie maximal 0,5 mg Natriumsulfid (entspr. max. 0,34 mg SO_2). Ultracain D-S forte: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid sowie maximal 0,5 mg Natriumsulfid (entspr. max. 0,34 mg SO_2). Die Zubereitungen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzlich 1 mg Methyl-4-hydroxybenzoat als Konservierungsmittel. **Anwendungsgebiete:** Ultracain D-S: Routineeingriffe wie komplikationslose Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten- und Kronenstumpfpräparationen, insbesondere bei Patienten mit schweren Allergiemerkrankungen. 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 Sulfid-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 Natriumsulfid 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.

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!

SIEMENS

Wir überprüfen Ihre Röntgeneinrichtung schnell und fachmännisch.

Da zeigt sich
der Profi.

Zum Beispiel:
unser
Dental-Techniker
Rainer Klein

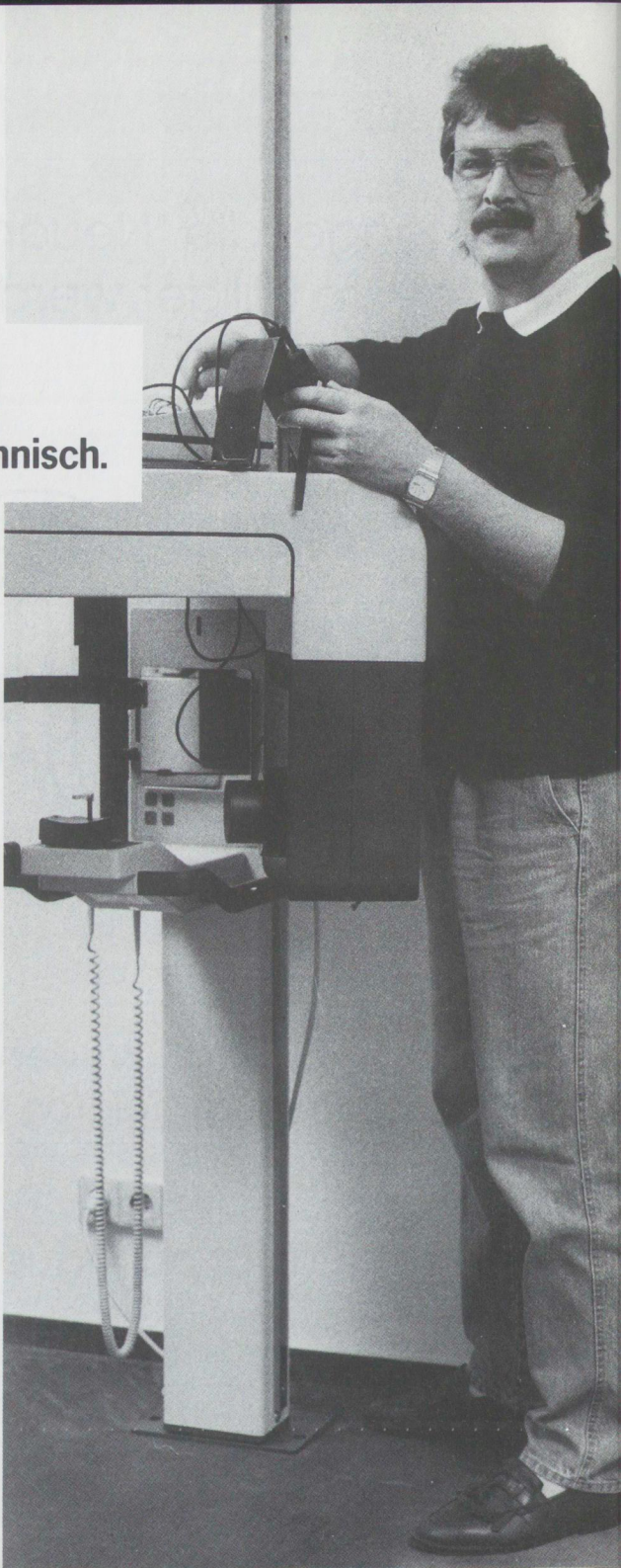
Durch die neue Röntgenverordnung müssen auch Sie in Ihrer Praxis einige Punkte ab sofort beachten. Unsere Techniker sind mit den neuen Verordnungen bestens vertraut. Sie führen die notwendigen Prüfungen an Ihren Röntgengeräten umgehend durch. Sprechen Sie mit uns. Vertrauen Sie auf Profis.

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

Kumpfmühler Str. 65, 8400 Regensburg
Telefon 0941/97198

*Siemens
Dental-Depot*

Ihr Partner



Editorial	677
Gesellschaftspolitik im geeinten Deutschland	678
DAZ-Jahreshauptversammlung Frankfurt	
Podiumsdiskussion:	
Die Zukunft der freiberuflichen Zahnheilkunde im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung	681
Berichte zur Jahreshauptversammlung	695
Die Zukunft bringt Strukturwandel überall!	695
Bericht des Referenten für Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe	707
Umweltschutz darf nicht nur auf dem Papier stehen	711
Die Qualitätsdiskussion braucht neue Perspektiven	713
Bedeutung qualitätssichernder Maßnahmen für die Versorgung	717
Grundsätze und Empfehlungen des DAZ 3. Teil	723
Vom staatlich angestellten Zahnarzt zum Freiberufler	729
Provisorien leicht gemacht	731
Eine Glosse, die gar nicht zum lachen ist	733
Kariesrisiko: Mutter	735
Buchbesprechungen	737
Wahlen in München - eine Enttäuschung	743
Leserbriefe	745
Zitat aus einem Brief von Dr. Edmund Stoiber an Dr. Schirbort und Dr. Albers	749
Z.A.P.F.-Nachrichten	751
Aus der Presse	755
Impressum	761

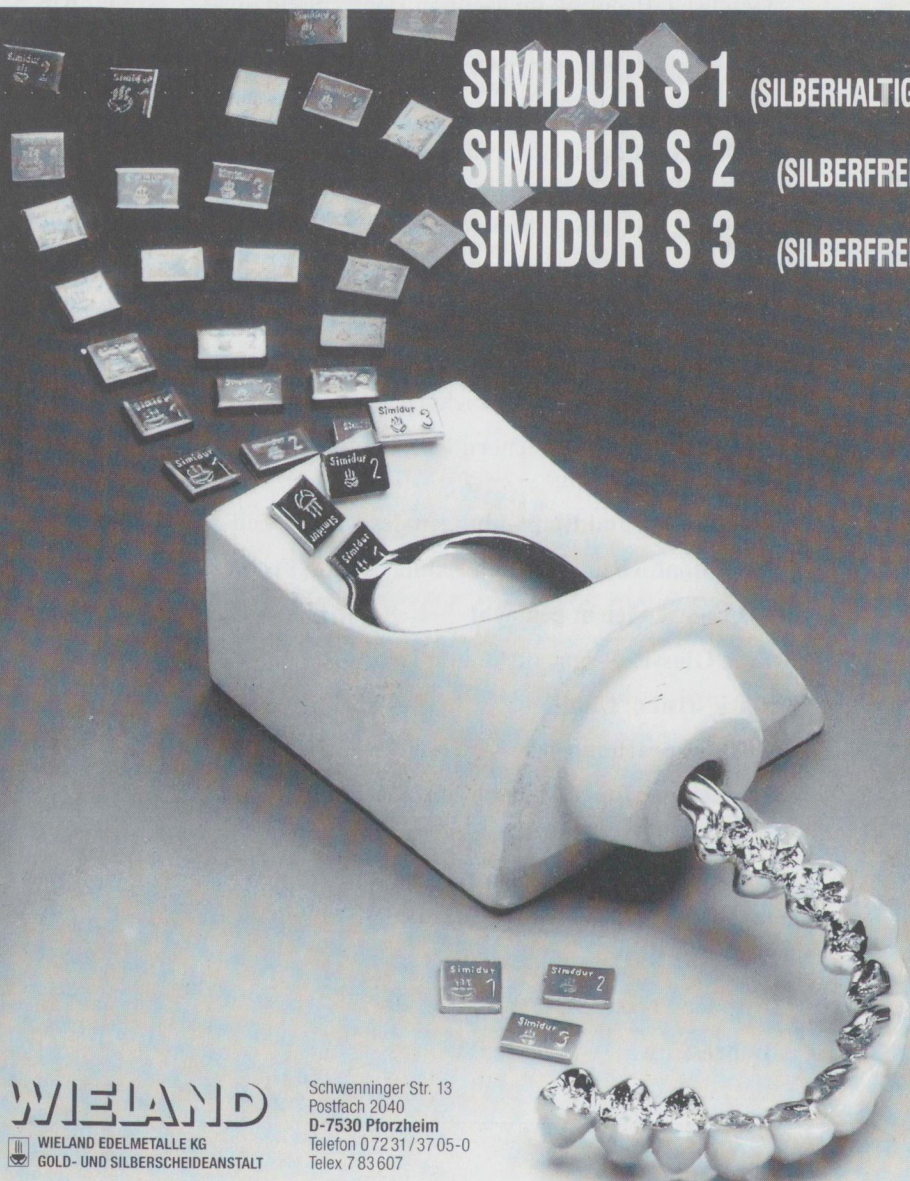


LEGIERUNGEN FÜR DIE RICHTLINIENGERECHTE PATIENTEN-VERSORGUNG

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 07231/3705-0
Telex 783607

Editorial

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

ein bewegendes und bewegtes Jahr geht zu Ende. In Weihnachts- und Neujahrsansprachen wird der deutschen Vereinigung und Demokratisierung Osteuropas gedacht werden. Gleichzeitig drohen Krieg in Nahost, Umweltkatastrophen und Völkerwanderungen.

Damit verglichen erscheinen unsere standespolitischen Konflikte marginal. Sie sind es auch - und haben doch unseren Berufsalltag geprägt: Wir beklagen die Spaltung des BDZ, die Entsolidarisierung der Gesellschaft, die Merkantilisierung ärztlichen Handelns, die Erosion des Ansehens unseres Berufsstandes.

So hat sich der DAZ neben vielen anderen Aktionen um die Stärkung der Sozialverpflichtung als Voraussetzung stabiler Freiberuflichkeit bemüht. Freiheit und Solidarität sind die Kehrseite einer Medaille!

Die differenzierte Weiterentwicklung des Sachleistungssystems und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Krankenkassen halten wir trotz demotivierender Erfahrungen für unverzichtbar. Schließlich galt es, den Kollegen in den neuen Bundesländern mit Rat und Tat beim Aufbau eigener Praxen und durchsetzungsfä-

higer Selbstverwaltungen zur Seite zu stehen.

Der Vorstand des DAZ dankt allen Kolleginnen und Kollegen für ihren oft großen und freiwilligen Einsatz. Diese Bereitschaft zur „Denkarbeit“, zur Entwicklung vernünftiger Alternativen, zur Gesamtverantwortung und Überwindung bloßer Interessenpolitik ist das eigentliche Kapital unseres Verbandes. Wir haben mit relativ wenigen Kräften viel geleistet, manches geschafft, jedoch auch einigen Herausforderungen kaum standhalten können. Deshalb bitten wir um verstärkte Unterstützung durch denkbereite und mutige Kolleginnen und Kollegen. Die in diesem Jahr beschlossene und schon praktizierte enge Verbindung mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands - NAV - wird dazu beitragen, unsere Grundsätze auch in schwieriger Zeit zur Geltung zu bringen.

Mit guten Wünschen für ein gesegnetes, friedliches Weihnachtsfest und ein gesundes, erfolgreiches neues Jahr grüßen wir Sie herzlich

Ihre gez.

Dr. Roland Ernst
Dr. Michael Fritz
Dr. Rolf Lemmer
Dr. Christian Nielsen
DAZ-Vorsitzende

Gesellschaftspolitik im geeinten Deutschland

E. Hirschmann

Dr. med. Erwin Hirschmann, der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hielt auf der Bundeshauptversammlung des NAV am 9. November 1990 in Köln ein bemerkenswertes Referat, dessen gerade auch die Zahnärzte betreffenden Teile wir hier wiedergeben:

Noch ist der Aufbau des gesundheitlichen Versorgungssystems in den neuen Bundesländern nach dem Vorbild der Bundesrepublik voll im Gange, da schicken sich fundamentalistische Kräfte in der Ärzteschaft Westdeutschlands an - allen voran die Zahnärzte -, zum Sturm zu blasen auf die zum Negativ-Symbol erhobene Bastille „Kassenarztsystem und gesetzliche Krankenversicherung“.

Es gelte - so lärmen sie - das „sozialistische“ Kassenarzt- und Sachleistungssystem zu schleifen.

Liberalisierung, Deregulierung, Marktwirtschaft und Kostenerstattung seien das Heil für die Neuordnung ärztlicher Versorgung.

Während bei der niedergelassenen Ärzteschaft solche Überlegungen nur auf lokaler Ebene in der Peripherie auf fruchtbaren Boden gefallen sind, findet der Aufstand bei den Zahnärzten in Füh-

rungszirkeln statt. Die daraus resultierende Lähmung ihrer Selbstverwaltung fängt an ein destabilisierendes Ausmaß anzunehmen.

Restauration also in den neuen Bundesländern und Aufbruch zu neuen Ufern in der alten Bundesrepublik?

Diesen Eindruck könnte allenfalls eine oberflächliche Betrachtung erwecken, und es soll deshalb Aufgabe dieses Podiums sein, den tatsächlichen Ist-Zustand der ambulanten gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung zu analysieren und zu beurteilen.

Die westdeutschen Repräsentanten des Podiums bieten in ihrer Zusammensetzung Gewähr dafür, daß Stärken und Schwächen gleichermaßen ins Scheinwerferlicht gerückt werden.

Die Teilnehmer aus Ostdeutschland sind aufgerufen, dem nachzugehen, was von Strukturen und Inhalten des bisherigen Versorgungssystems der ehemaligen DDR im neuen Gesundheitswesen keinen Platz mehr haben kann und welche Elemente sie in das bundesdeutsche Gesundheitssystem einbringen wollen; ein Gesundheitssystem, das - wie die Vergangenheit zeigt - einem ständigen Anpassungsprozeß an die stetig sich

verändernde Wirklichkeit unterworfen ist.

Das in diesem Jahrhundert gewachsene soziale Gesundheitswesen in Deutschland, das wohl einzigartig dasteht im internationalen Vergleich, steht am Übergang in ein neues Jahrtausend der Menschheitsgeschichte vor einer schicksalhaften Bewährungsprobe.

Gesundheitspolitik der 90er Jahre kann nicht Demontage und Atomisierung geschaffener Strukturen heißen, sondern sie muß sich den Herausforderungen der Zeit dadurch stellen, daß sie zu Organisationsformen findet, die noch höher differenziert und wirksamer sind.

Wir Ärzte stehen mittendrin in diesem Prozeß und unsere Fachkompetenz verleiht uns das Mandat, entscheidend mitzuwirken am zukünftigen Konzept des Gesundheitswesens.

Wir alle sind Zeitgenossen eines geschichtlichen Quantensprungs, der mit dem Zerreißen des Eisernen Vorhangs zwischen Ost und West unseren Planeten innerhalb weniger Tage auf ein Ausmaß zusammenschrumpfen ließ, das uns hineinstellt in eine Welt, in der wir vor den Problemen der anderen die Augen nicht mehr verschließen können.

Ein für allemal ist auch für die Ärzteschaft die Zeit vorüber, Sonderwege zu beschreiten, die in Isolation führen, oder gar sich abzumelden aus der sozialen Gemeinschaft. Immer mehr rückt das uralte ärztliche Verständnis wieder in den Vordergrund unserer Überlegun-

gen, daß Gesundheit und Krankheit unauflösbar in Wechselwirkung mit der Umwelt stehen - der materiellen wie der gesellschaftlichen -, daß Medizin sich als soziale Wissenschaft begreifen muß, der Mensch ein biologisches und psychosoziales Wesen in einem ist, wie Rudolf Virchow das in Anlehnung an eine Äußerung seines Freundes Neumann schon 1849 im Würzburger Exil leidenschaftlich formulierte:

„In Wirklichkeit, wenn die Medizin die Wissenschaft von dem gesunden und kranken Menschen ist, was sie doch sein sollte, welche andere Wissenschaft könnte mehr berufen sein, in die Gesetzgebung einzutreten, um jene Gesetze, welche in der Natur des Menschen schon gegeben sind, als die Grundlage der gesellschaftlichen Ordnung geltend zu machen. Der Physiolog und der praktische Arzt werden, wenn die Medizin als Anthropologie einst festgestellt sein wird, zu den Weisen gezählt werden, auf denen sich das öffentliche Gebäude errichtet, wenn nicht mehr das Interesse einzelner Persönlichkeiten die öffentlichen Angelegenheiten mehr bestimmen wird. Die Medizin ist ihrem innersten Kern und Wesen nach eine soziale Wissenschaft.“

Unbegreiflich deshalb für mich, wenn von öffentlicher Plattform eines freien zahnärztlichen Verbandes herunter nicht nur zum Ausstieg aus der kassenärztlichen Tätigkeit aufgerufen, sondern auch unwidersprochen die soziale Verantwortung des Arztes geleugnet wird.

Dies gerade in dem Augenblick, in dem die Integration aller Komponenten des Gesundheitswesens und anderer sozialer Bereiche ein Gebot der Stunde ist und zu zunehmender Komplexität führt.

Aufeinander abgestimmte Landespläne für geriatrische und sozialpsychiatrische Versorgung, Ausbau der Sozialstationen, umfassende Maßnahmen in der primären Prävention und breit angelegte Förderung der Sensibilisierung des Gesundheitsbewußtseins der Bevölkerung stecken dafür den Rahmen ab. Diese Entwicklung verlangt immer mehr die Koordinierung und Kooperation ärztlicher Berufsvertretungen zu gemeinsamen Anstrengungen.

Mit Genugtuung nehmen wir deshalb zur Kenntnis, daß der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) in Erkenntnis dieser Entwicklung die bestehende enge Kooperation mit dem NAV vorantreiben will, hin zur Fusion der Verbände.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Erwin Hirschmann
Belfortstr. 9
5000 Köln 1

Aesculap-Parodontal-Prophylaxe-Set



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

**ab
sofort**

zu
beziehen
durch

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

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

DAZ-Jahreshauptversammlung 12.-14.10. Frankfurt
Podiumsdiskussion zum Thema:

Die Zukunft der freiberuflichen Zahnheilkunde im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Teilnehmer:

Herr Busch, Bundesarbeitsministerium

Herr Reiter, Landesverband der Orts-
krankenkassen in Bayern

Dr. Ebenbeck, Bundesverband der
Betriebs-Krankenkassen

Dr. Ernst, DAZ

Dr. Müller, Diskussionsleitung

Müller:

Zu unserem Thema sind eine solche Menge von Reizworten drin, von Begriffen, die gestern klar schienen, und die für die einen von uns aus den einen Gründen und für die anderen von uns, nämlich für die neu in unser System Hinzugekommenen aus anderen Gründen, verschiedenste Wertigkeiten, verschiedenste Zukunftsbilder mit sich bringen, und ich kann mir vorstellen, daß mancher hier in diesem Raum von dem Begriff „freiberuflich“ ja völlig andere Vorstellungen hat als die, die diesen Beruf als freien Beruf schon länger ausüben, das mag altersabhängig sein. Für uns alle stellt sich tatsächlich die Frage, ob Freiberuflichkeit im Zu-

sammenhang mit Ausführung der Zahnheilkunde in der Bundesrepublik nicht langsam aber sicher nur noch einen Etiketten-Charakter besitzt und Zustände nicht beschreibt. Ich bin gespannt, wie die Referenten darauf eingehen werden, ob die freiberufliche Zahnheilkunde eine Zukunft hat, darüber wäre zu diskutieren und ob sie in der gesetzlichen Krankenversicherung, zu der der DAZ deutliche Aussagen gemacht hat, die nach meinem Dafürhalten von ebensoviel Hoffnung wie Realismus getragen war, werden die nächsten Jahre zeigen und ich bin auch da auf Prognosen und Stellungnahmen gespannt und gebe jetzt das Wort von links nach rechts beginnend, zunächst G. Ebenbeck zu seinem Anfangsthema.

Ebenbeck:

Der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, also unser oberster Kassenzahnarzt, der Kollege Schäd, hat auf der Vertreterversammlung 1989 erklärt: eine qualifizierte Zahnheilkunde könne der Patient nicht

mehr erwarten. Er hat diese Aussage getan, obwohl die Ausgaben für die Zahnheilkunde noch nie so hoch waren wie heute. Bayerische Kassenzahnärzte reden von der Rückgabe der Kassenzulassung, obwohl gerade diese Kassenzulassung die Finanzierungsgrundlage ihrer Praxis sichert. Die Gesundheitspolitik, die von unserer Standesführung in den letzten Jahren primär als Einkommenspolitik für die Gesundheitsberufe verstanden worden ist, ist gescheitert. Es wird immer klarer, daß Einkommensziele nicht länger Gesundheitsziele ersetzen können. Mit dem Vorsatz nach qualifizierter Einsparung hat die Bundesregierung eine intensive Diskussion über die Beseitigung von Über- und Unterversorgung in Gang gesetzt. Die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung wird nach medizinischen und ökologischen Prioritäten erfolgen und nicht mehr nach der Organisierbarkeit von Einkommensinteressen. Mit dieser neuen Politik erfolgen beträchtliche Umverteilungen. Die Probleme und Widersprüche der zahnärztlichen Versorgung in unserem Land haben der Sachverständigenrat und die Konzentrierte Aktion mit der Enquetekommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung herausgearbeitet. Die Analysen sind bekannt, ihnen ist bis heute nichts hinzuzufügen. Die Schlußfolgerungen hieraus werden von der Politik, von der Gesundheitspolitik, im Gegensatz zur zahnärztlichen Standespolitik mehr und mehr gezogen. So mehren sich bei den Sozialpolitikern

der Koalition inzwischen die Stimmen, über den Sicherstellungsauftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen müsse neu nachgedacht werden, wenn die Zahnärzte zum Beispiel weiterhin die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung blockieren. Dabei hatten sich gerade die Zahnärzte von dieser Koalition die Erfüllung vieler Wünsche erhofft. Das Gegenteil ist eingetreten. Die alten Denkmuster gelten nicht mehr, sie befinden sich im Umbruch, führen zu falschen Erwartungen. Gerade deshalb müssen Krankenkassen und reformwillige Zahnärzte umso mehr bemüht sein, von diesem Punkt aus Optionen und Perspektiven mitzugestalten. Der zahnärztliche Berufsstand hat – und dieses Fazit muß man leider ziehen – in den letzten 10 Jahren seine öffentliche Glaubwürdigkeit restlos verspielt. Die Erhaltung einer funktionierenden Jugendzahnpflege in den fünf neuen Bundesländern wird zur Zeit systematisch zugrunde gerichtet. Die Blockadepolitik der zahnärztlichen Berufsvertretungen, welche die Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes in fast allen und vor allem auch in den sinnvollen Gesetzespunkten verhindert hat, fällt nun auf uns zurück, aber auch auf unsere Patienten. Die Wagenburg-Mentalität der Zahnärzte ist beispiellos unter den ärztlichen Berufsgruppen. Anders als bei den Ärzten, wo es eine Reihe unterschiedlicher Interessengruppen gibt, sind die Zahnärzte fast monolithisch organisiert. Was auf den ersten Blick Stärke vermuten läßt, ist in Wirklichkeit eine gefährliche Schwä-

che, da die Homogenität Unbeweglichkeit bedingt unter dem Motto „keine Politik, keine Kompromisse, keine Bewegung“. Die Folge ist eine Art Klassenkampf bis hin zur kollektiven Selbstschädigung, garniert mit dem imperativen Mandat des eigenen Kampfverbandes. Es wird seit zwei Jahrzehnten vom Prophylaxedefizit geredet, es werden Arbeitskreise gegründet und Wissenschaftler reisen durch die Lande. Geändert worden ist relativ wenig. Frankfurt mag da vielleicht eine positive Ausnahme sein. Sieht man sich das Beispiel DDR an, wird offensichtlich, daß es hierzu nicht am Geld liegen kann. Dort, wo auch im Gesundheitswesen nur der Mangel verwaltet wurde, ist der Mundgesundheitszustand der Kinder wahrscheinlich besser als im reichen Teil Deutschlands. Wir wissen, daß die Prophylaxeangst der zahnärztlichen Standesorganisation irrational ist. Es kann jedoch nicht soweit kommen, daß offenbar der Ausstieg der Krankenkassen aus dem Zahnersatz auch bei uns eine notwendige Vorbedingung für eine forcierte Prophylaxe ist. Die Schweiz, die Niederlande oder Schweden sollten zu diesem Punkt nicht als Beispiel dienen. Der Ausstieg der Krankenkassen aus der Prothetik ist für die Bundesrepublik sozialpolitisch unvertretbar und erst recht für die Versicherten in den beigetretenen Ländern der ehemaligen DDR. Zahnersatz muß aus Sicht der Zahnärzte und der Krankenkassen auch weiter ein versicherbares Risiko bleiben. Einer Mengenausweitung kann man mit Qua-

litätssicherung begegnen. Greift die Qualitätssicherung, reduziert sich die Menge der erbrachten Leistungen von selbst. Trotzdem sind fast zwei Jahre ins Land gegangen, ohne daß von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung irgend etwas Substantielles zur Qualitätssicherung zu hören war. Auf Diskussionsangebote der Krankenkassen wurde nur zum Schein eingegangen. Die zahnärztlichen Standesvertreter betrachten anders als die Ärzte Qualitätssicherung nicht als Aufgabe, sondern als Gefahr. Schlechte Qualität treibt die Menge, Menge treibt die Honorare nach unten. Es muß klar sein, daß ein Honorarsystem mehr ist als ein Einkommenssicherungssystem. Es ist vor allem auch ein Preissystem, das das Leistungsgeschehen steuert. Dabei sind Qualitätsfragen durchaus relevant. Die beste Qualitätssicherung bestünde in einer freien Preisbildung, um Wettbewerb zwischen dem Leistungserbringen. Beides ist durch unser heutiges System verhindert. Es gibt auch gute Gründe, am Tarifsystem der Zahnärzte festzuhalten, nicht zuletzt aus Sicht der Krankenkassen. Deshalb ist Phantasie gefragt und es sind auch ordnungspolitische Lösungen vorgeschlagen worden. Danach könnte für Zahnersatz zum Beispiel eine realistische mehrjährige Gewährleistungsfrist eingeführt werden, um die ungewollten Effekte des Honorarsystems auszuschalten. Ein solches System muß weder zur Defensivmedizin führen noch erscheint das Problem des Zahnarztwechsels unlösbar. Auch über das sogenannte HMO-

System für Zahnärzte könnte man diskutieren. Bei diesem System erhält der Versicherte eine Versorgungszulage von seiner Krankenkasse, die auf die Zahnärzte begrenzt ist, die einen entsprechenden Vertrag mit dieser Kasse haben, oder sich einer entsprechenden Vereinbarung der KZV angeschlossen haben. In diesem Vertrag wird die Versorgung gegen einen Pauschalbetrag dem Patienten garantiert. Der Zahnarzt wird somit von den Zwängen der Gebührenordnung befreit und kann zum Beispiel der Zahnerhaltung Vorrang geben, ohne finanzielle Nachteile zu erfahren. Er muß sich allerdings in einem stringenten System an der Qualitätssicherung beteiligen. Das System hat außerdem den Vorteil, daß sich der Zahnarzt bei seiner Behandlung präventiv orientieren kann, ohne sich auf der Honorarseite selbst zu schädigen. Konkurrierende Systeme, die auch von den Zahnärzten individuell größere Wahlmöglichkeiten geben würden, widerstreben allerdings den zahnärztlichen Standesfunktionären. Solange die Krankenkassen eine expansive Leistungs- und Vergütungspolitik betrieben haben, konnte man damit die Zahnärzte zufriedenstellen. Nun werden die Verteilungsschlüssel aber wesentlich enger und die Zahnärzte zahlen steigen stetig an. Eine völlig entrückte Funktionärgilde ist nicht mehr in der Lage, auf die Anforderungen der nächsten Jahre zu reagieren. Statt Monopolismus und Konfrontation sind Phantasie, Vielfalt und Wettbewerb gefragt. Die kümmerlichen Ergebnisse im Ho-

norarbereich der letzten Jahre sollten eigentlich ein Anstoß sein, nachzudenken. Wir Zahnärzte brauchen endlich wieder eine befriedigende zahnärztliche Berufsausübung und eine bessere Versorgung der Patienten. Die Möglichkeiten sind dazu gegeben. Zum Beispiel die Ausgestaltung des jugendzahnärztlichen Dienstes im öffentlichen Gesundheitswesen mit Behandlungserlaubnis, die Verbesserung der Kinderzahnheilkunde durch honorarpolitische Maßnahmen, Feldversuche zur Einführung neuer Gewährleistungssysteme oder die Erprobung eines HMO-Systems in Kooperation mit den Krankenkassen. Ich bedanke mich.

Busch:

Meine Damen und Herren, ich freue mich, heute hier bei Ihnen zu sein und Herrn Saekel vertreten zu können. Herr Saekel läßt Sie herzlich grüßen. Vorab liegt mir noch daran, Ihnen herzliche Grüße von Herrn Bundesminister Dr. Blüm zu überbringen.

Das alles überragende Thema dieser Zeit ist die deutsche Einheit. Durch unglaublichen Mut und Beharrlichkeit unserer Landsleute in der DDR wurde sie praktisch über Nacht möglich. Das ist ein historisch einmaliger Vorgang. Das bringt gewaltige Herausforderungen mit sich. Politiker, Unternehmer und alle Bürger im vereinten Deutschland können jetzt ungeheuerere Gestaltungsaufgaben angehen. Die Anpassungsprobleme sind bekannt. Sie erfordern gewaltige finanzielle Ressourcen.

Die konsequente Konsolidierungspolitik unserer Regierungskoalition in den letzten 8 Jahren gibt jedoch die Sicherheit, mit voller Kraft den umfassenden Aufbau im anderen Teil Deutschlands nach mehr als vier Jahrzehnten sozialistischer Mißwirtschaft bewerkstelligen zu können. Die Bundesregierung hat mit den beiden Staatsverträgen, dem Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion und mit dem Einigungsvertrag die Voraussetzungen geschaffen, um die beiden deutschen Staaten zusammenwachsen zu lassen. Am 3. Oktober ist die deutsche Einheit vollzogen worden, der wichtigste Schritt ist getan. Doch am Ziel sind wir noch längst nicht. Dies ist erst dann erreicht, wenn das bestehende Wohlstands- und Sozialstaatsgefälle endgültig der Vergangenheit angehört. Wir alle sind aufgerufen, alles in unserer Macht stehende zu tun, damit dieses Ziel möglichst bald erreicht wird.

Das andere Thema, das eben sehr wichtig ist, ist die Weiterentwicklung der Gesundheitsreform. Sie kann nicht mehr, wie noch vor einem Jahr, nur unter den Bedingungen gesehen werden, die in den Grenzen der ehemaligen Bundesrepublik vorgegeben sind; sie muß auch die Bedingungen und Voraussetzungen miteinbeziehen, die im Gebiet der heutigen DDR herrschen, also in unseren neuen Bundesländern Thüringen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Mit der Gesundheitsreform haben wir die Weichen für eine Umsteuerung

in der Krankenversicherung gestellt. Die Reform wird Versorgungslücken abbauen, die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten stärken und die Leistungen der Krankenkassen auf das medizinisch Notwendige konzentrieren. Ein besonders wichtiger Ansatzpunkt der Reform ist das Umsteuern zugunsten von mehr Prävention. Sie erfordert vor allem ein verstärktes Gesundheitsbewußtsein. Gesundheit ist kein Gut, das den Menschen auf Dauer von selbst zufällt. Sie muß vielmehr durch aktive Lebensführung und gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen gestaltet werden. Besonders groß war der Reformbedarf in der zahnmedizinischen Versorgung, denn hier zeichnete sich die Bundesrepublik Deutschland zwar durch einen besonders umfangreichen Leistungskatalog in der sozialen Krankenversicherung aus und nahm im internationalen Vergleich bei den Pro-Kopf-Ausgaben auch weltweit eine Spitzenposition ein. Allerdings, den Versorgungsmöglichkeiten im medizinischen und finanziellen Bereich stand und steht keine entsprechende Spitzenposition bei der Zahngesundheit gegenüber. Worauf ist das zurückzuführen? Der bisher vorherrschende restaurative zahnmedizinische Therapieansatz, auftretende Zahnkrankheiten symptomatisch zu behandeln, ist langfristig zum Scheitern verurteilt. Denn die zahnmedizinische Versorgung ist, im Unterschied zur Medizin, durch eine Eigendynamik gekennzeichnet. Sie besteht darin, daß eine Zahnkrankheit in der Regel nicht heilt,

sondern ein einmal gefüllter Zahn während der gesamten Lebenszeit versorgt bleiben muß.

Insofern geht die Nachfrage zahnärztlicher Versorgung nicht zurück, sondern steigt permanent an. Ansätze kostendämpfender Art können hieran wenig ändern. Abhilfe kann prinzipiell nur durch einen Wandel des therapeutischen Ansatzes geschaffen werden. Da die meisten Zahnkrankheiten durch breitenwirksame Prophylaxe vermieden oder zumindest lange hinausgeschoben werden können, kann nur eine Umorientierung des Ansatzes von der Spät- zur Frühversorgung und zur Vermeidung von Zahnkrankheiten sinnvoll sein, um die Effizienz zu erhöhen. Ebenso wie es in der Schweiz und Dänemark zum zukünftigen Leitbild der Zahnärzte gehören soll, durch systematische Vorbeugung und Bekämpfung der oralen Erkrankungen die Notwendigkeit kurativer und restaurativer oder therapeutischer Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren und aktive Erkrankungen durch Methoden der Remineralisierung zu stoppen, und somit Füllungen und Zahnersatz zu vermeiden, muß dies auch in Deutschland zukünftig zur vorrangigen Aufgabe zahnmedizinischer Betreuung gehören. Die Gesundheitsreform sieht deshalb ein dreistufiges Prophylaxekonzept vor: 1. Gruppenprophylaxe als Basis und Basisprophylaxe für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, gekoppelt mit einer Intensivprophylaxe für Risikofälle. 2. Individualprophylaxe vom 13. bis zum 20. Lebensjahr. 3. Regelmä-

ßige, mindestens einmal im Jahr stattfindende Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt und gegebenenfalls Frühbehandlung für Erwachsene. Wer die Prophylaxestufen jeweils regelmäßig einhält, wird durch einen Bonus bei später evtl. nötig werdendem Zahnersatz belohnt. Ich meine, dieses Konzept der zahnmedizinischen Versorgung, bestehend aus dem Vorrang für die Prophylaxe und einer Belohnung gesundheitsgerechten Verhaltens, dem Aufbau qualitätssichernder Maßnahmen, einer Eigenbeteiligung sowie der Kostenbeteiligung beim Zahnersatz, kann sich sehen lassen und ist zukunftsorientiert im besten Sinne des Wortes. Es gilt nun, diesen gesetzgeberischen Rahmen entsprechend auszufüllen. Hier bleibt allerdings noch eine Fülle zu tun. Insbesondere die Umsetzung der prophylaktischen Schritte geht viel zu langsam voran. Es ist jedoch zu hoffen, daß in den Fragen der präventiven Ausbildung der Zahnmediziner und den Fragen der praktischen Umsetzung der Prophylaxe bewährte Konzepte der Kinderzahnheilkunde in der DDR auch befruchtend auf das bundesdeutsche System wirken. Es besteht damit für die zahnmedizinische Versorgung im künftigen Deutschland die einmalige Chance, die richtungweisenden Ansätze der DDR in der Kinderzahnheilkunde mit den bewährten Versorgungsstrukturen freier Praxen und den Elementen der Eigenverantwortung und Belohnung bei regelmäßiger Vorsorge, wie sie das GRG vorsieht, zu verbinden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Reiter:

Im Gegensatz zu manchen Standesvertretern der Zahnärzte sehen wir die Zukunft der freiberuflichen Zahnheilkunde im Rahmen der GKV durchaus positiv. Zugegebenermaßen gibt es Einschränkungen durch Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Verträge, die aber alle darauf hinzielen, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche zahnärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen, wie es so schön formuliert ist im SGB V. Dies bedeutet letztlich nichts anderes, als daß Kosten und Nutzen der Leistungen in einer optimalen Relation zueinander stehen sollen. Dies aber wollen doch auch die Patienten und, nehme ich an, sicherlich auch die Zahnärzte. Ich wehre mich deshalb immer gegen den Begriff „kassenwirtschaftlich“, weil es ihn in Wirklichkeit gar nicht gibt. Viele Zahnärzte bestätigen in Gesprächen immer wieder, daß man im Rahmen der Richtlinien durchaus optimale Zahnheilkunde, nicht maximale Zahnheilkunde, erbringen könne. Manche sagen allerdings manchmal etwas pointiert, trotz dieser Richtlinien. Ich glaube auch nicht, daß es diese normativen Richtungen sind, die in letzter Zeit vermehrt den Wunsch nach dem Ausstieg aus der GKV laut werden ließen, doch ich bin inzwischen auch informiert, daß es hier anscheinend dreierlei Wege dazu gibt: Der sogenannte sanfte Ausstieg über die Privatliquidation, dann der begrenzte Ausstieg, eben Rückgabe nur der „RVO-Zulassung“, und dann der totale Ausstieg, der

also die Rückgabe der gesamten Kassenzulassung nach sich ziehen würde. Alle drei Modelle werden ja in Bayern derzeit versuchsweise praktiziert. Ich glaube also eher, daß die Politik des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, der dies bekanntlich ja schon seit vielen Jahren propagiert, durch die Einkommensabschmelzungen der letzten Jahre auf mehr Resonanz in der Basis stieß, genährt von dem Glauben, daß es, befreit von den Zwängen des Kassenzahnarztes, allen Zahnärzten besser gehe. Dies aber ist nach meiner Überzeugung ein Trugschluß, und zwar, weil dann das heutige Recht ja grundlegend geändert werden müßte. Ich habe da schon einmal ein paar Thesen aufgestellt, ich möchte sie kurz wiederholen, weil ich nicht annehme, daß es alle gelesen haben. Und zwar erstens der Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen: Zum Zwecke der Erhöhung des Gestaltungsspielraumes sowie als Voraussetzung für die Entfaltung von mehr Wettbewerb müssen die Krankenkassen das Recht erhalten, Vertragspartner unter den Behandlern nach Wirtschaftlichkeit und Bedarf auszuwählen, also das, wenn man so will, bekannte Einkaufsmodell, statt des Kontrollierungszwanges, dem wir jetzt unterliegen. Gleichzeitig müßte auch das Verbot von sogenannten Eigeneinrichtungen, zum Beispiel Ambulatorien, Polikliniken aufgehoben werden. Zweitens neue Vergütungsformen: In der Marktwirtschaft sind die Einkommenschancen bei freier Preisbindung von der

Knappheit der Leistungen abhängig. So muß auch hier die Ärzte- bzw. die sich abzeichnende Zahnärzteschwemme, zu einem relativen Absinken des durchschnittlichen Arzteinkommens führen, so wie früher der Ärztemangel zu einer relativen Erhöhung des Arzteinkommens führte. Drittens: Ökonomisch rechtliche Konsequenzen: Bei Einführung der freien Marktwirtschaft kann es keine gesamte garantierte Kostendeckung, auch nicht für kollektivvertraglich anerkannte Kosten und keinen administrativen Schutz vor Konkurrenten mehr geben. Ich denke hier an das Inkassoproblem, das Sie ja jetzt schon teilweise haben beim Zahnersatz. Zusätzlich ist mit einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand bei allen Beteiligten zu rechnen.

Und viertens: Liberalisierung des Standesrechts: Regulierungen über die wirtschaftlichen Aspekte der ärztlichen Berufsausübung müssen aufgehoben werden.

Dies bedeutet konkret, den Ärzten steht es frei, nicht nur die Unternehmensform einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts zu wählen, sondern ebenso handelsrechtliche Formen, z.B. Aktiengesellschaften. Das heißt, hier wird das Geld regieren, nicht unbedingt der Zahnarzt. Aufhebung des Verbots der unselbständigen Beschäftigung von Ärzten durch Ärzte oder durch sonstige Unternehmen bei Erbringung ambulanter Leistungen. Sie wissen ja, es gibt schon Versuche dieser Art. Zulassungen von integrierten Gesundheitsunternehmen, z.B. Krankenhausketten mit weiteren

Leistungsangeboten wie etwa Gruppenpraxen und sonstigen Einrichtungen der Gesundheitspflege. Dann Aufhebung des Werbeverbots. Und Freistellung der ambulanten Tätigkeit von Ärzten von der Bindung an eine Niederlassung. Die Krankenkassen befürchten allerdings, daß das, was derzeit die Marktentwicklung in den USA kennzeichnet, nämlich die Entwicklung zu einer Zweiklassenmedizin, Marktverflechtungen, Konzentration auf hochtechnologisierte Medizin, aufwendigen Qualitäts- und Komfortwettbewerb verbunden mit enormen Kostensteigerungen, auch in Deutschland das Ergebnis solcher gravierender Systemveränderungen sein wird. Ich bin davon überzeugt, daß die freiberufliche Zahnheilkunde im Rahmen der GKV gute Zukunftsaussichten hat. Allerdings wird man dazu das Kassenarztrecht auch künftig weiter entwickeln müssen, insbesondere was die Relation Qualität und Vergütung der Leistungen zueinander betrifft.

Ich kann mir vorstellen, wenn die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bereit sind, mit den Krankenkassen in Sachen Qualitätssicherung vernünftige Regelungen zu treffen, dann werden diese auch eher bereit sein, den Preis für die adäquaten Leistungen entsprechend anzuheben.

Vielen Dank.

Ernst:

Das Thema, dem wir uns hier heute alle stellen, ist die Zukunft der freiberuflichen Zahnheilkunde im Rahmen der

gesetzlichen Krankenversicherung.

Freiberufliche Zahnheilkunde und gesetzliche Krankenversicherung geraten in letzter Zeit immer mehr zu einem Gegensatzpaar. In den zahnärztlichen Medien wird der Anschein erweckt, daß die über 95 % Zahnärzte, die die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten verantworten und der Block der über 90 % gesetzlich Krankenversicherten nicht mehr kompatibel sind; der eine passe nicht mehr zum anderen. Dazu ist vielleicht eine kleine Begriffsbestimmung notwendig. Von einigen Standesvertretern wird der Eindruck erweckt, daß freier Beruf heißt, daß man seine Praxis und seine Gebühren so gestaltet, wie man es selbst für richtig hält. Das hört sich auch gut an, das paßt gut in jede Sonntagsrede, und das nennt man heute liberal.

Dabei wird eines übersehen: Wir sind kein Gewerbe, sondern wir sind ein freier Beruf. Einer der Hauptunterschiede des Freiberuflers zum Gewerbetreibenden ist die Verpflichtung, sich einer speziellen Berufsordnung zu unterwerfen. Das heißt, jeder Angehörige eines freien Berufes verpflichtet sich, Spielregeln einzuhalten, die erheblich restriktivere Pflichten beinhalten als Gewerbe. Wir sind als Freiberufler durch unsere Kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts sozusagen von einem Zaun umgeben. Dieser Zaun stellt einen Schutz von außen nach innen dar, aber er ist auch eine Barriere von innen nach außen.

Wenn in diesem Schutzraum gewisse

Regeln der Hygiene nicht eingehalten werden, dann wird er in seiner Isolation zur Peststation. Dies erleben wir im Augenblick. Es herrscht nicht mehr die gewohnte Ordnung und Aufgabenverteilung, sondern - um ein anderes Bild zu benutzen - wenn die Wölfe sich einmal im Gatter der Schafherde breitgemacht haben und keine innere oder äußere ordnende Hand eingreift, werden die Schafe bald gefressen. Im Augenblick vermehren sich die Wölfe, weil die Schafe schön fett und träge sind.

Als mein Vater sich 1946 mitten im dreckigsten Ruhrgebiet niederließ mit drei kleinen Kindern als freier Arzt in der Garage eines gemieteten Hauses mit Kohleheizung und Fahrrad für die Hausbesuche, bekam er nicht die Care-Pakete, die die Bergleute bekamen, die die Kohle förderten, die dringend notwendig war, um die Wirtschaft in Gang zu bringen. Ich habe aber fast mit der Muttermilch aufgesogen, daß es sein Stolz war, Freiberufler zu sein. Das hat offensichtlich also wenig mit wirtschaftlichen Dingen zu tun. Überlebensnotwendig wurde für ihn der Kampf um die Beteiligung zu den Krankenkassen. Aus diesem Kampf heraus ist übrigens der NAV entstanden, denn der NAV war zunächst der Verband der Nichtkassenärzte. Es war der Kampf gegen die Hybris der Kassen, die an den Geldquellen saßen. Aus dieser Zeit hat sich bis heute erhalten, daß die Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten auch als Privileg zu verstehen ist. Ein Privileg, das, nicht zu vergessen, uns immerhin

des Problems enthebt, Medizin nach dem Geldbeutel der Patienten betreiben zu müssen.

Was daraus werden kann, wenn so etwas geschieht, liest man in einem Zeitungsartikel in einer konservativen Zeitung vom letzten Sonntag: „Das Ansehen des amerikanischen Ärztstandes hat einen Tiefpunkt erreicht. Der Respekt vor seinen Heilkünsten wird ertränkt in der Verachtung vor seinem Profitdrang. Unpopulärer als Ärzte in den USA sind heute nur noch Rechtsanwälte. Die Opfer dieser Kommerzialisierung sind zuerst jene Pechvögel, die nicht nur krank, sondern auch arm sind. Die Entscheidung über die Qualität einer Behandlung des Patienten fällt oft bereits am Eingang einer Arztpraxis, wenn die Arzthelferin fragt, „welche Versicherung?“ Die Krankenversicherungen sind mit Schuld an der Misere, sie verhätscheln und umgarnen die gesunden Bürger des Landes mit billigen Prämien. Der unheilbar Erkrankte läuft Gefahr, von ihnen als nicht versicherbar eingestuft und im Stich gelassen zu werden. Die Zahl der unversicherbaren kranken Bürger wächst in den USA rapide. Ein Drittel der unversicherten Bürger sind Kinder. Das gesamte amerikanische Gesundheitssystem ist heute eine Goldgrube im Werte von 661 Milliarden Dollar, sagt Ralph Nader, der Verbraucherschutzapostel – und der Kampf um diese Goldgrube hat frivole Formen angenommen.“

Frivole Formen und frivole Äußerungen gibt es auch schon bei uns. Bei der

Eröffnungsveranstaltung des Freien Verbandes hat Herr Gutmann geäußert, er möchte eine heilige Kuh schlachten, und zwar die der sozialen Verpflichtung: „Die Zahnärzte haben keine soziale Verpflichtung, sondern eine hippokratisch-ethische gegenüber den Patienten, die vor ihm sitzen.“ Ob er wohl den Eid des Hippokrates gelesen hat? Gutmann bezeichnet sich selbst als Fundamentalisten. Er hat Hippokrates als Fundamentalist zu seinem Mohammed gemacht und an die Stelle des Sozialgesetzbuches setzt er seinen eigenen Koran. Nur – dieser Mann ist kein Ayatollah, sondern er ist Vorsitzender des Landesverbandes des Freien Verbandes in Bayern. Die Ergebnisse seiner Politik sind aber dieselben. Isolation, Zwiebracht, Rückschritt, Ungerechtigkeit und, das betrifft uns alle wieder, Politikunfähigkeit.

Was bleibt uns zu tun übrig? - Zukunft war gefragt. Der Staat hat die Bedingungen vorgegeben, aus welchen Gründen auch immer. Ich teile sie streckenweise nicht, z. B. die, daß die Kassen nicht mehr Geld ausgeben dürfen als es die Steigerung der Grundlohnbezüge zuläßt. Wenn man davon ausgeht, daß wie bisher über 90 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, gibt es im Grunde nur drei Möglichkeiten, den hohen Stand der zahnmedizinischen Versorgung aufrecht zu erhalten:

1. Man erhebt einen Eigenanteil der Kosten von dem Versicherten selber, Stichwort „Selbstbeteiligung“.
2. Man beschränkt den Leistungskata-

log der Krankenkassen. Das nennt man dann „Grundversorgung“.

Es gibt Kombinationsmöglichkeiten von beiden. Diese beiden Lösungen beinhalten schwere soziale Nachteile. Ich für meinen Teil gebrauche den Begriff des Sozialen also noch. Diese Lösungen führen zur Mehrklassenmedizin und stellen die Therapiefreiheit unter nicht-ärztlichen Gesichtspunkten in Frage, Hauptgesichtspunkt wird der Geldbeutel des Patienten.

Und darum plädiert der DAZ, und jetzt bin ich bei der Zukunft, für eine dritte Version. Dies ist eine Kombination von zwei Faktoren, die wir seit 10 Jahren landauf, landab vertreten. Es geht um die Senkung der Morbidität, sprich Prophylaxe und Prävention. Die vorhandenen Mittel sind sehr viel wirkungsvoller einzusetzen, wenn man zum Beispiel mit einer flächendeckenden Gruppen- und Individualprophylaxe die 25 % der Kinder frühzeitig betreut, die über 70 % der Karies auf sich vereinen.

Eine zahnärztliche Standespolitik, die nicht ständig den Finger in diese Wunde legt, darf sich nicht wundern, wenn ihre betriebswirtschaftlich verständlichen Forderungen nach Aufrechterhaltung der praxis aurea in der Öffentlichkeit und bei den Politikern kein Gehör finden.

Der zweite Faktor ist der sinnvollere und gezieltere Umgang mit den eingesetzten Geldmitteln - zum Beispiel über die Haltbarkeitsdauer der Arbeiten. Es muß bei den Patienten und ihren Krankenkassen das Interesse geweckt werden, für ihre Mitglieder qualitativ besse-

re Leistungen einzukaufen. Patient und Kassen haben ein Interesse daran, das Wiederholungsrisiko abgenommen zu bekommen, das sich für sie schnell mit -zig Millionen im Jahr rechnet - für uns auch. Was spricht dagegen, daß in gewissen Fällen der Zahnarzt mit seinen Patienten und der Kasse eine Gewährleistungsfrist von drei bis fünf Jahren für einzelne Leistungen vereinbart und dafür 15-20% mehr Honorar bekommt? Kollegen, die wie bisher ordentlich arbeiten, werden unter dem Strich einen Gewinn daraus ziehen, Patient und Kassen auch. Dieses Verfahren funktioniert übrigens ohne Fremdsteuerung.

Für mich ist das Sachleistungsprinzip kein Dogma. Wenn es aber zum Strangulierungsinstrument wird, zum Beispiel wenn die BRD/DDR-Grundlohnsummen zusammenaddiert werden, und für das ganze Deutschland dann eine 85 % Bema-Quote herauskommt, ist für mich das Ende der Fahnenstange erreicht.

Gesetzgeber und Kassen werden dann ihrerseits in die Pflicht genommen, für das Gemeinwohl tätig zu werden und ein Abstürzen der zahnärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu verhindern. Dabei können private Zusatzversicherungen ihren Teil durchaus übernehmen, vorausgesetzt dabei, und das ist mir sehr wichtig, daß auch sie am Solidarausgleich beteiligt werden. Die staatliche Fürsorgepflicht darf sich also nicht zurückziehen. Die zahnärztlichen Berufsorganisationen, und nun bin ich wieder bei dem Bild mit dem Zaun, haben sich als unfähig her-

Produkte aus der elmex Forschung

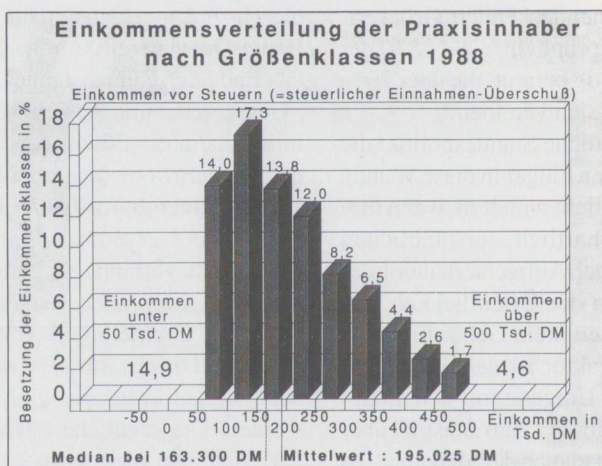
ausgestellt, die Ordnung standesintern auch nur einigermaßen aufrecht zu erhalten und die Wölfe von der Schafherde fernzuhalten. Wenn die Frage nach der Effektivität der Standeshygiene nicht bald beantwortet wird, hat die Zahnmedizin in der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich keine Chance.

Dann wird der Kampf der Zahnärzte nicht mit der Erhaltung der Freiheit enden, sondern, und das ist die vierte Version, man wird uns schlicht und einfach den Stuhl vor die Tür setzen. Es gibt wichtigere Dinge, für die in naher Zukunft öffentliche Gelder benötigt werden, als die Reparaturen von letzten Endes individuell selbst verschuldeten Schäden, die nicht mal lebensbedrohend sind. Vielen Dank.

Aus einer Pressemitteilung des Freien Verbands Zahntechnischer Laboratorien e.V.

„Während die übrige deutsche Wirtschaft vor Kraft aus allen Nähten platzt, leiden die Zahntechniker unter staatlicher Reglementierung und der Bevormundung durch die Krankenkassen.“

Dazu der Bundesvorsitzende Herbert Stolle, Cuxhaven: „Seit über zehn Jahren sind wir keine freien Unternehmer mehr. Blockierte Preise bei gleichzeitigem steigenden Leistungsdruck kennzeichnen das Bild eines einstmals blühenden Berufsstandes. Wenn das so weiter geht, werden wir mit vollen Auftragsbüchern in die Pleite reiten. Unsere Situation ist vergleichbar mit einem Sklavenschiff, das mit unbekanntem Ziel immer schneller gerudert werden muß“.



Aus den ZM 14/90

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

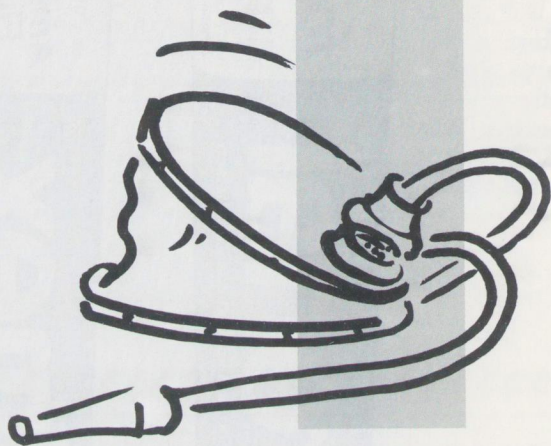
Produkte aus der elmex Forschung

Was hat ein Blasebalg mit **a^{dec}** gemeinsam?

Luft

adec: Seit 25 Jahren Maßstab für Luftsteuerung im dentalmedizinischen Bereich. Das Prinzip der Luftsteuerung sichert Ihnen ein Höchstmaß an Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit.

Unsere Konzeption gewährt eine einfache Installation und äußerst geringe Wartungskosten.



... und mit dem eingesparten Wartungs-Budget leisten Sie sich...

Interessiert?

Fordern Sie Info-Material direkt bei adec-Deutschland.

dental-product-service gmbh
Berliner Straße 251, 6200 Wiesbaden
Telefon 0611-711067
Fax 0611-711009

a^{dec}

Die Zukunft bringt Strukturwandel überall !

Rechenschaftsbericht des DAZ-Vorsitzenden Dr. Ernst
zur Jahreshauptversammlung in Frankfurt 12.-14.10.90

DDR

1988 stand unter der standespolitischen Überschrift: „Wie lebt es sich mit der neuen GOZ“, 1989: „Wie lebt es sich mit dem GRG (oder SGB V)“, und das Jahr 1990 steht auch in der Standes- und Verbandspolitik ganz unter dem Eindruck der Frage: „Wie lebt es sich als Zahnarzt in einem sich vereinigenden Deutschland?“

Damit alle wissen, wovon die Rede ist, die beim BDZ und beim Freien Verband immer „Mitteldeutschland“ hören: ich rede vom Gebiet der ehemaligen DDR und wüßte gern, welches Deutschland unsere Herren Repräsentanten östlich davon zu finden hoffen. Aber Schwierigkeiten mit der richtigen Einstellung zur Mitte hatten sie schon immer.

Schon sehr früh nach dem Fall der Mauer schwärmten Freiverbändler aus und ließen den UDZ gründen. Sie vollbrachten das niederträchtige Kunststück, den tief im Mangel steckenden und mit Neid und Bewunderung auf den Westen blickenden Kollegen das Lippenbekenntnis abzuringen, ein System wie das unsere sei ihnen nicht freiheitlich

genug – es sei abzulehnen. Wenn schon nicht die Praxen, so wurden doch die UDZ-Büros in der DDR mit westlicher Technik und Personal ausgestattet – was bei dem Großteil der Kollegen drüben zu erheblichem Befremden geführt hat. Nach dem großen logistischen Einsatz des FV ist der UDZ in der Ex-DDR die einzige flächendeckende Organisation der Zahnärzte und wird bald spurlos im FVDZ aufgehen, obwohl sich die kritischen Stimmen mehren.

Der DAZ hat im Rahmen seiner Möglichkeiten vielfältige persönliche DDR-Kontakte geknüpft. DAZ-Veranstaltungen in Schwerin, Erfurt und Chemnitz, aber auch in München, Hamburg und Oldenburg und viele Praxisbesuche haben Erkenntnisse auf beiden Seiten gebracht, vor allem haben sie im Westen die bis dahin als gravierend empfundenen eigenen Probleme relativiert und gemildert angesichts der Existenzängste der Kollegen im Osten.

Unsere über den NAV geknüpften Verbandskontakte zu Zahnärzten im Rudolf-Virchow-Bund fielen etwas spärlich aus, da im Laufe des Jahres die

Ansprechpartner fehlten. Nach dem Zusammenschluß des R.-V.-Bundes mit dem NAV und nach der Fusion des DAZ mit dem NAV werden wir den Kollegen des R.-V.-Bundes sicher näher rücken und unsere Hilfe anbieten; Gespräche haben Ende September in Berlin bereits stattgefunden und werden fortgesetzt, dabei wollen wir uns vor allem und schnell um sachliche Information bemühen. Wir kommen auf das Thema an anderer Stelle zurück.

Einen erheblichen Dämpfer haben die Bemühungen um die Etablierung einer dem westlichen Niveau angepaßten Zahnheilkunde in Ostdeutschland durch die Ankündigung eines Abschlages von unserem BEMA bekommen.

Zur 45%-BEMA-Quote für Zahnärzte in dem Gebiet der ehemaligen DDR ist es gekommen, weil das SGB V die Steigerung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung an die Grundlohnsumme knüpft.

Wenn nun auch in der ehemaligen DDR der Krankenkassenbeitrag die 12,8 % des Westens nicht überschreiten soll, dann dürfen die Krankenkassenausgaben pro Kopf nicht mehr als 45 % der BRD ausmachen, da die Grundlohnsumme in der ehemaligen DDR nur knapp 45 % der BRD-Grundlohnsumme ausmacht. Also schließt man kurz: dann darf der östliche BEMA-Punktwert eben nur 45 % des westlichen betragen. Dieses ist aber tatsächlich ein Kurzschluß: die Rechnung geht nur dann auf, wenn

auch dieselbe Anzahl von Leistungen erbracht und in Rechnung gestellt werden. Viel wahrscheinlicher ist aber, daß dort durchschnittlich viel weniger Leistungen als bei uns zur Abrechnung kommen. Wenn man also schon eine solche Quote einführt, dann muß zumindest der Anteil der Gesamtausgaben, der auch im Westen für die Zahnheilkundeleistungen zur Verfügung steht, zur Verteilung kommen. (Entsprechend etwa 12 % der Gesamtausgaben). Das ist aber das geringere Übel. Viel schlimmer wird sich auswirken, daß eine 45%-BEMA-Quote die unwirtschaftliche Leistungserbringung in den alten Strukturen zementiert, weil sie Investitionen unmöglich macht. *Ein System mit angestellten Ärzten im Bereich der Versorgung arbeitet unwirtschaftlich. Am leistungsfähigsten und am menschenwürdigsten ist die Versorgung dort, wo sie von freiberuflich tätigen, nach Einzelleistung honorierten Ärzten und Zahnärzten erbracht wird, deren Verpflichtung fürs Gemeinwohl staatlich oder halbstaatlich gesetzlich institutionell verankert ist.* Darum sind – von einer kurzen Übergangszeit abgesehen – alle Modelle unbrauchbar, die Polikliniken und Ambulanzen in nichtärztlicher Trägerschaft vorsehen – gleichgültig, ob es sich bei den Trägern um private Kapitalgeber, die öffentliche Hand oder um Krankenkassen handelt. Jede finanzielle Fremdbestimmung in einem nach Leistung finanzierten System verfremdet das Arzt-Patienten-Verhältnis und provoziert Mißbrauch.

Darum ist es sinnvoll, den BEMA-Punktwert in der ehemaligen DDR möglichst hoch anzusetzen, um möglichst schnell die Strukturen zu überwinden, die zu Ineffektivität und Verschwendung von Ressourcen geführt haben. Je schneller sich dort viele Kollegen in eigener Praxis oder in Praxisgemeinschaften niederlassen, desto eher wird eine wirtschaftliche menschenwürdige Versorgung möglich. Bestehende Polikliniken und andere Behandlungseinrichtungen sind streng nach Einzelleistungen zu honorieren. Davon auszunehmen sind lediglich Einrichtungen, die der Prävention und der Betreuung von Behinderten, sozial Schwachen oder Risikopatienten dienen. Sie müssen sich am Bedarf orientieren und dürfen sich nicht marktwirtschaftlichen Gesetzen unterordnen müssen.

Auch in diesem Zusammenhang weist der DAZ darauf hin, daß jede Unterbewertung von Einzelleistungen ebenso wie Pauschalierungen dazu führt, daß Leistungen schneller und damit in schlechterer Qualität erbracht werden.

Es kann nicht Sinn von Strukturveränderungen sein, die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung noch weiter zu verschlechtern. Es scheint allerdings, daß das Bundesarbeitsministerium statt sinnvoller Gesundheitspolitik erneut Fiskalpolitik auf dem Rücken der Patienten betreibt.

Ein wesentlicher Einsatz des DAZ galt dem Erhalt der Kinderstomatologie und

seiner Strukturen. Ein Viertel der in dem Gebiet der ehemaligen DDR tätigen Kollegen sind Kinderstomatologen, davon überproportional viele Frauen. Sowohl die rigiden Privatisierungspläne der ersten Stunde als auch die absehbare Leere in den öffentlichen Kassen haben gerade bei diesen Kollegen erhebliche berechnete Existenzängste geschürt, die bis heute nicht ausgeräumt sind.

Der DAZ hat sich da, wo es ihm möglich war, heftig für den Erhalt der Ausbildung und des Berufsbildes eingesetzt, getragen von dem Bewußtsein, daß hier blindlings eine der wenigen Strukturen verspielt wird, in denen das DDR-System dem unsrigen überlegen war.

In seinem Bericht geht Manfred Witte als DAZ-Referent für Prävention und Prophylaxe genauer auf die Aktivitäten ein.

Im Rahmen dieses Berichtes kann ich nicht auf das gesamte Spektrum der DDR-Problematik im Bereich zahnmedizinischer Versorgung eingehen; auf eines will ich aber noch hinweisen: Das Hick-Hack um staatliche oder gegliederte Krankenversicherung, und die Anteile der einzelnen Kassenarten innerhalb dieser Gliederung, um die Praxisstrukturen der Zukunft, ob Poliklinik, Ambulatorium, Gruppenpraxis mit fremden Investoren oder Kassen als Geldgebern mit angestellten Zahnärzten oder ob Einzelpraxis eines freiberuflich tätigen Zahnarztes zeigt uns, was

unfähige Standespolitik in 4 Jahrzehnten nicht zustande gebracht hat: es fehlt der Nachweis über die Effektivität unseres westlichen Systems – ein Nachweis, den der DAZ seit Beginn seines Bestehens den Standesoberen abzurufen versucht hat. Wären sie nicht zu feige gewesen, Instrumente und Maßnahmen zu diskutieren, wie man standesintern Mängel abstellen und Verschwendung in den Griff bekommen kann, brauchte man heute nicht lange nach dem effektivsten System zu suchen. Ihre Schubladen, meine Herren vom BDZ, der KZBV und des FVDZ, sind aber leer. Diese leeren Schubladen sind der entscheidende Grund dafür, daß die Kolleginnen und Kollegen drüben in völliger Passivität heute den agilen Krankenkassenmanagern und Sozialpolitikern ausgeliefert sind und vorläufig keine Chance auf irgendeine Form der Selbstbestimmung haben. Kammern und KZVen gründen sich gerade erst, vorhandene brauchbare Strukturen gibt es nicht, und der UDZ hat sich in den wenigen Monaten seines Bestehens seinen politischen Kredit ebenso verspielt wie bei uns der FVDZ.

Die Kollegen in der ehemaligen DDR geraten vom Regen in die Traufe. Aus der eben abgelegten Abhängigkeit vom Staat geraten sie in die Abhängigkeit vom Geld. Was bis dato der Bezirkszahnarzt mit Blick auf das Parteibuch zu verhindern wußte, verhindert heute der Kreditsachbearbeiter der APO-Bank mit Blick auf die Kreditwürdigkeit und das Banksparbuch.

Das Modell des FV jedenfalls, alternative Niederlassung für alle und sofort, ist unmenschlich angesichts des heterogenen Altersaufbaus der Kollegenschaft. Es müssen schon differenziertere Modelle her, die allerdings mit versteckten oder offenen Subventionen wie z.B. Fallpauschalen der freien Niederlassung nicht die Butter vom Brot nehmen dürfen.

Das Recht auf freie Berufsausübung des Zahnarztes ist nicht zu lösen vom Recht des Patienten auf eine qualifizierte Versorgung, vom Recht der Kinder und Jugendlichen auf Präventivmaßnahmen, auf Schutz vor gesundheitsschädlichen Einflüssen.

Der Anspruch des Arztes auf eine freie Praxis ist nicht zu lösen vom Anspruch des Patienten auf die freie Wahl des Arztes. Dies aber setzt eine gegliederte Krankenversicherung mit Solidarausgleich voraus. Das heißt nicht, daß Patienten nicht auch medizinischen Luxus aus der eigenen Tasche bezahlen sollten. Das heißt auch nicht, daß Kollegen, die ihren Patienten Brillanten in die Schneidezähne setzen, sich nicht auch weiterhin Zahnarzt nennen dürfen.

Aber der Zwang des Patienten, sich zur Wiederherstellung seiner Gesundheit den Arzt nach dem Geldbeutel aussuchen zu müssen, kollidiert mit dem ethischen Anspruch unseres Berufes. Ärzte dürfen sich nicht zu Protagonisten des Sozial-Darwinismus machen oder machen lassen.

Mit der Bindung der Bruttohonorare an die Grundlohnsumme hat der Staat allerdings schon selbst dafür gesorgt, daß sich die tätige Verpflichtung zum Gemeinwohl dem Bewußtsein der freiberuflich tätigen Zahnärzte immer weiter entfremdet. Vom leisetretenden provinziellen Krankenscheinsammler bis zum City-Nobelzahnarzt verfestigt sich die Verdrossenheit darüber, daß Regierung und Opposition vor allem an die nächsten Wahlen denken und damit an sich selbst und weniger an das von ihnen oft reklamierte Allgemeinwohl z.B. in Form einer qualifizierten zahnärztlichen Versorgung. Es geht ihnen keineswegs ums Sparen, sondern lediglich um eine Umverteilung von Geldern.

BMA-Anhörung Festzuschüsse 26.03.90

Das BMA hatte den DAZ eingeladen, seine Meinung zu den im § 30 SGB V festgelegten Zuschußregelungen für Zahnersatz zu äußern, dessen Ausgestaltung in die Hände der Selbstverwaltung gelegt war.

In unserer Stellungnahme haben wir zum Ausdruck gebracht, daß jedes Zuschußdifferenzierungsmodell nur eine schlechtere Lösung bringen kann als das jetzt bestehende.

Die Grundidee der Differenzierung bedeutet eine Einschränkung der Therapiefreiheit nach nichtmedizinischen Gesichtspunkten. Budgetbegrenzungen oder Standards sollten die Entscheidung für oder gegen eine wirtschaftliche und

indizierte Therapieform nicht beeinflussen. Andere Maßnahmen wie Richtlinien und Hinweise hatten schon 1986 und 1987 ihre Wirksamkeit eindrucksvoll nachgewiesen und wären durch die neue Regelung außer Kraft gesetzt worden. Zumindest aber hätte ein Patient, für den eine aufwendigere Therapie als die Mindestversorgung erforderlich wäre, so gestellt werden müssen, daß er wenigstens den Zuschuß der einfacheren Versorgungsalternative erhalten hätte. Der Patient wäre also für eine Zusatzleistung aus eigener Tasche für qualitativ höherwertige ZE-Versorgung noch durch einen niedrigeren Zuschuß bestraft worden.

Der DAZ hat ebenso auf die noch immer offene Frage der Bonusregelung hingewiesen. Als wirksame Qualitätssicherungsmaßnahme für die Zeit nach dem 21.12.90 darf zur Gewährung des Bonus allerdings nicht nur die Vorsorgeuntersuchung herangezogen werden, sondern die daraus eventuell folgende Sanierung muß nachgewiesen werden. Das Testat dafür kann durch die Krankenkasse erfolgen, denn nur sie hat die entsprechenden Daten vollständig vorliegen – z.B. bei Zahnarztwechsel. Zudem ist die Modalität der Zuschußgewährung nicht Angelegenheit des Behandlers, sie ist eine rein versicherungstechnische Angelegenheit.

Zur Approbationsordnung

Im April haben die Kollegen Lemmer, Murphy und ich ein mehrstündiges Gespräch im Gesundheitsministerium

mit der für die Approbationsordnung zuständigen Ministerialrätin Schleicher geführt.

Dabei hat sich herausgestellt, daß die Haupthindernisse bei der dringend notwendigen Änderung bei den Hochschullehrern und neuerdings auch beim BDZ liegen. Bei den Hochschullehrern, weil sie in ihren Elfenbeintürmen immer schon alles beim Alten bleiben lassen wollten und die großen Lehrstühle bei Einführung der Fächer Parodontologie und Kinderzahnheilkunde eine Verkleinerung ihres Bereiches fürchten. Beim BDZ, weil er eben die Zustimmung dieser konservativen und einflußreichen großen Lehrstühle bei der Verweigerung der Qualitätssicherung braucht. Gegen diese Blöcke aber kann und will das Gesundheitsministerium keine Politik machen – trotz Einsicht in die Notwendigkeit.

Bezüglich der Forderung nach drastischem Zurückfahren der Zulassungszahlen stellte Frau Schleicher fest, daß jegliche auf den Zahnärztebedarf abzielende Argumentation kontraproduktiv sei; einerseits werde hierbei stets das Motiv der Besitzstandswahrung unterstellt, vor allem aber steht einem solchen Ansatz das Grundrecht auf freie Wahl des Ausbildungsplatzes entgegen, das die staatlichen Hochschulen in jedem Falle zu einer „erschöpfenden Nutzung“ ihrer Ressourcen zwingt.

Der einzige Hebel, mit dessen Hilfe die Zulassungsquoten gesenkt werden

können, sei die Feststellung von kompetenter Seite, daß mit den derzeitigen Studentenzahlen die Qualität der Ausbildung unter ein vertretbares Niveau absinken würde. Hier seien vor allem die Hochschullehrer, aber auch die Berufsvertretungen gefordert. Für den Fall des Vorliegens eindeutiger Erklärungen dieser Art sagte Frau Schleicher Initiativen zur entsprechenden Änderung der AO und daraus folgend der KapVO zu.

Der DAZ wird offenbar als seriöser Gesprächspartner geschätzt, zumal wir nicht als auf eigene Vorteile bedachte Interessengruppe auftreten. Nichtsdestoweniger haben die Voten der Hochschullehrer und des BDZ – in dieser Reihenfolge – naturgemäß ein sehr viel größeres Gewicht.

Um auf weitere Entwicklungen Einfluß nehmen zu können, müßte der DAZ bei beiden genannten Gruppen Bündnispartner suchen, die an den oben skizzierten Punkten einhaken und, zeitlich und inhaltlich koordiniert, die gemeinsamen Interessen vertreten. Ansprechpartner sollten dabei vor allem auch die Ministerin selbst sowie ihre Staatssekretäre sein, um zusätzliche Schubkraft zu erzielen.

Zwei Jahre Kooperationsvertrag NAV-DAZ haben eine stabile Vertrauensbasis geschaffen und weitgehende Übereinstimmung in den grundsätzlichen Zielen der Gesundheits- und Sozialpolitik zwischen beiden Verbänden erwiesen. Der DAZ ist bei steigender Mitglie-

derzahl und wachsenden Aufgaben an die Grenzen der ehrenamtlichen Organisierbarkeit gestoßen. Die Anzahl der Funktionsträger, die noch einen Überblick über alle Aktivitäten hat, wird immer kleiner, der Abstand der Basis vom Vorstand immer größer. Die Vorstandsarbeit wird zwar immer qualifizierter, dabei aber auch uneffektiver, weil sie mangels Geschäftsstelle nicht mehr an ihre Adressaten nach innen wie nach außen transportiert werden kann. Für eine hauptamtliche Geschäftsstelle ist unser Etat aber zu klein. Darum ist die Einladung des NAV, unsere Arbeit unter seinem Dach fortzusetzen, von Anfang an beim DAZ auf reges Interesse gestoßen.

Das Hauptproblem bei einer Fusion eines so kleinen Verbandes mit einem so großen besteht aber im Erhalt der Identität des kleinen. Identität bedeutet auch Zugehörigkeitsgefühl, Stallgeruch, Nähe – eben das von allen DAZ-Insidern immer wieder beschworene „schöne DAZ-Gefühl“ des Zusammengehörens und Gemeinsam-Unschlagbar-Seins, was schon aus der DAZ-Entstehungsgeschichte stammt.

Mit dem Vorstand und der Geschäftsführung des NAV sind Gespräche über die Art und Weise geführt worden, wie der DAZ in den NAV eingebaut werden könnte. Daraus hat sich folgendes ergeben:

1. Der DAZ soll bei einer Fusion den satzungsmäßigen Status eines Landesverbandes des NAV bekommen

unter Eingliederung der Mitgliederverwaltung in die Datei des NAV – mit demselben Delegiertenschlüssel wie ein Landesverband – aber unter Erhalt seiner Strukturen (vor allem der Studiengruppen, des Vorstandsaufbaus etc.).

2. FORUM, KONTAKTE – kurz, die gesamte Meinungs- und Publikationsfreiheit bleibt dem DAZ erhalten.
3. Zum Erhalt seiner Handlungsfreiheit behält der DAZ vorläufig den Status eines eigenen e.V..
4. Die Beitrags- und Finanzhoheit geht an den NAV über. Welche Pflichten daraus für beide Teile erwachsen, muß noch juristisch exakt abgeklärt werden.

Nach der Fusion stellt der NAV-Bundesverband den Antrag auf seiner Hauptversammlung, für den DAZ einen Platz im Bundesvorstand des NAV zu schaffen. Was zur Fusion vereinsrechtlich erforderlich ist, wird bei der Rechtsabteilung des NAV geprüft. Der DAZ kann danach „DAZ im NAV“ heißen (wobei zu berücksichtigen ist, daß der NAV wahrscheinlich bald NAV-Virchow-Bund heißen wird). Die Fusion NAV-Virchow-Bund fand am 30. September 1990 in Berlin statt. Es haben 3 Vorstandsmitglieder des DAZ in Berlin an der Fusionsversammlung teilgenommen.

Insgesamt haben alle Teilnehmer den Eindruck, daß aus der Fusion NAV-DAZ alle Beteiligten Nutzen ziehen. Ich

verspreche mir von der Professionalisierung der Geschäftsführung mehr Handlungsfreiheit, einen besseren Informationsfluß, eine Verbreiterung der Basis von aktiven Mitarbeitern im Vorstand und etwas mehr finanzielle Unabhängigkeit.

Zum Grundsatzprogramm

Zu dem größten Übel allen politischen Handelns – also auch des standespolitischen – gehören die Hektik und die Alltagszwänge, die einen auf Ereignisse lediglich reagieren lassen, statt sie selbst zu gestalten. Wir haben uns darum im vergangenen Jahr vorgenommen, unser Programm neu zu überdenken. Dabei haben wir mehrere Ziele verfolgt:

Zum einen wollten wir Bilanz ziehen unter unserer bisherigen Arbeit. Wir wollten uns verdeutlichen, was wir mit unserem Programm von 1983 erreicht haben, was Wunschtraum geblieben ist und was sich sozusagen von selbst erledigt hat.

Daraus erwachsen natürlich neue Zielprojektionen als Orientierungshilfe für das politische Handeln des DAZ für die nächsten Jahre. Das Programm ist der kleinste gemeinsame Nenner unserer gemeinschaftlichen Arbeit. *Es ist die Balancierstange auf dem schmalen Grat zwischen Gemeinwohl und Eigeninteresse*, auf dem wir freiberuflich tätigen Zahnärzte uns ständig als fröhliche Leistungsträger aufrecht halten müssen.

Es freut mich besonders, daß die Arbeit am Programm auch Kolleginnen

und Kollegen aktiviert hat, die normalerweise nicht in der ersten Reihe stehen. Die aktive Mitarbeit von einigen wird uns auch in Zukunft wohl erhalten bleiben. – Wir sind darauf angewiesen.

Aber es ist auch ein schönes Teilergebnis der gemeinsamen Anstrengung gewesen, für die ich mich hiermit noch einmal bei allen bedanke.

Besonders wichtiges Ergebnis aber ist mir der öffentlich gemachte Nachweis, daß es in der Zahnärzteschaft eine standespolitische Partei gibt, die den Erfolg ihrer Arbeit nicht nur an den betriebswirtschaftlichen Bilanzen abliest. Denn das Hauptanliegen des DAZ ist die Förderung des Gesundheitswesens (so sagt es unsere Satzung) und darunter verstehe ich die *Mundgesundheit unserer Mitmenschen und zwar aller, nicht nur der Zahlungskräftigen*.

Daher befaßt sich das Programm auch mit der Aus- und Weiterbildung, mit Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe, mit der zahnmedizinischen Betreuung älterer Menschen und Behinderter, mit dem Umweltschutz, mit Qualitätssicherung, mit Entwicklung unseres Hilfspersonals und anderen Themen.

Es artikuliert die Hauptaufgabe des DAZ, anzuarbeiten gegen den *allgemeinen Verlust an Glaubwürdigkeit der Zahnärzteschaft* bei unseren Sozialpartnern und der Öffentlichkeit. Die Mitarbeiter am Programm würden sich freuen, wenn sie damit DAZ-Positionen argumentativ nach innen und nach au-

ßen eine breitere Basis verschafft und zur Versachlichung und Entzerrung mancher falscher Vorstellung beigetragen hätten. Es ist in einer Auflage von 4400 Exemplaren gedruckt worden und inzwischen an alle wichtigen Meinungs- und Entscheidungsträger in der Bundesrepublik versandt worden.

Wenn der DAZ sich auch im neuen Grundsatzprogramm zum Sachleistungssystem bekennt, dann nicht, weil er der Traditionspflege so verbunden ist. Dabei ist (nach Thielicke) Tradition nicht zu verstehen als das Bewahren der Asche, sondern als das Hüten der Flamme. Die Asche, auf die wir verzichten können, ist bei der Sachleistung die mangelnde Flexibilität, die Nicht-Anpassung an eine Gesellschaft im Wandel und die permanente Einmischung des Staates in privat zu regelnde Angelegenheiten im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Es gibt beim traditionellen Sachleistungssystem aber auch die Flamme, die zu hüten ist. In dieser Flamme spiegeln sich wider soziale Gerechtigkeit, Solidarität, Chance zur Selbstbestimmung durch Selbstverwaltung dezentral und auf unterer Ebene.

Das über die KZVen abgewickelte Sachleistungssystem mit Einzelleistungsvergütung ist das gerechteste, sozialste und kostengünstigste Modell, das zur Zeit im Gesundheitswesen denkbar ist. Die gesamte – westliche und östliche – Kollegenschaft beneidet uns um diese Strukturen. Trotz nötiger

Korrekturen, die durch gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel nötig sind, gibt es dem Arzt die Möglichkeit, seine Patienten nach der Indikation und der ärztlichen Kunst unabhängig von deren Geldbeutel zu behandeln.

Selbstverständlich muß dieses System weiterentwickelt werden. Durch das Versagen der Selbstverwaltung bei der effizienten Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Etablierung qualitäts-honorierender Faktoren kommen heute diejenigen Kollegen in finanzielle Schwierigkeiten, denen bei ihrer Behandlung Qualität vor Menge geht. Das kann nicht der Sinn einer leistungsge-rechten Honorierung sein.

Eine der frühesten Forderungen des DAZ war die Umstellung der quantitäs-orientierten Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die qualitätsorientierte. Man muß heute erkennen, daß dieses Vorhaben in nächster Zeit nicht zu verwirklichen ist. Dies hat im DAZ zu einem gewissen Umdenken geführt. Wir haben unsere Überlegungen zu einer Verbesserung der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung erweitert um Modelle, die besserer Leistung von vornherein einen finanziellen Anreiz verschafft.

Aus diesem Grund wird im DAZ seit einiger Zeit ein Gewährleistungsmodell diskutiert. Es beinhaltet grob skizziert eine höhere Honorarzahlgung der Kassen für Leistungen, deren Wiederholungsrisiko der Zahnarzt für einen gewissen Zeitraum übernimmt. Mit diesem Sy-

stem ließe sich also qualitativ hochwertige und damit haltbare Arbeit belohnen. Dieses System ließe sich mit ein wenig Phantasie zu einem Sanierungskonzept ausbauen, das die systematische Sanierung des Gebisses inklusive der Dokumentation hoch belohnt und über einen gewissen Zeitraum Erhaltungsmaßnahmen honoriert. Mit solchen Modellen ließen sich auch bei nicht mehr funktionierenden KZVen über Bonusregelungen Spreu vom Weizen trennen – sie hielten sogar Kostenerstattungsmodellen stand. Wir werden bald im einzelnen darüber berichten.

Über die augenblickliche Situation der kassenzahnärztlichen Versorgung, v. a. über die unsinnige Vorgabe des Staates, die Kassen dürften nicht mehr ausgeben als es die Steigerung der Grundlohnsomme zuläßt, habe ich bereits in meinem Statement bei der Podiumsdiskussion (siehe dort) gesprochen. Ebenso darüber, was der DAZ zur Bewältigung der Schwierigkeiten vorschlägt.

Es gibt Bereiche in unserer Berufsausübung, die sich nicht in marktwirtschaftliche Kategorien einordnen lassen. Dazu gehören die Sicherstellung der Versorgung mit z.B. dem Notdienst, dazu gehört die Weiterbildung, die Teilnahme an der Jugendzahnpflege, die Ausbildung von Hilfspersonal, die Einhaltung von Spielregeln der Berufsangehörigen untereinander.

Unser Berufsstand hat das Privileg eingeräumt bekommen, diese Dinge

selbst regeln zu dürfen – ein Privileg, das nur wenige Berufsgruppen genießen. Es funktioniert aber nur, wenn es mit einer gewissen Autorität ausgestattet ist. Die Autorität wird zur Zeit von mehreren Kräften ausgehöhlt. Die eine ist das wachsende Mißtrauen vor Fremdbestimmung, auch wenn sie durch ein selbstgewähltes Gremium ausgeübt wird, eine andere die ausufernde Individualisierung, die statt zur Solidarisierung zur Zersplitterung des gemeinsamen Interesses führt. Eine dritte die Standesführung selbst, die zwar eine Menge Lösungen bereithält, aber leider das Problem nicht erkennt. Die so ausgehöhlt Selbstverwaltung steht vor dem Offenbarungseid – der Staat steht bereit, die Konkursmasse zu übernehmen und auf unsere Kosten zu sanieren.

Es ist darum dringend nötig, im Management des 13 Mrd. Umsatz-Unternehmens Zahnheilkunde ein Revirement vorzunehmen. Noch bestimmen wir den Wechsel selbst. Noch können wir unsere Vertreter selbst wählen. Dabei haben wir zu wählen zwischen zwei Programmen: Entweder wir akzeptieren ein gewisses Maß an gesellschaftlichen Mindestanforderungen z.B. an Qualifikation, Hygiene, Umweltschutz, Honorartransparenz im Rahmen der guten Sitten – sprich Verbraucherschutz durch uns als dem Gewissen unterworfenen Leistungserbringer selbst – oder wir geben mit der Körperschaftlichkeit auch den Status des Freien Berufes auf und degenerieren zum bloßen Gewerbe.

So wie vor 20 Jahren das Hochschulrahmengesetz den Filz aus den vermufften Talaren geholt und die Bürokratie in die Hochschulen gebracht hat – so liegen heute Gesetzentwürfe in den Schubladen der Europa-Parlamentarier, die unsere Tätigkeit der Mitbestimmung paritätisch besetzter Laien-Gremien unterwerfen.

Dies ist der Exitus der Freiberuflichkeit, und die Totengräber sind die, die glauben, der Staat ließe die zahnärztlichen Körperschaften zu einer reinen Interessenvertretung der Zahnärzte umfunktionieren – wie Herr Bieg in seinem Referat vor seiner HV im Frühjahr als Hauptziel seiner Politik definiert hat.

Wer solches öffentlich fordert, schadet der Zahnärzteschaft. Der Berufsstand überläßt die Ausbildung seines Nachwuchses den beamteten Professoren, überläßt Niederlassung und Bedarfsplanung den Banken und beklagt dann, daß Bundestagsabgeordnete einen höheren Anstieg in ihren Diäten aufweisen als er selbst. Sie haben nicht begriffen, daß der Ausspruch von Lothar Späth, der da heißt: „Uns geht's schlecht, aber auf einem hohen Niveau“ ironisch gemeint war und als Mitleidsträger einer Öffentlichkeitskampagne nicht wirksam ist.

Wer seine Verhandlungspartner Banditen nennt, wie Herr Bieg in derselben Rede, wird sich daran gewöhnen müssen, seinerseits als Partner nicht mehr akzeptiert zu werden.

In jüngster Vergangenheit haben sich in der bundesdeutschen Parteienlandschaft die Republikaner ähnlich benommen – es ist zu hoffen, daß der deutsche Zahnarzt in Zukunft auf seinem Stimmzettel ähnlich Reife zeigt wie der deutsche Wähler.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben gehört, dies ist auch ein politischer Rechenschaftsbericht.

Wenn darin wichtige Tätigkeitsbereiche des DAZ nur kurz gestreift wurden, dann liegt das auch daran, daß wir in diesem Jahr die Berichte der Referenten für Prophylaxe, Umwelt und Qualitätssicherung extra vorliegen haben.

Wenn ich aber auch z.B. von dem Deal zwischen BDZ und DGZMK nicht mehr berichte (Sie erinnern sich: Hilfst Du mir beim Abschmettern der neuen Approbationsordnung mit mehr Kinderzahnheilkunde und Parodontologie, helfe ich Dir beim Abschmettern der Qualitätssicherung), dann fällt das unter das sicher weise Motto: *De mortuis nihil nisi bene.*

Was will die Mitgliederversammlung im Rechenschaftsbericht des Vorstandes hören?

Als wir uns im letzten Jahr von den schwankenden Planken der „Cap San Diego“ verabschiedeten, hatte der DAZ einen um zwei Kollegen erweiterten

Vorstand. Davon mußte sich unser Kollege Stottmeister sehr bald aus akuten gesundheitlichen Gründen von der aktiven Mitarbeit zurückziehen.

Seit einen Monat später die Mauer aufging, schlugen auch die DAZ-Uhren anders. Die Beschaulichkeit der Oppositionsbänke war dahin – es mußten alle mit anpacken.

Ich bin allein an 18 Wochenenden des letzten Jahres in Sachen DAZ unterwegs gewesen, dabei bitte ich die Frau des Nachfolgers wegzuhören! Allein aus unserer Praxis sind ca. 1800 Telefaxe verschickt worden, die Telefongespräche und Briefe sind nicht zu zählen. Das gilt sicher in gleichem Maße für die Praxen Hey/Nielsen/Wohlgemuth in München und vor allem in noch größerem Umfang für die Praxis von Helmut Diewald in Regensburg, der in diesem Jahr – dem letzten ohne Büro-Geschäftsstelle – schier Unmögliches geleistet hat. Bei ihm bedanke ich mich besonders.

Wir haben alle das gute Gefühl: Niemand muß Rechenschaft ablegen. Wer die Arbeit macht, tut es ehrenamtlich, so gut er es kann. Kritik an der Qualität ist natürlich erwünscht. Kritik an der Quantität ist nur gestattet, wenn gleichzeitig die Bewältigungsstrategien mitgeliefert werden.

Ich danke meiner Frau und meinen Kindern für die Geduld, obwohl auch hier der Spruch von SENECA gilt: es ist

nicht zu wenig Zeit, die wir haben, es ist zuviel Zeit, die wir nicht nutzen.

Die letzte Jahrestagung vor 1 Woche in Baden-Baden hatte das von uns initiierte Thema Qualitätssicherung. Wir hörten viel von Ethik, von Vertrauen, vom *Salus aegroti*, von sauberen Methoden der Forschung und der Therapie nach streng wissenschaftlichen Kriterien.

Die qualifizierte Versorgung der Patienten kann von niemand anders als von der Zahnärzteschaft selbst sichergestellt werden. Die Spielregeln dazu können auch nur standesintern aufgestellt werden. Uns Zahnärzten leuchtet das unmittelbar ein.

Dennoch stehen wir im europäischen Rahmen vor der Auflösung von Strukturen standesintern selbstbestimmter Körperschaften wie Kammern. Sie sollen nach dem Willen der Politiker ersetzt werden durch paritätisch besetzte Laiengremien wie Ethikkommissionen, die in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingreifen werden.

Angesichts solcher schon gefällter Entscheidungen muß sich die wissenschaftliche Dachgesellschaft fragen lassen, ob sie ihrem eigenen ethischen Anspruch gerecht wird, wenn sie über Jahre im Unverbindlichen bleibt – das Thema eher mit der Kneifzange anfaßt.

Den tatsächlich vorhandenen, sehr konkreten schädlichen Einflüssen auf die Ausübung der Zahnheilkunde können wir alle nur gemeinsam entgegen-

treten. Die wissenschaftliche Dachgesellschaft darf sich nicht länger zurückhalten, weil sie es nicht für ihren Auftrag hält, gesellschaftlich wirksam zu werden. Es muß auch im Elfenbeinturm ein qualitativer Unterschied sein, ob man Standards für niedergelassene Kollegen

oder für Ethikkommissionen erarbeitet. Noch haben wir die Wahl.

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

Bericht des Referenten für Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

M. Witte

1. Das Referat „Neue Strukturen für die Kinderstomatologie in der DDR - der richtige Weg zu mehr Mundgesundheit?“ am 16. März in Chemnitz beinhaltete eine Gegenüberstellung der Präventionsmodelle in beiden Teilen Deutschlands und forderte einen Erhalt der kinderstomatologischen Strukturen (Ausbildung, Prüfung, Weiterbildung, Fachzahnarztanerkennung, Arbeitsmöglichkeit). Der Vortrag zog eine Welle von Anfragen der Kinderstomatologen und stomatologischen Schwestern nicht nur aus dem Bezirk Chemnitz nach sich.

Nachdem sich der BDZ für eine Abschaffung der Weiterbildung „Kinderstomatologie“ ausgesprochen hat („Der Erhalt der Weiterbildung im Bereich der Kinderstomatologie als eigene Gebietsbezeichnung ist nicht notwendig, da die Ausbildung in der Bundesrepublik die Bereiche Prävention und Kinderzahnheilkunde abdeckt“ - ZM 80, 1253

(1990)) sind der DAZ und die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin von der Standesseite die einzigen Fürsprecher des Erhalts und der Übernahme bewährter Strukturen.

Die Marburger Resolution von Hochschullehrern der BRD/DDR wendet sich entschieden gegen die ersatzlose Abschaffung der fachzahnärztlichen Weiterbildung. Von Seiten der BRD wurde die Resolution nur von Einzelkämpfern wie Prof. Wetzel und Prof. Schmidt unterzeichnet. Ein stärkeres Engagement der AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe auch in Richtung Fusion mit der Gesellschaft für Kinderstomatologie ist unter der Ägide der DGZMK nicht zu erwarten.

Die Marburger Resolution wie auch der Entwurf eines Jugendzahnpflegegesetzes in der DDR wurden in DAZ-Stellungnahmen begrüßt.

2. Zum Stand der Ausgestaltung der §§ 21 (Gruppenprophylaxe) und 22 (Individualprophylaxe) SGB V kann fast ohne Änderung auf den Bericht des Jahres 1989, die Presseerklärung „Noch immer Prophylaxe-Stillstand“ vom 21. Okt. 1989 und unsere „Grundsätze und Empfehlungen“ verwiesen werden.

Auf Länderebene wurden die Rahmenempfehlungen für die Gruppenprophylaxe vom 26. Juli 1989 nach meiner Kenntnis bisher nur in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Berlin in Rahmenvereinbarungen umgesetzt. Der vom DAJ (Deutscher Ausschuß für Jugendzahnpflege) vorgelegte Dokumentationsbogen zeigt deutlich die Handschrift unserer Standesfunktionäre. Die Erhebung des Mundgesundheitszustandes im Rahmen von Reihenuntersuchungen ist nicht vorgesehen.

Die Einigung über einen Individualprophylaxe-Vertrag war zwar schon vor der letzten Jahreshauptversammlung in Sicht. Eine Einigung über die Richtlinien konnte dann aber erst im Sommer erzielt werden. Nachdem man sich über Leistungsbeschreibungen und Bewertungen geeinigt hatte, wurde ein Inkrafttreten für den 1. Okt. ins Auge gefaßt. Derzeit wird über Abrechnungsmodalitäten gestritten. Über die Papierstärke des Bonusheftes mag man sich wohl geeinigt haben.

Von einer ausreichenden Leistungsbeschreibung und leistungsgerechten Bewertung kann keine Rede sein. Die auf einer Sachverständigen-Anhörung

am 25. Okt. 1989 als vertragliche Leistung geforderte Fissurenversiegelung blieb unberücksichtigt. Wie sollen Zahnärzte trotz fiskalischer Vorgaben eine leistungsgerechte Bewertung herbeiführen, wenn kein Nachweis über eine qualifizierte präventive Ausbildung erbracht werden kann, qualifiziertes Personal für präventive Aufgaben fehlt und sich die Standesführung nicht ernsthaft für eine breitenwirksame Gruppenprophylaxe einsetzt?

3. Der Abschnitt Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe in den „Grundsätzen und Empfehlungen“ des DAZ setzt sich mit dem aktuellen epidemiologischen Forschungsstand in der Bundesrepublik auseinander, geht auf die Verzahnung von Gruppen- und Individualprophylaxe und die Versäumnisse des SGB V ein, stellt das DAZ-Konzept dem Obleute-System gegenüber, beschreibt die aktuelle Situation, sucht Verbündete für zukünftige Aktivitäten und zeigt die Salzfluoridierung als konkrete Handlungsmöglichkeit auf.

4. „Der Kariesbefall in der Bundesrepublik ist so hoch, daß skandinavische und Kollegen aus der Schweiz kürzlich meinten, gewisse kariesepidemiologische Untersuchungen seien bei ihnen heute infolge Reduktion oder gar Abwesenheit von Karies gar nicht mehr möglich. Dazu müßten sie nach Deutschland kommen.“ (Reihlen, ZWR 99, 199 (1990))

Herr Friel jubelte in einem Leitartikel der ZM (80, 1345 (1990)):

„Die Zahnärzte können stolz auf eine epidemiologische Spitzenleistung sein. - Jetzt liegt also eine große repräsentative Studie des Institutes der Deutschen Zahnärzte vor, finanziert von BDZ und KZBV,... Die Ergebnisse erlauben es, die deutsche Zahnheilkunde richtig und ohne Anlaß zur Bescheidenheit im internationalen Vergleich einzuordnen.“

Bisher liegen von der bevölkerungsrepräsentativen Erhebung des Mundgesundheitszustandes und -verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland, die von Blendax gesponsert wurde, nur „Basis-Ergebnisse in noch etwas fragmentarischer Form vor“, wie BDZ-Präsident Schneider in einer BDZ/KZBV-Presseinformation formulierte. Die gesamte Untersuchung soll Anfang nächsten Jahres in Buchform vorliegen. Anfang Sept. hieß es in ZM Aktuell „IDZ-Material zur Mundgesundheit ist jetzt erschienen“. Auch hier handelt es sich um die Veröffentlichung erster Ergebnisse. „Im Laufe des nächsten Jahres sollen die Detailergebnisse in der Gesamtstudie veröffentlicht werden.“

Der Kariesrückgang entwickelt sich demnach erfreulich:

DMF-T der 8/9jährigen 1,5 (1973 3,3), DMF-T der 13/14jährigen 5,2 (1973 8,8). Die positiven Ergebnisse werden übrigens nicht mit dem Obleute-Konzept in Verbindung gebracht. Vielleicht legte die in diesem Jahr erschienene IDZ-Studie „Die Arbeit des Zahnarztes als Obmann im Rahmen der Gruppenprophylaxe“ die Defizite zu offen dar.

Die WHO-Zielsetzung für das Jahr

2000 wird aber bei weitem nicht erreicht - DMF-T der 12jährigen 4,1 (aus den Ergebnissen der 8/9- und 13/14jährigen interpoliert) gegenüber der WHO-Forderung DMF-T 3.

Auf die in unseren „Grundsätzen und Empfehlungen“ geäußerte Kritik, daß die Stichproben erst in der Altersgruppe der 8/9jährigen beginnen, antwortete das IDZ: „Tragender Gedanke bei der Festlegung der Altersgruppen war, an internationale Vergleichsmaßstäbe anzuknüpfen - ..., war die WHO-Studie von 1973 auf die Altersgruppen der 8/9jährigen, der 13/14jährigen... zugeschnitten. ...Übrigens würde eine Kindergarten-Kinder-Stichprobe kein repräsentatives Bild über die Kinder dieser Altersgruppe bilden, da keineswegs alle Kinder der entsprechenden Altersgruppen einen Kindergarten besuchen.“ Immerhin wären bei der Berücksichtigung dieser Altersgruppe verlässliche Daten über die Wirksamkeit des Obleute-Konzeptes möglich gewesen.

Prof. Naujoks brachte es bei dem bereits erwähnten Presse-Info auf den Punkt: „Der Mundgesundheitszustand der deutschen Bevölkerung weist über die beiden letzten Jahrzehnte gesehen einen positiven Trend auf.“

Bei Kindern und Jugendlichen klappt jedoch zu anderen Ländern mit ausgebauten Prophylaxesystemen noch eine beträchtliche Lücke.“

5. In diesem Jahr wurde der DAZ ordentliches Mitglied im DAJ.

Das Angebot der neuen Geschäftsfüh-

rerin des DAJ, Dr. Goepel, zu einem persönlichen Gespräch sollte genutzt werden. Unsere Präsenz auch auf Veranstaltungen des DAJ ist gefordert.

6. Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der GKV“ legte den Endbericht vor. Der Bericht bestätigte unsere Bedenken gegenüber dem Obleute-Konzept. Die Prophylaxe-Vorstellungen des DAZ werden nach Ansicht der Kommission internationalen Maßstäben und neuesten Erkenntnissen gerecht.

7. Dr. Bauch nahm am 15. Jan. für den DAZ an einer vom zahnärztlichen Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung (ZAPF) organisierten Podiumsdiskussion zum Thema „Karies- und Parodontalprophylaxe im Mittelpunkt der Zahnheilkunde - Notwendigkeit, Erfolgsaussichten, Kosten und Berechnung, berufspolitische Gesichtspunkte“ teil.

8. Thema einer Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes am 26. Jan. war die „Gruppenprophylaxe / Jugendzahnpflege - Umsetzung des GRG § 21 in den Bundesländern“. Nach Ansicht des Verbandes geht nichts ohne den öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienst. Schubkraft bei der Umsetzung des § 21 auf Länderebene geht vom BZÖG allerdings nicht aus. Ohne Behandlungsrecht bleibt der ZÖG für die Kollegenschaft, speziell für die Kinderstomatologen unattraktiv.

9. „Auf dem Weg nach Europa - Orale Prophylaxe in den Ländern der europäischen Gemeinschaft“ lautete das Thema einer Tagung, die im Frühjahr vom Verein für Zahnhygiene e. V. und DAJ ausgerichtet wurde.

Ende 1989 berichteten die ZM, daß die Karies-Vorsorge in Kindergärten in großem Umfang praktiziert wird. Der Aufmacher zur Tagung in Bremen lautete: „Prophylaxe in Europa - Die anderen sind auch nicht besser“. Mit Ausnahme von Dänemark und Luxemburg wurde nur aus Ländern mit erheblichen Defiziten referiert. Es fehlten die Nicht-EG-Länder Skandinaviens und die Schweiz.

10. Die Sorgen und Bemühungen der Kinderstomatologen erfordern unser besonderes Augenmerk und unsere Hilfe im Rahmen der Möglichkeiten. Wir müssen uns nachdrücklich für ein Behandlungsrecht im öffentlichen Gesundheitsdienst einsetzen.

Der Kontakt zur Gesellschaft für Kinderstomatologie - demnächst sicherlich Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (Organisationsform z. Z. noch unklar) muß intensiviert und gepflegt werden. Ich schlage eine Ratssitzung anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderstomatologie im März nächsten Jahres in Efurt vor. Im letzten Informationsblatt druckte die Gesellschaft unsere 1988 veröffentlichten „Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege und Prophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland“ ab.

Die Erfahrungen der Gesellschaft im Bemühen um die Kochsalzfluoridierung können unseren Bestrebungen nützlich sein und wissenschaftlichen Nachdruck verleihen.

Ein Nachfolger als Referent für Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

sollte unbedingt bei den Kinderstomatologen gesucht werden.

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

Bericht aus dem Referat für Umweltfragen

Umweltschutz darf nicht nur auf dem Papier stehen

U. Happ

Die Lösungen der Fragen zum Schutz der Arbeit und der Umwelt sind die Herausforderung unserer Zeit. Vor 13 Jahren gab der Amerikanische Präsident J. Carter eine Studie in Auftrag, die u.a. „den Zustand und die voraussichtlichen Veränderungen ... der natürlichen Ressourcen und der Umwelt der Erde bis zum Ende dieses Jahrhunderts“ untersuchen sollte unter der Prämisse, daß „sich an den Grundlagen der heutigen Politik (1977) nichts ändert“. Dieser Bericht zeigte ein sehr düsteres Bild. Er wurde unter dem Titel „Global 2000“ 1980 veröffentlicht. In diesem Jahr wurden einzelne Bereiche neu untersucht und (lapidar oder resignativ?) festgestellt: „Insgesamt kann sich das Halbzeitergebnis sehen lassen – *freilich nur, was die Korrektheit der Vorhersagen angeht.*“ Für die Zukunft des Glo-

bus ist es weniger erfreulich (Natur 9/90: Halbzeit für die Zukunft).

Es ist nicht richtig, nur Forderungen an die Politiker zu stellen bzw. auf gesetzliche Regelungen zu warten. Wir alle sind Mitverursacher der Umweltzerstörung, deshalb sollen wir uns in unserem begrenzten Wirkungskreis um Besserungsmöglichkeiten bemühen. Wir können durch unser überlegtes Handeln Umweltzerstörungen vermeiden, wir können durch unser Verhalten (z.B. Einkaufsverhalten) auf die Industrie einwirken, wir können Lösungen vorschlagen. Durch gemeinsames Vorgehen können wir in unserem Arbeitsbereich Verantwortlichkeit zeigen und mit der Kollegenschaft – und vielleicht sogar unseren Standesorganisationen – weitere Wege zur Reduzierung der Schäden an Arbeitsplatz und Umwelt aufzeigen.

Es wäre Aufgabe der Zahnärztekammern, Initiativen zur Aufklärung, zur Motivation durch wirkliche Information zu ergreifen und so die Sensibilität für Umwelterfordernisse und Arbeitsschutzmöglichkeiten zu erhöhen. Dieses wird z.B. nicht erreicht durch auch noch so oft wiederholte Anzeigenkampagnen wie:

**ZAHNÄRZTE schützen die
OZON-Schicht
-verwenden keine
Sprays mit FCKW**

in dem Wissen, daß neben diversen Spraydosen in mindestens 70 % der Praxen FCKW-Konzentrat für die Vitalitätsprobe eingesetzt wird. Gerade auch in dem Bereich des Umwelt- und Arbeitsschutzes könnte durch Ehrlichkeit das Ansehen des Berufsstandes gehoben werden und die Anzeigen hätten besser gelautet:

**ZAHNÄRZTE, schützt die
OZON-Schicht
-verwendet keine Sprays
mit FCKW !**

Wie bei vielen anderen Problemen beschränkt sich jedoch auch im Umweltschutz die Arbeit der Körperschaften im wesentlichen darauf, alle Möglichkeiten zu versuchen, sich den behördlichen Initiativen und Konzepten entgegenzustellen anstatt Problemlösungen anzubieten. Dieses Verhalten führt letztlich zu gesetzlichen Regelungen, die den Möglichkeiten und Erfordernissen der Praxen nicht gerecht werden.

Wir kennen die Ergebnisse zur Genüge mit der Röntgenverordnung, der Medizingeräteverordnung, der Druckbehälterverordnung, den Entsorgungsvorschriften usw.

Bei der letzten Jahreshauptversammlung hat der DAZ das Referat für Umweltfragen eingerichtet. Zur Ratsitzung wurde eine für viele erschreckend lange Liste von Problembereichen des Umwelt- und Arbeitsschutzes aufgestellt und diskutiert. Schwerpunkte daraus wurden in den *Grundsätzen und Empfehlungen des DAZ 1990* wiedergegeben. Zwischenzeitlich wurden Bemühungen unternommen, für einzelne Punkte praxisgerechte Lösungen zu entwickeln bzw. zu fördern und, soweit zur allgemeinen Anwendung ausgereift, anzubieten. Einige Projekte können bei dieser Jahreshauptversammlung auf der begleitenden Messe vorgestellt werden. So die von DAZ-Mitgliedern mitinitiierte und kontrollierte Entsorgungsfirma „Medservo“. Dort ist als Modell eine Zentralseparation zu sehen, die nur einen Amalgamabscheider pro Praxis notwendig macht. Auch kann man sich einen einfachen, praxisbewährten Lichtschutz- und Überprüfungsfilter für die Polymerisationslampen vorführen lassen oder mit einem Schneegenerator sehr rationell CO_2 -Prüfkörper für die ViPr herstellen. Auch andere, in den „Grundsätzen“ angeführte Bereiche werden von der „Medservo“ ausgefüllt.

Nun war es nicht in unserem Sinne, zur Realisierung und Verbreitung unserer

Projekte eine eigene Gesellschaft zu gründen. Aber die offenbar anders gelagerten Interessen der Dentalindustrie und zahnärztlichen Körperschaften machten diesen Schritt notwendig. Die „Medservo“ dient nicht zur Bereicherung von Einigen, sondern zur Verwirklichung von eigenen Innovationen.

Durch Vorstellung des Referates für Umweltfragen in den Kontakten kamen vereinzelt Anfragen aus der Reihe der DAZ-Mitglieder und ich hoffe, sie einigermassen zufriedenstellend beantwortet zu haben. Gerade im Bereich Amal-

gamabscheidung und Entsorgung läßt sich leider noch nicht jede Frage befriedigend beantworten. Dennoch möchte ich bitten und Mut machen, weiter Fragen zu stellen oder eigene Lösungen, sei es ein noch so kleines Detail, mitzuteilen (bitte schriftlich). Alles können Teile eines Mosaiks sein, die zusammengekommen uns allen zugute kommen können.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Ulrich Happ

Spadenteich 1

2000 Hamburg 1

Bericht des Referenten für Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherungsdiskussion braucht neue Perspektiven

Chr. Nielsen

Wenn man den Stand der Qualitätssicherung schlaglichtartig beleuchtet, kommt man zu dem Ergebnis, daß der Begriff ‚QS‘ zwar die Medien füllt, die Arbeit daran jedoch nicht ausreichend in Gang gekommen ist. Die meisten Stellungnahmen der Standesführung hatten nicht die theoretische und praktische Weiterentwicklung zum Ziel, sondern die Inaktivierung bestehender QS-Initiativen.

Im abgelaufenen Jahr habe ich für den DAZ im wesentlichen drei Projekte betreut:

1. wurde unser Standpunkt formuliert für einen Beitrag in der SPITTA-Fachbuchreihe „Qualitätssicherung bei der zahnmedizinischen Versorgung“ (Hrsg. Dr. K. Kimmel). Dieses Werk wird allen Kollegen als kompetente Übersicht über den derzeitigen Diskussionsstand empfohlen. Rezension im *forum* 30.

2. wurde auf Anfrage des Bundesarbeitsministeriums im Rahmen eines QS-Symposiums das Referat ‚Konflikte, Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf zur zahnmedizinischen

QS' gehalten. Neben der Veröffentlichung in der Dokumentation des BMA ist das Referat im *forum 30* wiedergegeben.

3. wurde die Vorlage für das Kapitel 'QS' in den im Sommer veröffentlichten 'Grundsätzen und Empfehlungen' erarbeitet.

Ob diese Beiträge die standesinterne Diskussion bereichern konnten, kann hier nicht und noch nicht abgeschätzt werden. Die offizielle zahnärztliche Resonanz war mager bis polemisch, was jedoch weder überrascht noch frustriert hat. Ermutigung und Bestätigung kamen von ärztlicher und ministerieller Seite.

Diese unterschiedlichen Rückmeldungen bestärken mich in der Einschätzung, daß es wohl realistisch ist, angesichts einer inhaltlich und politisch hinterherhinkenden Standesführung auf Impulse aus der medizinischen Qualitätssicherung zu hoffen, bzw. einen zunehmenden QS-Druck durch Gesetzgeber und Krankenkassenbürokratie zu befürchten.

Aufgabe des DAZ muß es bleiben, für standeseigene Initiativen zu werben, diese „vorausdenken“ und – soweit möglich – die Kompatibilität zu ärztlich-wissenschaftlichen Programmen herzustellen. Gleichwohl sollten sich unsere Vorschläge stärker als bisher an konkreter Realisierbarkeit (= standesinterne Akzeptanz) orientieren. Es ist zu überlegen, ob nicht die festgefahrene methodologische Diskussion („Krite-

rien', 'Standards', Gewichtung der Ergebnisqualität u.ä.) durch Vorschläge ergänzt werden sollten, die eher pragmatische Perspektiven verfolgen. Als Handlungsfelder bieten sich an:

- 'Imagepflege' durch glaubwürdige Öffentlichkeitsarbeit,
- Unterstützung beim Aufbau unparteiischer Beratungsstellen
- Propagierung obligatorischer Weiterbildungsprogramme (post-graduate-studies)
- Diskussion von Gewährleistungsmodellen,
- Präzisierung der Dokumentationspflicht,
- Reform der Approbationsordnung
- Reform der Zulassungsordnung,
- Kooperation mit den Krankenkassen im Rahmen des § 64 SGB V (Erprobungsregelungen)

Die Initiativen müssen auch weiterhin von Minderheiten kommen. Die etablierte Kollegenschaft ist bestenfalls für die Optimierung zahnärztlichen Handelns bei ausgesuchten(!) Patienten zu gewinnen. Qualitätssicherung setzt jedoch auf die generelle, systematische Stabilisierung und Verbesserung präventiver und kurativer Betreuung der Bevölkerung.

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

Zahntechnik

Scharl-

Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



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

Kopf-Geld.



Das Händchen für's Geld wird bei uns vom Kopf bestimmt – von den Köpfen unserer Mitarbeiter. Denn wenn wir auf unsere über 150jährige Geschichte zurückblicken, dann können wir mit Stolz von uns behaupten, daß wir immer offen waren für Ideen und Innovationen.

Ideen und Innovationen sollen auch die Zukunft unserer Bank bestimmen.

Wir wollen noch besser werden, unsere Köpfe frei-

halten für neue Einfälle, für die individuelle, persönliche Beratung unserer Kunden.

Wir lassen uns etwas für Sie einfallen.



Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

Bedeutung qualitätssichernder Maßnahmen für die Versorgung

Das Referat von Prof. Dr. F.W. Schwartz, Med. Hochschule Hannover, beim Symposium zur Qualitätssicherung des Bundesarbeitsministeriums am 11./12.06.1990 berührte grundsätzliche Fragen medizinischer Qualitätssicherung. Da diese Prinzipien, Erfahrungen und Bewertungen uneingeschränkt auch für die Zahnheilkunde gelten, geben wir den Beitrag von Prof. Schwartz (in gekürzter Fassung) wieder:

1. Stellenwert der Qualität in der medizinischen Versorgung

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind (neben einer allgemeinen flächendeckenden Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung) die vorrangigen Versorgungsziele unseres durch die Vorschriften zur Gesetzlichen Krankenversicherung umrissenen Gesundheitswesens. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind nicht nur eminente, sondern zueinander komplementäre Versorgungsziele, wenngleich die Beziehung nicht ganz symmetrisch ist. Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Sinne der Erreichung von Versorgungszielen mit minimalem Mitteleinsatz zu gegebenen Preisen ist ohne adäquate Qualität der eingesetzten Mittel nicht denkbar, aber Qualität bedarf nicht unbedingt der Wirtschaftlichkeit, es sei denn unter den Randbedingungen knapper Ressourcen.

Qualität als inhaltlicher Begriff der Gesundheitsversorgung setzt benennbare qualitative und quantitative Versor-

gungsziele voraus. Diese können in der Vermeidung vermeidbarer Gesundheitsstörungen oder in der Wiederherstellung gestörter Gesundheit in ihrer funktionalen Konsequenz liegen. Wir sprechen von Prävention, Kuration und Rehabilitation.

Die Krankenversicherung hat zu diesen drei Versorgungsanliegen keine symmetrische Beziehung, entsprechend ungleich sind auch die vorhandenen Ansätze zur Qualitätssicherung verteilt. Sie konzentrieren sich auf die Kuration, erst wenige Ansätze finden sich in präventiven und rehabilitativen Bereichen.

Qualität ist Merkmal prozessualen medizinischen Handelns, in das strukturelle Einflüsse, also die sog. Qualität der Ressourcen, nur teilweise und nicht deterministisch eingehen. Der standespolitische Traum von dem Vorrang struktureller Qualität und ihrer gesicherten Wirkung hält der empirischen Überprüfung nicht stand. Qualität ist daher pro-

zessuale und evaluative Daueraufgabe. Dies wird bis heute in der ärztlichen Profession habituell unterschätzt. Vielleicht läßt sich dies aber auch als legitimer Selbstschutz einer Profession interpretieren angesichts der permanenten Androhung gesellschaftlicher oder juristischer Sanktionen als mögliche Folge fehlerhaften Handelns (Therapie als „Körperverletzung mit bedingter Einwilligung“). Denn explizite, organisierte Qualitätssicherung setzt akzeptierte Unsicherheit über die Qualität ärztlichen Handelns in wichtigen Bereichen voraus. Es verwundert nicht, daß die neuzeitliche Qualitätssicherung historisch von außen an die Medizin herangetragen worden ist. Diese permanente kritische Selbstwahrnehmung muß sich innerhalb der Medizin erst noch bewähren und zum selbstverständlichen positiven Merkmal der eigenen professionellen Kultur werden. Zu akzidentell, zu marginal und zu exogen sind die bisher tatsächlich realisierten Ansätze.

Noch hat die Qualitätssicherung keinen wirklichen, systematischen Stellenwert in unserer medizinischen Versorgung. Die einzigen bundesweit geltenden Richtlinien beschränken sich auf die technische Produktherstellung in medizinischen Labors und auf das Betreiben von Röntgengeräten zu Bestrahlungs- und Therapiezwecken.

Darüber hinaus bestehende Richtlinien zu weiteren bildgebenden Verfahren (Nuklearmedizin, Sono-, Computertomographie) oder zur

Funktionsdiagnostik (Langzeit-/EKG) beschränken sich entweder auf einige Elemente der Strukturqualität, korrigieren also nicht den Produktionsprozeß der Leistung, oder sie haben reinen Richtliniencharakter, deren Umsetzung unzureichend kontrolliert wird (Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelrichtlinien), oder deren Auswertung nur hoch aggregiert und ohne jede Rückkopplungsschleife zu den Leistungserbringern vorgenommen wird (Richtlinien zur Mutterschaftsvorsorge, zu den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Erwachsenen).

Einige der letztgenannten Richtlinien sind im ärztlichen Alltag kaum bekannt, sie befriedigen geltendes Recht und die Verwaltung, aber sie sind keine kritischen Begleiter des ärztlichen Alltags.

Einzelne kassenärztliche Vereinigungen verfolgen weitergehende, intervenitive Ansätze, die unterstützenswert sind, aber an der bisherigen Marginalität von Qualitätssicherung nicht rütteln.

In einigen wenigen klinischen Bereichen hat die Qualitätssicherung einen zentraleren Stellenwert (Perinatalversorgung), in anderen Bereichen (Chirurgie, Transplantationschirurgie, klinische Kinderheilkunde), hat sie immer noch experimentellen Charakter. In anderen Bereichen (Zahnmedizin) gibt es einen prononcierten standespolitischen Widerstand.

Was gänzlich fehlt, sind, ausgenommen im Perinatalbereich, ständige öf-

fentlich publizierte Berichte über Erfahrungen, Erfolge und Fehlschläge der bei uns bestehenden Programme, obwohl dies eine der zentralen Forderungen der WHO Europa an ihre Mitgliedstaaten ist.

2. Schwerpunkte einer Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung

Die Vorliebe der ärztlichen Profession für Maßnahmen der Strukturqualität ist verständlich. Es handelt sich hier um überwiegend einmalige Kraftakte. In diesem Sinne sind die heilberuflichen Ausbildungsordnungen und die Weiterbildungsordnungen der Kammern Maßnahmen der Strukturqualität, die nur einmalig zu erbringen sind (da es in der Bundesrepublik keine Reapprobationen oder Rezertifikationen für Gebietsärzte gibt). Der gerade vom jüngsten deutschen Ärztetag bestätigte Verzicht auf eine Kontrolle der Fortbildungsleistungen als einem prozessualen Element der Qualitätssicherung überläßt diese unverändert einer schwächenden individuellen Beliebigkeit. Beides zusammen und unterstützt durch ein hohes technisches Investitionsniveau in der deutschen Medizin macht es virtuell einfach, deren erreichten und gesicherten hohen Standard öffentlich zu behaupten und damit Qualitätskritik zur Marginalie zu erklären.

Maßnahmen der prozeß- oder ergebnisorientierten, evaluativen Qualitätssicherung sind aufwendig, im Praxisall-

tag spürbar an beachtlichen Zeit- und Kostenaufwand gebunden, mit oft gering geschätzter Dokumentationstätigkeit verknüpft. Die sehr sparsame Verwendung dieses Instruments scheint von daher tatsächlich geboten. Ja, es wäre zu fragen, brauchen wir überhaupt Qualitätssicherung und wenn ja, in welchen Bereichen besonders? Denn es wäre offensichtlich unmöglich, möglicherweise sogar kontraproduktiv, den Versuch zu unternehmen, das gesamte Feld der medizinischen Versorgung „flächendeckend“ mit derartigen Programmen zu überziehen. Die Frage sinnvoller Schwerpunktbildungen liegt daher auf der Hand.

Zunächst möchte ich auf die Frage eingehen, ob prozessuale bzw. evaluative Qualitätssicherungsprogramme überhaupt notwendig sind. Diese läßt sich am besten dort ablesen, wo derartige Ansätze das erste Mal durchgeführt werden. In der Frühzeit der Qualitätssicherung in der klinischen Chemie, die durch das Eichgesetz 1977 von außen erzwungen wurde, waren die Ergebnisse von Ringversuchen derartig schlecht, daß die Ergebnisse nicht publiziert wurden. Natürlich führte dies, gemeinsam mit dem Kostenfaktor, in der Folgezeit zu einer Elimination einer Vielzahl von damals üblichen kleinen Laboratorien (gegenwärtig stehen vergleichbare Auseinandersetzungen im Bereich der Trockenchemie an). Ein nichtpublizierter, 1985 durchgeführter Ringversuch im Bereich bakteriologischer Labors

erbrachte eine Versagerquote, die je nach Labortyp zwischen 0 und 73% lag. Die Verfasser der Studie sahen bei mehreren Laborgruppen einen akuten Zwang zur Hebung des diagnostischen Qualitätsniveaus. Verglichen wurden u.a. Universitäts-, Krankenhaus- und private Praxislabors. Eine obligatorische Qualitätssicherung steht hier bis heute aus. Das Risiko für einen falsch positiven Befund in unserem gynäkologischen Krebsfrüherkennungsprogramm beträgt aufgrund eines programmtechnischen Organisationsfehlers 10% mit der Konsequenz entsprechend unnötiger operativer Eingriffe. Bis zu 17% falsch positiver Brustkrebsdiagnosen wurden bei einem Nachuntersuchungsprogramm gefunden. Eine derzeit laufende Qualitätssicherungsstudie zur Mammographie, dankenswerterweise unterstützt von Kassenärzten und Kassen, erweist sich angesichts deutlicher diagnostischer Unsicherheiten bei der radiologischen Erkennung früher Krebse als dringend nötig. Erhebliche Unsicherheiten zeigen sich sogar bei den pathologischen Diagnosen, die bislang keinerlei externer Qualitätssicherung unterliegen.

Alle in diesen akzidentellen Beispielen handelnden Ärzte unterlagen hinsichtlich ihrer Person und ihrer Ausstattung den bestehenden Fachkundenachweisen, Ausstattungsrichtlinien etc. der ärztlichen Körperschaften. Dies belegt die im internationalen Schrifttum durch viele Studien gestützte Feststellung, daß Strukturmerkmale keinesfalls ausrei-

chend die Qualität des Prozesses oder des Ergebnisses bestimmen.

Während diese Beispiele exemplarisch die Frage nach der Notwendigkeit evaluativ angelegter Qualitätssicherung beantworten, so ist die zweite angeschnittene Frage nach den notwendigen Schwerpunkten noch offen. Hierzu läßt sich eine einigermaßen triviale Faustregel angeben: Evaluative Qualitätssicherung ist unter dem Maßstab ihrer Effektivität für die Versorgung grundsätzlich dann auf ihre Durchführbarkeit zu prüfen, wenn diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ihrer Natur nach ein Risiko für den Patienten haben und die Maßnahmen Bestandteil von Klinik- oder Praxisroutine geworden sind, d.h. selbst keinen experimentellen Charakter mehr haben. Der wichtige Gesichtspunkt der Durchführbarkeit und der Kosten in Relation zu den durch das Programm vermeidbaren Risiken ergibt sich als Ergebnis von Durchführbarkeitsstudien und bestimmt nicht die initiale Gewichtung eines Qualitätsschwerpunktes.

Ein anderer Ansatz ist der ergebnisorientierte Zugang zum Qualitätsproblem. Hier gibt es zwei grundsätzliche Zugangsweisen: Es können entweder die Ergebnisse von zwei oder mehreren Gruppen mit unterschiedlichen Behandlungsverfahren oder Strukturvariablen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Wirkungen verglichen werden, oder es wird, gewissermaßen retrospektiv, bei auffallenden Gesundheitsresultaten,

nach ihren vorgängigen Gründen gefragt. Für beide Ansätze gibt es eine Fülle anregender Beispiele in der Forschungsliteratur.

3. Ausblick

Von den sieben Empfehlungen an die Mitgliedstaaten der WHO anlässlich der Regionaltagung 1988, nämlich

- Übernahme von Qualitätssicherung in ihre nationale Gesundheitspolitik mit dem Ziel, die Versorgungsqualität tatsächlich zu erhöhen,
- Veröffentlichung und Verbreitung regelmäßiger kritischer Berichte über die gewonnenen Ergebnisse,
- Finanzierung prioritärer Forschung auf diesem Gebiet,

- Koordination multidisziplinärer Qualitätssicherungsprojekte,
- Verbesserung der einheitlichen medizinischen Informationsbasis zur Gewinnung angemessener Daten,
- Stimulation professioneller Gruppen und der Kostenträger, die Qualitätssicherungsprinzipien in wirksame Trainingsprogramme umzusetzen
- und Berücksichtigung aller medizinischer technischer organisatorischer Faktoren, die die Qualität beeinflussen, um daraus eine ganzheitliche Sicherung der Versorgungsqualität zu entwickeln,

ist in der Bundesrepublik bislang nur die erste Empfehlung ausreichend verwirklicht. Es bleibt also noch viel zu tun.



SOEBEN ERSCIENEN:

Unser ausführliches Verzeichnis der deutschsprachigen zahnmedizinischen Fachliteratur.

Fordern Sie kostenlos an:

Unsere Telefonnummer: (089) 53 39 59

Unsere Telefaxnummer: (089) 53 10 15

Genaue Adresse (Stempel):

FAKLER & WAGENBAUER GMBH

Landwehrstr. 79 8000 München 2

Postfach 15 07 20 8000 München 15

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

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

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

Wir informieren Sie gerne detailliert über die handfesten Vorteile des Gruppenversicherungs-Vertrages mit dem DAZ, die Ihnen 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

Grundsätze und Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

Nachfolgend ein weiterer Abschnitt aus dem neuen
DAZ-Grundsatzprogramm

3. Gesundheits- und sozialpolitische Rahmenbedingungen

Zustandsbeschreibung

Etwa 90% der Bevölkerung der BRD sind Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Damit steht allen Bevölkerungsschichten im weltweiten Vergleich eine medizinische Spitzenversorgung zur Verfügung. Dabei besteht freie Wahl des Arztes. Die Gesamtkosten für die medizinische Versorgung betragen ca. 200 Mrd. DM pro Jahr; davon trägt die GKV etwa 128 Mrd. DM (1988).

Ca. 9% des Bruttosozialprodukts entfallen auf medizinische Leistungen. Dieser Anteil hat sich im vergangenen Jahrzehnt kaum verändert. Die USA z.B. lassen sich ihr Gesundheitswesen ca. 11% des Bruttosozialproduktes kosten, wobei erhebliche Teile der Bevölkerung kein dem heutigen Standard auch nur annäherndes Angebot an medizinischen Leistungen erhalten.

Die Versorgung der Bevölkerung ist durch in freier Praxis niedergelassene Zahnärzte sichergestellt. Deren Kostenanteil an den Gesamtausgaben der GKV ist von 1976 - 1987 von 15,1 % auf 11,5 % gefallen. Die gleichzeitig gestiegenen Ausgaben für Arzneimittel und Krankenhausbehandlung werden zu Lasten der niedergelassenen Zahnärzte ausgeglichen; seit 1976 blieben von allen Kosten nur die Honorare für ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung unter der Entwicklung der Grundlohnsomme.

Die Ausgaben der GKV sind hoch, weil durch den umfangreichen Sachleistungskatalog insgesamt viele Leistungen nachgefragt, erbracht und bezahlt werden - bei relativ gerechter Verteilung. Die einzelne Leistung ist dabei im internationalen Vergleich durch den hohen technischen Standard und durch

Rationalisierungsgewinne verhältnismäßig kostengünstig. Durch die Vergütung von Einzelleistungen wird der Fleißige belohnt. Das System steuert vor allem die Menge, weniger die Qualität.

Die Mitglieder der GKV werden von sogenannten Kassenzahnärzten medizinisch versorgt. Das Kassenzahnrecht folgt drei Grundprinzipien:

1. Die Kassenzahnärzte unterliegen dem sogenannten Sicherstellungsauftrag der kassenzahnärztlichen Vereinigungen für eine bedarfsgerechte Versorgung.
2. Zwischen Zahnärzten und Krankenkassen soll Vertragsfreiheit zur Gestaltung und Vergütung der kassenzahnärztlichen Versorgung bestehen.
3. Die kassenzahnärztliche Versorgung wird von freiberuflich tätigen Kassenzahnärzten sichergestellt.

Die Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens findet im Interessenausgleich zwischen Leistungsträgern und Kostenträgern statt. Deren artikuliertes Verbandsinteresse ist aber legitimerweise nicht in allererster Linie die Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Wo in anderen Ländern gesundheitspolitische Erfolge durch breit angelegte präventive Strategien erzielt werden, zerreiben sie sich in der BRD in den sozialpolitischen Mühlen des Interessenausgleichs zwischen den Sozialpartnern.

Traditionell wird die kurative Medizin gegenüber der präventiven bevorzugt. Es gibt kaum wirksame Interessengrup-

pen für Prävention und Prophylaxe, dafür aber umso mehr für ungesunde Lebensführung. Das System bietet für gesunde Lebensführung kaum finanzielle Anreize.

In der Zahnheilkunde fehlen objektive epidemiologische Daten. Sicher ist aber, daß der Grenznutzen der kurativen Medizin sinkt, d.h., um einen zusätzlichen Heilerfolg zu erzielen, sind überproportional mehr Mittel erforderlich als im präventiven Bereich zur Verhinderung derselben Krankheit eingesetzt werden müßten.

Bewertung

Welche Vor- und Nachteile bietet nun dieses System seinen Beteiligten: den Patienten, den Zahnärzten und den Kostenträgern?

Unter der Voraussetzung, daß sich *Staat und Gesellschaft* darauf beschränken, Rahmenbedingungen zu schaffen, zu überwachen und dabei unparteiisch zu bleiben, funktioniert das System in überschaubaren föderalistisch geprägten Strukturen, und Kassenzahnärzte und Kostenträger arbeiten in freier *Selbstverwaltung* zusammen. Damit ist unmittelbare staatliche Einflußnahme optimal zu vermeiden.

Durch die kooperative Selbstverwaltung von Zahnärzten und Kassen sind die Interessen der *Versicherten* am besten gegen Eingriffe durch Dritte geschützt. Die paritätisch besetzte Selbstverwaltung sichert den Schutz der Pa-

tienten durch Überprüfung seiner Rechnung auf Richtigkeit und Vertragstreue. Damit hat der *Kostenträger* ein Mitspracherecht bei der wirtschaftlichen Verwendung der Mittel.

Durch das Prinzip des Solidarausgleichs hat die GKV die finanziellen Mittel, für jeden Versicherten eine indikationsbezogene Therapie zu ermöglichen, ohne Rücksicht auf die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen nehmen zu müssen.

Aus der kollegialen Interessengemeinschaft der zahnärztlichen Körperschaften gegenüber den Kostenträgern ergeben sich für den einzelnen *Zahnarzt* ebenfalls Vorteile: der Zahlungsfluß der Honorare ist durch die Abrechnung über die KZV gesichert, die Verwaltung wird erheblich vereinfacht, und die Kollegen erhalten die Chance zur Selbstkontrolle, die jeder Fremdkontrolle vorzuziehen ist. Nicht zuletzt ergibt sich aus dem in der GKV verankerten Sicherstellungsauftrag das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Zahnärzteschaft mit allen Pflichten, aber auch Chancen zur verantwortlichen Nutzung.

Neben diesen Optionen und positiven Rahmenbedingungen ist das Gesundheitswesen aber auch Gefahren ausgesetzt, die dringend einer ausgleichenden Hand bedürften. Dabei engen aber gerade *Politik* und *Verwaltung* dringend erforderliche Spielräume der *Selbstverwaltung* immer mehr ein. So werden z.B. zur Zeit ausgehandelte Regelungen

zwischen Kassen und Zahnärzten zur Einführung der Individualprophylaxe von der Regierung verhindert. So ist z.B. mit dem sogenannten Gesundheits-Reformgesetz (GRG) Beitragssatzstabilität eingeführt worden, d.h., Krankenkassen-Beiträge dürfen nur noch nach Ausschöpfen von sogenannten Wirtschaftlichkeitsreserven erhöht werden. Damit ist das Honorar an volkswirtschaftliche Daten geknüpft, die mit der Morbidität nichts zu tun haben. Das ist der Schritt von der ausgabenorientierten Einnahmepolitik zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik - ein Schritt vom Versicherungs- zum staatlichen Versorgungsprinzip, das von keiner gesellschaftlich relevanten Gruppe ernsthaft gewünscht wird. Die GKV bringt ständig neue Ausgabenfelder hervor, für deren Kostendeckung (bei geltender Beitragssatzstabilität) die *Leistungsträger* zur Kasse gebeten werden. Morbiditäts-Risiko, geänderte Altersstruktur und der kostenträchtige Fortschritt der Medizin bleiben bei der Anpassung des Finanzvolumens unberücksichtigt. Der Staat entzieht sich seiner Verpflichtung zur Vorgabe gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen, wenn er Aufgaben wie Massenprophylaxe gar nicht wahrnimmt und die Ausgestaltung von Gruppenprophylaxe und Qualitätssicherung den Kassen überträgt.

Dieser Mangel an politischen Vorgaben hat das Verhalten der *Krankenkassen* negativ beeinflusst. Mit Deckung der

Regierung sind sie immer weniger zur Kompromißfindung bereit, setzen Honorare und Vertragsbedingungen durch, die den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten betriebswirtschaftliche Grundlagen entziehen. Dabei greifen sie immer offener in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein. Selbst ver(sch)wenden sie ständig wachsende Summen für ihre Verwaltung (von 1981 - 1989 ein Anstieg von ca. 60%), und ihr Wettbewerbsverhalten untereinander führt in manchen Fällen zu großzügiger, teilweise gesetzeswidriger Leistungsgewährung.

Leider verlieren auch einige *Zahnärzterverbände* die Mitverantwortung für das Gesamtsystem aus den Augen. Sie betreiben gelegentlich Gruppenegoismus und gefährden den Sicherstellungsauftrag durch Aufruf zur Nichteinhaltung von gesetzlichen Vorschriften. Sie versuchen, die Kollegenschaft durch Selbstmitleid und Panikmache zu radikalisieren, sie rufen zu Rechtsbruch und unsozialem Verhalten auf. Damit führen sie den Berufsstand in die politische Isolation. Der Mangel an Bereitschaft zu verantwortungsbewußter Selbstverwaltung und Selbstdisziplin provoziert wiederum den Staat als Kontroll- und Entscheidungsinstanz und macht es dem *Gesetzgeber* möglich, gegen die Interessen der Zahnärzteschaft gerichtete Politik mehrheitsfähig zu machen.

Die zentrale Aufgabe aller Beteiligten, der Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit im Zahn-, Mund- und

Kieferbereich, ist dabei an den Rand der Auseinandersetzungen gerückt. Das schwindende Vertrauen der Zahnärzte und der Bevölkerung in die Regelungskompetenz des Staates führt zu zielloser Privatisierung und Kommerzialisierung von Gesundheitsleistungen.

Konsequenzen

1. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde tritt für die *Weiterentwicklung des Systems* der Gesetzlichen Krankenversicherung ein, das auf Interessenausgleich aufgebaut ist. Entgegengesetzte Interessenlagen dürfen nicht zu Feindbilddenken führen, Konfrontation um jeden Preis führt nicht zum Erfolg, sondern in die Isolation. Dabei ist eine minimale gemeinsame Vertrauensbasis unverzichtbar. Die größte Gefahr für die Zahnärzte ist die Maßlosigkeit einzelner Spitzenfunktionäre, die sich offenbar mit dem Rest der Welt im Kriegszustand befinden.

2. Jammern und Drohen nützen unserem Berufsstand nichts. Wir müssen unsere *Freiräume nutzen und ausbauen*. Die schweren Versäumnisse der vergangenen Jahre in Sachen engagierter Prophylaxe und Qualitätssicherung müssen aufgearbeitet und offensiv zur Honorarsicherung und zum Nachweis einer hohen Standesethik eingesetzt werden.

3. Das Interesse der Krankenkassen als Solidargemeinschaft der Versicherten an einer sparsamen Verwendung der Mittel kollidiert häufig mit dem An-

spruch des einzelnen Patienten auf eine individuelle, bedarfsgerechte Versorgung. In diesem Spannungsfeld muß dem Zahnarzt der nötige Freiraum erhalten werden.

4. Die Weiterentwicklung eines leistungsfähigen Gesundheitswesens benötigt mehr finanzielle Mittel als durch die Anpassung an die Grundlohnsummenentwicklung verfügbar ist. Deshalb sollten *alternative Finanzierungssysteme* in Feldversuchen getestet werden. Wo ethisch und gesundheitlich unbedenklich, könnten Kostenerstattung und Selbstbeteiligung mit sozialem Ausgleich eingeführt werden. Man könnte privaten Versicherungen den Markt öffnen, wenn der Solidarausgleich berücksichtigt wird. Die Alternative zur privaten Versicherung darf nicht staatliche Billigmedizin aus der Armenkasse heißen. „Basis- und Luxusversorgung“ dürfen nicht Begriffe einer Gebührenordnung werden. Zahnärzte, die Mitverantwortung für solche Vokabeln übernehmen, handeln kurzsichtig gegen die Interessen von Zahnarzt und Patient.

5. Individualprophylaxe für jeden in jedem Lebensalter muß auf eine funktionierende frühe Gruppenprophylaxe aufbauen, wenn sie epidemiologisch und ökonomisch Sinn haben soll.

Eine vertraglich exakt geregelte, umfassende Grundversicherung aller Sozialversicherten unter Förderung der Eigenverantwortung (z.B. Bonus und Beitragsrückerstattung) ist einzuführen. Ein Bonus oder eine Beitragsrückerstat-

tung ist zu gewähren, wenn festgestellte Zahnschäden regelmäßig konservierend und chirurgisch saniert werden. Die geplante Regelung: höherer Zahnersatz-Zuschuß bei regelmäßiger Kontrolle ist demotivierend. Hier soll eine Therapie belohnt werden, die gerade durch gute Mitarbeit des Patienten unnötig ist.

Eine über die oben genannte Grundversicherung hinausgehende Versorgung kann nach dem Kostenerstattungsprinzip erbracht werden, wobei wiederum die Eigenverantwortung zu berücksichtigen ist.

6. Die Stellung der selbstverwalteten *Körperschaften* darf weder vom Gesetzgeber noch von den Zahnärzten selbst untergraben werden. Das würde vor allem die Rechtsposition des einzelnen Kassenzahnarztes im System schwächen. Er wäre Übergriffen von allen Seiten schutzlos ausgeliefert. Ohne sie läßt sich auf Dauer *Freiberuflichkeit* und *freie Arztwahl* des Patienten auf heutigem Niveau nicht sichern. Ohne sie wird der Sicherstellungsauftrag in seinem heutigen Verständnis nicht erhalten bleiben können.

In einem freiheitlichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland darf die *Freiheit des Patienten*, sich den Zahnarzt seines Vertrauens zu wählen, nicht ersetzt werden durch die Unfreiheit, sich den Zahnarzt nach seinem Geldbeutel auswählen zu müssen.

7. Nur durch allgemein akzeptierte Qualitätssicherungsmaßnahmen (auch

der sogenannten „Struktur- und Prozeßqualität“) ist der medizinische Fortschritt dauerhaft zu integrieren. Die wenigen sogenannten schwarzen Schafe sind in keinem anderen System sicherer und für das Ansehen des Standes weniger schädlich aufzuspüren als im Sachleistungssystem. Man muß es nur wollen. Auch hier gilt wieder der Grundsatz: *Selbstkontrolle ist besser als Fremdkontrolle*. Keine Gesellschaft kann es zulassen, daß so große Bereiche wie das Gesundheitswesen am Bruttosozial-Produkt teilhaben und unkontrolliert bleiben.

8. Der DAZ hält das *Sachleistungssystem* trotz seiner Schwächen darum für das bessere, weil es den Zugang aller Bevölkerungsschichten zu allen Leistungen offenhält. Die Selbstverwaltung braucht allerdings genügend Freiräume, um Rechte, Pflichten und auch die Honorare verantwortungsvoll und gerecht zu verteilen. Voraussetzung ist, daß der Gesetzgeber in seinen gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen Kostenänderungen der Praxis angemessen berücksichtigt. Das ist in den letzten Jahren immer weniger der Fall gewesen.

9. Von der *Bindung der Ausgaben an die Grundlohnsumme*, wie sie die Regierung vorschreibt, muß abgegangen werden. Auch kommt eine Erweiterung des Leistungskataloges nur bei entsprechender Erhöhung der Einnahmen in Frage. In die Bemessung der Vergütung müssen Veränderungen der Therapie-standards, des Leistungskataloges, der

Morbidität durch eine geänderte Altersstruktur und der durch gesetzliche Auflagen überproportional steigenden Betriebskosten mit einfließen.

10. *Gesundheitspolitik* ist mehr als nur der Interessenausgleich zwischen Leistungs- und Kostenträgern; sie ist mehr als nur der Verschiebebahnhof von Beitragsmilliarden und Lohnnebenkosten. Sozialpolitiker und Ministerialbeamte konnten nur einen sehr engen Teil des Gesundheitswesens reformieren. Ohne Beteiligung fachkundiger Gesundheitspolitiker, Kulturpolitiker der Bundesländer und ohne Beteiligung der Sozialwissenschaften kann eine Reform des Gesundheitswesens nur Stückwerk bleiben.

Der Abdruck des DAZ-Grundsatzprogramms wird im *forum* 32 fortgesetzt.

Goldgräber in der Leichenhalle

In der New Yorker Zeitschrift „Spy“ (März 1990) berichtet Philip Weiss unter dem Titel „There's gold in them thar copses“, wie Leichenbestattungsfirmen den ihnen anvertrauten Leichen Goldzähne herausbrechen. Die Durchschnittsleiche enthält zwar nur Gold für 81 \$, aber die Leichenbestatter und Krematoriumsangestellten haben Zeit, sich die lohnenden Goldgruben herauszusuchen.

Gesundheitspolitische Information
GPI; 2/90, 5677

Vom staatlich angestellten Zahnarzt zum Freiberufler

Schwierigkeiten bei der Praxisgründung in den fünf neuen Bundesländern

F. Petrich

Längst ist die Aufbruchstimmung unter den Zahnärzten der ehemaligen DDR in Skepsis umgeschlagen. Die Perspektive der Freiberuflichkeit, die sich noch im Frühling diesen Jahres als erstrebenswerter Silberstreif am Horizont des bisher staatlich administrativen Berufslebens eines jeden DDR-Zahnarztes abzeichnete, entwickelt sich immer mehr zu einer Vision aus organisatorischem Chaos und hemmungslosem Überlebenskampf zu Lasten der ihm anvertrauten Patienten.

Nicht die Ethik des ärztlichen Freiberuflers wird in naher Zukunft das zahnärztliche Betreuungskonzept in den neuen 5 Bundesländern bestimmen, sondern das im Einigungsvertrag festgeschriebene Rechenexempel: Niedriges Lohnniveau, niedrige Krankenversicherungsbeiträge, niedriges Honorar. Vorausgesetzt, die Banken lassen sich angesichts des drastisch reduzierten Punktwertes überhaupt auf eine Praxisfinanzierung ein. Sollte jedoch bereits an diesem Punkt eine Praxisgründung scheitern, stellt sich die Frage:

Wie weiter mit der zahnmedizinischen Betreuung im Osten Deutschlands?

Einerseits soll in einem zügigen Prozeß die ambulante medizinische Betreuung in der Form freier Arzt- und Zahnarzt-niederlassungen ein sicheres Standbein erhalten und andererseits werden dafür fast unannehmbare Bedingungen verfügt, die den Erfolg einer Praxisgründung von vornherein in Frage stellen.

Insbesondere der augenblickliche Mietwucher und die Kostenanpassung an den bundesdeutschen Dentalmarkt lassen die Rechtfertigung des reduzierten Punktwertes mit entsprechend niedrigen Betriebsmittelkosten bereits heute recht fragwürdig erscheinen. Gleiches gilt für die gegenüber westdeutschem Niveau niedriger anzusetzenden Personalkosten. Bei dem zu erwartenden Lohngefälle zwischen west- und ostdeutschen Zahnärzthelferinnen wird schon bald ein Arbeitskräftestrom gen Westen einsetzen. Also wird der ostdeutsche Zahnarzt, viel früher als eine Honoraranhebung zu erwarten ist, die

Helferinnengehälter anheben müssen, um seine Arbeitskräfte zu halten. Steigende Kosten im Dienstleistungs- und Energiesektor werden ihr übriges tun.

Dies alles wird angesichts der niedrigen Honorare schon bald zu einer existenzbedrohenden finanziellen Schiefelage des gesamten Praxisprojektes führen und nur durch eine unverhältnismäßig hohe quantitative Steigerung der zahnärztlichen Leistungen bei entsprechenden qualitativen Kompromissen auszugleichen sein.

Doch selbst wer alle diese Risiken auf sich nehmen möchte, muß sich mit einer Praxisgründung nach wie vor in Geduld fassen, da 2 1/2 Monate vor Inkrafttreten des gegliederten Krankenkassensystems in den neuen Bundesländern noch keine funktionsfähigen kassenzahnärzt-

lichen Vereinigungen existieren. Demzufolge gibt es auch noch keine kassenzahnärztlichen Zulassungsausschüsse und die dringend erforderlichen Einführungslehrgänge zur kassenzahnärztlichen Tätigkeit konnten bisher ebenfalls nicht stattfinden (Stand Okt. 1990).

Was also geschieht mit dem ersten Patienten, der am 2.1.1991 auf einem ostdeutschen Behandlungsstuhl Platz nimmt?

Diese und viele, viele andere Fragen bewegen z. Zt. die ostdeutsche Zahnärzteschaft und es bleibt abzuwarten, ob in den verbleibenden 2 Monaten alle ausreichend beantwortet werden können.

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

Unnötige Behandlungstage im Spital

Ein großes Sparpotential sind die überflüssigen oder zu langen Spitalaufenthalte: Der Betriebsaufwand beträgt zum Beispiel im Kanton Zürich rund 600 Franken pro Spitaltag, im Universitäts-spital rund 1200 Franken. Abklärungen in Basel und Solothurn haben ergeben, daß rund 20 Prozent aller Akutspitalpatienten am Stichtag in einem Pflegeheim oder zu Hause hätten liegen können. Das westdeutsche Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat eine Studie veröffentlicht, welche 1788 Patienten über 60 Jahre betraf. Danach waren von durchschnittlich 17,4, Aufent-

haltstagen 2,9 Tage überflüssig. Rechnet man diese Fehlbelegungsquote von 17 Prozent auf die ganze Bundesrepublik hoch, ergeben sich allein bei diesen älteren Patienten 35 000 fehlbelegte Betten und über 10 Millionen unnötige Spitaltage pro Jahr. Eine weitere Studie ergab bei den unter 60jährigen Patienten fast 20 Prozent unnötige Pflegetage, was zusätzlich 50 000 überflüssige Betten ergäbe. Hier zeigt sich, wie nötig andere Tarifsysteme, Qualitätskontrollen, Richtlinien und der Ausbau der Krankenpflege zu Hause sind - auch im Interesse der Kranken selbst.

Gesundheitspolitische Information
GPI; 2/90, 5587

Provisorien leichtgemacht

ein neues Material für die Praxis

A. Maurer

Seit Inkrafttreten der neuen GO-Z sind Provisorien an Inlayzähnen nicht mehr abrechenbar.

Damit fand wieder einmal ein Honorarabzug statt, der spürbar ist, müssen präparierte Zähne doch weiterhin provisorisch versorgt werden, was oft recht zeitraubend ist. Nicht jede Praxis hat das Glück einer Helferin, die Provisorien für Teilkronen oder Inlays zuverlässig herstellen kann. Und schließlich kostet eine gute Helferin auch nicht wenig.

In dieser Situation liquidieren nun viele Behandler die GO-Z Position provisorischer Verschluß (p.V.), was rechtlich nicht korrekt ist.

Ein anderer Ausweg ist unverfänglich, nämlich die Provisorienherstellung zu vereinfachen und damit Zeit zu sparen.

Wir verwenden seit über einem Jahr einen neuen Kunststoff der Fa. Vivadent namens Fermit.

Seine Verarbeitung benötigt ungleich weniger Zeit als herkömmliche Methoden, die meist einen Abdruck verwenden und ein Ausarbeiten des Provisoriums erfordern.

Fermit ist in Spritzenform im Handel und ähnelt in der Konsistenz den üblichen Compositen. Mit Licht härtet es in 40 Sekunden bis zu 8 mm tief aus. Dabei

behält es jedoch eine Elastizität ähnlich Hartgummi.

Durch diese herausragende Eigenschaft läßt sich Fermit auch aus unterschichtenden Stellen problemlos entfernen. Man kann also Unterschnitte voll zur Retention nützen.

Amerikanische Untersuchungen belegen, daß Fermit gut pulpenverträglich ist. Seine Kunststoff-Riesenmoleküle sind größer als die Dentintubuli. Eine Unterfüllung ist daher entbehrlich.

Fermit enthält gemahlenes organisches Splitterpolymerisat und Siliciumdioxid-Microfüller auf der Basis Polyesterurethandimethacrylat.

Somit ist es eugenolfrei und verbindet sich mit fast allen heute gebräuchlichen provisorischen Füllungsmaterialien auf Kunststoffbasis bzw. mit Compositen.

Ausreichende Beständigkeit im Mundmilieu sowie eine leichte Wasseraufnahme, die die Polymerisations schrumpfung ausgleicht, ermöglichen auch längere Tragezeiten.

Dank des erwähnten dauerelastischen Zustands läßt es sich leicht mittels eines Hakens bzw. Sonde aus der Kavität entfernen.

Im Normalfall wird man kein zusätzliches Befestigungsmittel benötigen. Lediglich bei flachen Präparationen, wie

sie bei Keramikinlays vorliegen, empfiehlt sich ein eugenolfreier Zement, der allerdings nicht den Schmelzrand bedecken sollte, sondern nur den Dentinbereich, da der Randschluß von Fermit ausgezeichnet ist.

Als weiteren Vorteil fanden wir, daß sich die Gingiva unter Fermit (z.B. interdental) absolut reizneutral verhält. Blutungen beim Einsetzen des Inlays sollten somit nicht mehr vorkommen.

Zur Vorgehensweise:

Wir drücken in die trockene Kavität bzw. die Kavitätenstraße ausreichend Fermit und benetzen den Handschuh mit Wasser, Vaseline oder Speichel, um ein Kleben am Kunststoff zu vermeiden.

Dann entfernen wir grob Überschüsse, lassen zubeißen und modellieren nochmals nach. Hierbei sollte Fermit die Kavitätenränder leicht überlappen.

Nach 40 Sekunden Licht ist das Material elastisch-hart.

Gegebenenfalls kann das Provisorium herausgenommen und beschnitten werden.

Ein Beschleifen ist etwas schwierig, ähnlich wie bei Silikonem.

Patienten empfinden den Aufbiß als angenehm.

Ist eine längere Tragezeit vorgesehen, läßt sich Fermit mit hartwerdenden Kunststoffen kombinieren. Dazu muß occlusal etwas Platz gelassen werden, den z.B. Composite, Trim o.ä. ausfüllen.

Somit erreichen wir eine harte abrasionsresistente Occlusalfläche, ohne auf

Verarbeitungsvorteile verzichten zu müssen.

Wurde Fermit vor Auftragen des Composites von Speichel kontaminiert, sollte es oberflächlich gereinigt und mit etwas Bonding versehen werden.

Wir möchten auf Fermit inzwischen nicht mehr verzichten, da wir für Provisorienherstellung, Einsetzen und Herausnehmen fast keine Zeit mehr benötigen. Und ein unbeabsichtigter Verlust des Provisoriums kommt kaum mehr vor.

Alles in allem ein deutlicher Gewinn.

Ein Haken: Fermit ist in der BRD noch nicht offiziell im Handel. Wir bekommen es trotzdem bei American Dental Supplies, Tel.: 08106-310 43-44. Sie auch!

Anschrift des Verfassers:

Dr. Armin Maurer

Wöhlerstr. 20

8000 München 70

Wenig Lust zur Niederlassung

Nur rund ein Sechstel aller DDR-Ärzte ist derzeit fest zur Niederlassung entschlossen, die Mehrheit kann sich die Zukunft als angestellter Arzt in Polikliniken und Ambulatorien durchaus vorstellen. Dies geht aus einer schriftlichen Befragung einer Privaten Gesellschaft hervor, die im Auftrag des Virchow-Bundes durchgeführt worden ist. Das größte Interesse am Aufbau einer eigenen Praxis haben danach Ärzte im Alter zwischen 35 und 40 Jahren.

ZM 16/90, 1736

Eine Glosse, die gar nicht mehr zum Lachen ist

U. Happ

Für wie dumm hält man uns eigentlich?

Jeder weiß, daß FCKW schädlich ist. Allgemein bekannt ist auch, daß das vor 10 Jahren freigesetzte FCKW erst jetzt seine ozonschädliche Wirkung entfaltet. Und dennoch wird es weiter angeboten, eingesetzt und angepriesen. Auch im Bereich der Medizin. Und das, wo doch gerade wir Ärzte und Zahnärzte zur Gesundheitserhaltung, zur Vermeidung von Gesundheitsschäden ethisch verpflichtet sind. Wo bleibt die Information und Motivation der Kollegenschaft durch unsere Standesvertretung, wo bleibt die umsichtige Vorbereitung der Schadensverhinderung?

Doch nicht in der Anzeigenserie „Zahnärzte schützen die Umwelt: verwenden kein FCKW“ – sei sie auch noch so oft wiederholt – in dem Wissen, daß dem nicht so ist. Und doch auch nicht in der (um es freundlich zu sagen:) Duldung, daß uns vom Handel FCKW-Sprays angeboten werden mit dem Hinweis, daß sie medizinisch zugelassen sind für Indikationen, bei denen sie nicht notwendig sind.

Wo bleibt das aufklärerische Wort, die warnende Information unserer Standesvertretung bzw. der zuständigen Ausschüsse, wenn uns im Dentalkatalog ein

(Zitat) „Kältespray zur Abkühlung thermoplastischer Kunststoffe“, ein „Arzneimittelrechtlich zugelassenes flüssiges Gas (Dichloridfluormethan), mit umweltneutralem Treibgas“ angeboten wird, und dazu gehörende Schaumstoff-Pellets zum Betupfen der Zahnhalsregion.*¹

Ist es denen klar, daß damit Glaubwürdigkeit verspielt wird? Das umweltschädliche Treibgas Dichloridfluormethan (= FCKW) durchlöchert unser Ozonschild weiter, auch wenn es durch ein anderes umweltneutrales Treibgas in die Atmosphäre geblasen wird! Ich frage mich, welchen Sinn es überhaupt haben soll, ein Treibgas durch ein anderes Treibgas auszutreiben – wenn nicht den, uns für absolut dumm zu verkaufen.

Und ist dies ein einsamer Gipfel?

Leider nein. Da gibt es doch einen Hersteller, der hat für seine Dentallegierungen ein Qualitäts-Siegel, die Bio-Test-Marke (siehe Abbildung) in die Werbung gebracht. Die Qualitätsmerkmale werden in vier Gruppen eingeteilt:

- A: Biokompatibilität;
- B: Korrosionsresistenz;
- C: Anwendungsfreundlichkeit und
- D: Verarbeitungstoleranz

Nicht nur, weil es im Namen des Siegels angesprochen ist, interessiert uns die Gruppe A besonders. Laut Erläuterung wird nach vier Testmethoden untersucht:

- a1: Zelltoxizitätstest mittels NBT-Vitalfärbung;
- a2: Zelltoxizitätstest mittels Agardiffusion und
- a3: Mutagenitätstest nach Ames

Soweit hört es sich gut an.

Und wann gibt es nun das werbewirksame Qualitätssiegel?

„Die mit der Bio-Test-Marke versehenen ... Legierungen haben die oben erwähnten Biokompatibilitäts- und Korrosionsresistenztests *vollumfänglich oder teilweise durchlaufen* und dabei *gute bis hervorragende* Bewertungen erreicht.“

Soweit ein Zitat aus der Werbeschrift*¹, dem der Firmennamen entzogen und die Unterstreichung hinzugefügt wurde. Ein weiterer Kommentar ist wohl nicht nötig.

*1 Die Prospekte liegen vor.

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

Kommentar aus der Ärzte-Zeitung Nr. 203 vom 26./27.10.90

Niederlage für den Berliner Kammerpräsidenten

Die Delegierten der Zahnärztekammer Berlin haben auf ihrer 13. ordentlichen Delegiertenversammlung am 20.11.90 mit absoluter Mehrheit dem Präsidenten der Zahnärztekammer Berlin, Herrn Prof. Dr. Dr. R. Hamdt, das Mißtrauen ausgesprochen und ihn zum Rücktritt aufgefordert.

Professor Hamdt ist dennoch nicht zurückgetreten. Daraufhin hat die Mehrheit der Delegierten die Versammlung verlassen, so daß Beschlußunfähigkeit bestand.

Professor Hamdt hat in seiner Funktion als Präsident der Zahnärztekammer der Glaubwürdigkeit und dem Ansehen der Berliner Zahnärzteschaft schweren Schaden zugefügt. Er hat sein Amt nicht mit der gebotenen Neutralität verwaltet. In einem Gespräch mit der Presse und auf zahlreichen Veranstaltungen hat er lediglich die Meinung einer kleinen Kollegengruppe des Landesverbandes des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte wiedergegeben.

Seine Thesen, Ausstieg aus der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) und die Abschaffung der KZVen (Kassenzahnärztliche Vereinigung) sind aus der Sicht der Unterzeichnenden nicht nur unverantwortlich, sondern sozialpolitisch verantwortungslos gegenüber der breiten Mehrheit der Patienten und der Zahnärzteschaft.

Kariesrisiko: Mutter

A. Maurer

Während der letzten zwei Jahrzehnte konnten wir in den meisten westlichen Industrieländern einen deutlichen Rückgang der Kariesinzidenz erleben.

In erster Linie ist dies dem mehr und mehr unbestrittenen Nutzen des Fluorideinsatzes zuzuschreiben. Der Marktanteil verkaufter fluoridhaltiger Zahnpasten korreliert deutlich mit der Abnahme der Karies. Besonders deutlich zeigt sich die Fluorid-Wirkung in Gebieten, die Trinkwasser- oder Kochsalzfluoridierung ermöglicht haben.

Andererseits wird aus Japan, wo man Fluoridzahnpasten nicht verwendet, berichtet, daß die Karieshäufigkeit stagniere.

Breitenwirksame Ernährungsgewohnheiten positiv zu beeinflussen dürfte kaum möglich sein. Statistiken zeigen trotz aller Aufklärung zunehmenden Verbrauch von Süßigkeiten in fast allen westlichen Ländern. Auch Länder, in denen Zuckersubstitute erlaubt sind, stellen keine Ausnahme dar im Rückgang der Karies.

Ebensowenig Gewicht haben Versiegelungen, Fluoridlacke oder Mundhygieneunterweisungen.

Chlorhexidinpräparate sind als Dauermedikation ohnehin ungeeignet. Also bleibt Fluorid das Mittel der Wahl, um in breiten Bevölkerungsschichten den DMF-Index zu senken.

Trotz aller Erfolge in der Primärpro-

phylaxe stellt uns eine Gruppe von Risikopatienten weiterhin vor große Probleme. Denn gut die Hälfte aller Läsionen tritt bei etwa 10–20% der Untersuchten auf. Dieser Gruppe muß vermehrt Aufmerksamkeit gespendet werden.

Auffällig erscheint hierbei wieder, daß Milchzähne deutlich schlechter auf Fluoridierung ansprechen als permanente Zähne.

Dieser Erscheinung ist u. a. die Universität Zürich seit Jahren sehr intensiv nachgegangen und hat herausgefunden, daß die Aktivität der Speichelmicroflora sehr unterschiedlich ist.

Läßt sich im Speichel insbesondere *Streptococcus mutans* nicht nachweisen, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit von Kariesfreiheit ausgegangen werden. Somit ist *Streptococcus mutans* als Karieserzeuger am gefährlichsten.

Aber obwohl diese Bakteriengruppe bei den meisten Erwachsenen nachweisbar ist, kann sie nicht als zur normalen Mundflora gehörig angesehen werden. Ein Fehlen dieser Bakterien hat keinerlei Nachteile zur Folge, im Gegenteil.

Streptococcus mutans-Besiedlung der Mundhöhle ist Folge einer klassischen Infektion, die via Speichel von Mund zu Mund übertragen wird. Bei Kleinkindern ist üblicherweise die Mutter die Infektionsquelle.

Das Risiko, Milchzahnkaries zu entwickeln, ist umso höher, je früher die

Ansteckung abläuft.

Aus dieser Erkenntnis heraus sind wir Zahnärzte aufgefordert, Schwangere aufzuklären, daß Karies ansteckend ist.

Daher sollten Mütter und Väter vermeiden, Löffel oder Schnuller abzuschlecken, bevor sie diese in den Mund der Kinder geben, oder an Saugern von Nuckelflaschen zu probieren, ob der Saft fürs Kind geeignet ist.

Eine Streptococcusinfektion kann dadurch vermieden oder zumindest weit hinausgezögert werden.

Und ohne Streptococcus gibt es keine Karies!

Sinnvoll wäre es sicher, Schwangere auf Speichel-Streptococcus zu testen und bei hohem Zellenachweis intensive Aufklärung anzubieten, verbunden mit einer Reduktion der Streptococci durch Chlorhexidin-Spülungen. Einfache Streptococcus-mutans-Tests zur Anwendung in der Praxis stehen uns heute zur Verfügung.

Anschrift des Verfassers:

Dr. A. Maurer

Wöhlerstr. 20

8000 München 60

Chlorgebleichte Zellstoffprodukte nicht mehr vertretbar in der Zahnarztpraxis

Der Markt bietet heute nicht nur Recycelpapier für die Praxisverwaltung, Einmalhandtücher und ungebleichte Kaffeefilter an. Verfügbar sind jetzt auch zahnärztliche Watterollen gegen Spei-

chelfluß, welche nicht mehr gebleicht sind und dennoch allen hygienischen und ästhetischen Ansprüchen gerecht werden. Darauf weist „der artikulatur, Zeitschrift für kritische Zahnmedizin“ in seiner neuesten Ausgabe hin.

Beim Bleichen des Zellstoffs in der herkömmlichen Produktion wird Chlorgas eingesetzt. In der Reaktion mit den organischen Bestandteilen des Zellstoffes entstehen überschüssige chlorierte Kohlenwasserstoffe (CKWs), welche in die Gewässer und ins Meer gelangen. Darunter befinden sich auch Dioxine. Diese wirken schon in kleinsten Dosen krebserregend und erbgutschädigend.

Die von einer bayerischen Zellstoffverarbeitenden Dentalfirma auf den Markt gebrachten ungebleichten Watterollen bestehen dagegen aus einem Kern ungebleichter, gewaschener Baumwolle. Sie werden von einem dünnen synthetischen Vlies aus einem Mischgewebe mit Viskose und Polypropylen zusammengehalten. Diese Stoffe verhalten sich zwar schadstoffintensiver bei der Entsorgung als der Baumwollkern, der „artikulatur“ sieht jedoch einen Vorteil darin, daß durch die Umhüllung die äußeren Fasern nicht mehr mit Chinon- und Formaldehydhaltigen Chemikalien verklebt werden müssen, um der Watterolle Festigkeit zu geben.

Die neuen Produkte können auch bei Patienten angewendet werden, die auf die herkömmlichen Artikel allergisch reagieren. Die Farbe ist rein weiß, wenn auch nicht strahlend weiß.

Buchbesprechungen

Atlas der Zahnerhaltung

Dr. Werner Kullmann

Carl Hanser Verlag, DM 398.-, 416 Seiten

Der Atlas beinhaltet eine gut gelungene Mischung mehrerer, zur Zeit hoch aktueller, sonst immer auf verschiedene Lehrbücher verteilter, Themenbereiche. (Materialkunde, Kinderzahnheilkunde, Zahnerhaltung)

Der weiterführende Titel des Buches („...mit Glas-Ionomer-Zementen und Komposit-Kunststoffen“) gibt bereits das Schwergewicht des materialkundlichen Teiles an. In jeweils 3 Kapiteln werden diese beiden „jungen“ und vielfältig einsetzbaren, plastischen Füllungsmaterialien ausführlich dargestellt.

Nach einem kurzen historischen Überblick über die jeweilige Entwicklung des Materials, folgen die Grundlagen der Zusammensetzung, die Härtereaktionen, Richtlinien zur Verarbeitung, sowie die Indikationsbreite und -grenzen.

In den weiteren Kapiteln (10) wird deren Anwendungsweise präzise – unterteilt nach einzelnen Zahngruppen und deren möglichen Kavitäten – dargestellt.

Ausführliche Farbfotoserien dokumentieren schrittweise den Behandlungsablauf, der dann nochmal in Tabellen übersichtlich zusammengefaßt wird.

Der Autor zeigt nicht nur die Möglichkeiten und Grenzen der genannten Materialien auf, sondern beschreibt auch systematisch an Hand von Therapieabläufen ein großes Spektrum der Zahnerhaltung (direkte, indirekte Überkappungen, endodontische Maßnahmen, Abläufe der Pulpitiden, etc.).

Sehr erfreulich ist, daß sich das erste „Anwendungskapitel“ (und auch das längste!) mit den Zähnen der 1. Dentition auseinandersetzt und damit zu einem kleinen Lehrbuch der – oft stiefmütterlich behandelten – Kinderzahnheilkunde wird.

Nicht nur auf die unterschiedliche Anatomie und Physiologie der Milchzähne (Schmelzstruktur, Pulpasituation etc.) wird eingegangen, sondern von der prophylaktischen Milchzahn- und 6-Jahr-Molarenversiegelung über die

Behandlung der offenen Milchzahnpulpa bis hin zur detaillierten Beschreibung der Milchgebißerhaltung mittels konfektionierter Kronen findet der interessierte Leser systematisch dargestellte Behandlungsabläufe.

Am Schluß jeden Kapitels werden Fehlerquellen und mögliche Schwierigkeiten beschrieben, die für einen eventuellen Mißerfolg der Behandlung verantwortlich sein könnten.

Im letzten Kapitel wird die Klebebrückentechnik als Möglichkeit zur mittelfristigen Versorgung bei Nichtanlage oder durch Trauma verlorengegangener bleibender Zähne vorgestellt.

Der Autor beschreibt auch die Technik der Amalgamfüllung, leider sagt er jedoch nichts über die „Biologische Verträglichkeit“ des zur Zeit wieder sehr umstrittenen Materials (was er bei der

Darstellung der beiden anderen Materialgruppen nicht unterlassen hat). Er hat sich wohl nicht in die Nessel der aktuellen Amalgam-Diskussion setzen wollen, was zu bedauern ist, da gerade von einem Lehrbuch über zentrale Bereiche der Zahnerhaltung eine Stellungnahme zu erwarten ist.

Insgesamt gesehen ist dieser Atlas eine sinnvolle und lohnenswerte Lektüre für jeden Praktiker, der sich um eine qualitätsbewußte und selbstkritische Zahnerhaltung bemüht. Der relativ hohe Preis rechtfertigt sich durch den sehr guten didaktischen Aufbau des Buches und die Vielzahl ausgezeichnete Spezialfarbfotos.

Anschrift des Verfassers
 Dr. Knut Krützmann
 Wagmüllerstr. 21
 8000 München 22

Zur Pathogenität des Zahnsteins

Zahnstein als solcher beeinflusst nicht die gingivale Gesundheit. Aber seine unregelmäßige und poröse Oberfläche retiniert weiche Beläge leichter als eine zahnsteinfreie Oberfläche.

Versuche an jungen indonesischen Soldaten belegten die Vermutung, daß Plaque Gingivitis erzeugt, nicht jedoch eine weitgehend plaquefreie Zahnsteinablagerung.

Zwei Gruppen der erwähnten Soldaten unterzogen sich gründlicher Zahnpflege. Bei nur einer Gruppe war vorher Zahnstein entfernt worden.

Trotzdem sank in beiden Gruppen der Blutungsindex (als Maß für Gingivitis) auf knapp die Hälfte ab.

Die professionelle Zahnreinigung bei der einen Gruppe stellte also offenbar keinen Vorteil dar.

Dieses Ergebnis trat allerdings bei einer Gruppe junger, gesunder Probanden auf und kann nicht ohne weiteres auf ältere oder weniger gesunde Personen übertragen werden, am allerwenigsten auf Patienten mit pathologischen parodontalen Taschen.

Aus:
 Journal of Clinical Periodontology
 Vol. 17 No. 1 1990

Röntgenfachkunde für Zahnarzhelferinnen

Fragen und Lösungen zum Kenntnissnachweis

Dr. H. Diewald

Erschienen bei Cornelsen/Giradet ISBN 3-464-45142-9

61 Seiten, 27 Abbildungen, Preis DM 12,80; Bestellnr.: 451629

Vertrieb: Cornelsen-Verlagsgemeinschaft, Postfach 8729, 4800 Bielefeld 1

Wie schon allgemein bekannt und im Vorwort (Prof. Dr. Sitzmann) erwähnt, dürfen nach § 23 Abs. 4 „Hilfskräfte, die unter ständiger Aufsicht und Verantwortung ... tätig sind und für diese Tätigkeit über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen ...“ zur Erstellung von Röntgenaufnahmen eingesetzt werden.

Diese Kenntnisse werden in Kursen vermittelt, die Prüfung erfolgt durch ein Abschlußtestat. Das Testat ist der Inhalt der Broschüre. Die rund 200 Fragen mit je 4-5 Antwortmöglichkeiten umfassen alle Lehrinhalte, aufgeteilt in 5 Gruppen.

Um es gleich vorwegzunehmen: Wer alle Kästchen (Multiple-choice) richtig ankreuzt, darf sich auf die Schulter klopfen. Möglichkeiten für nicht richtige Antworten gibt es genug. Das soll jedoch nicht abschrecken, da die Bescheinigung über das Bestehen der Prüfung in

der Regel bereits ausgestellt wird, wenn rund 2/3 der Fragen richtig beantwortet sind.

Ein Lehrbuch für Röntgenfachkunde ist es nicht. Die Kenntnisse müssen beim Durcharbeiten der Broschüre bereits vorhanden sein und werden erworben in Praxis, Schule und Eigenstudium.

Geeignet ist das Büchlein in erster Linie – wie der Titel sagt – für Helferinnen, die kurz vor der Prüfung stehen, für geprüfte Helferinnen, die im Rahmen der Fortbildung das Prüfungsgespräch absolvieren wollen, für den Zahnarzt, der gehalten ist, die vorgeschriebenen (§ 36 RöV Abs. 1) halbjährlichen Unterweisungen durchzuführen, für die Fachlehrer, die einen Prüfungsrahmen erhalten, schließlich für den Zahnarzt selbst zur Wiederholung und Überprüfung der eigenen Kenntnisse wie auch für die Prüfer – so wäre es zu wünschen (es könnte dann nicht vorkommen, daß eine

Helferin mit 20 Dienstjahren beim Prüfungsgespräch die Bescheinigung nicht erhält, weil sie die Frage, ob Autos geröntgt werden können, falsch beantwortet. Hat sie doch immer gelernt, daß Röntgenstrahlen Metalle nicht durchdringen—Kronen, Brücken, Modellguß).

Eingeteilt wurde in 5 Kapitel:

1. Begriffe, Definitionen und Bestimmungen der Röntgenverordnung
2. Physikalische und strahlenbiologische Grundlagen, Strahlenschutz
3. Röntgenfilm, Film-Folien-Kombinationen, Filmverarbeitung, inkl. Gerätekunde
4. Intra- und extraorale Aufnahmetechniken inkl. Gerätekunde
5. Qualitätssicherung, Fehleranalyse, Hygiene

Zum Schluß folgen die Lösungen, ein Stichwortverzeichnis und das Bildquellenverzeichnis.

Der Verfasser hat mit viel Fleiß eine Lücke geschlossen – übersichtliche Zeichnungen ergänzen die Fragen – und man sollte diese Mühe durch den Erwerb dieser zudem preiswerten Broschüre honorieren.

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Hans Jordan
 Alte Nürnberger Str. 22
 8400 Regensburg

Für Sie gelesen:

Arzt für Labormedizin als Gewerbetreibender

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat entschieden, daß der durch die Zahl der Aufträge und der angestellten Mitarbeiter gekennzeichnete Umfang der Praxis eines einzelnen Arztes für Laboratoriumsmedizin sich nicht beliebig vergrößern läßt, ohne daß seine Freiberuflichkeit in Frage gestellt ist.

Ein Arzt ist – so der BFH – an sich auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich bei der Ausübung seines Berufs der Mit-hilfefachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient. Voraussetzung ist jedoch in diesem Fall, daß der Arzt aufgrund seiner eigenen Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Das setzt voraus, daß jede einzelne Arbeitsleistung der Mitarbeiter als solche des Arztes erkennbar sein muß. Sie muß dem „Stempel seiner Persönlichkeit“ tragen.

Im Streitfall hatte der Kläger (Arzt) an 325 Arbeitstagen im Jahr täglich im Durchschnitt zwischen 227 und 345 Aufträge erledigt, was 692 bis 862 Untersuchungen entspricht. Bei diesem Umfang stellten sich für den BFH aufs Ganze gesehen die erbrachten Leistungen zu einem wesentlichen Teil als die seiner 50 bis 70 nichtärztlichen Mitarbeiterinnen dar. (BFH Urteil vom 1.2.1190, IV R 140/88) dll

Aus: Der Steuerzahler S. 150, Okt. 90

Fachkunde für Zahnarzhelferinnen

Dr. Ulrich Happ

188 Seiten, erschienen im Friedrich Kiehl Verlag,
Ludwigshafen, Preis 26,80 DM.

Das soeben erschienene Fachkundebuch wendet sich in der Hauptsache an praktisch tätige Helferinnen und Auszubildende. Daher gab ich es zuerst meinen Helferinnen zu lesen, die zu folgender Beurteilung kamen:

„leicht verständlich, sehr interessant, spannend, schwer verständliche Fremdwörter werden vermieden. Man wird nicht gleich durch tiefeschürfende wissenschaftliche Grundlagen verschreckt und am Weiterlesen gehindert.“

Diese Beurteilung stellt gleich das große Plus des Buches heraus: Es wird wirklich gelesen. Dies wird auch das Anliegen des Autors gewesen sein, nachdem er sich jahrelang beim Unterricht an der Berufsschule und am ZMF-Institut mit schwer verständlichen und eher verwirrenden Fachbüchern herumgeschlagen hatte. Seine „Fachkunde ist sowohl für Azubis im ersten Lehrjahr verständlich als auch für altgediente Helferinnen informativ. Fast wie das gute alte „Dr. Oetker Schulkochbuch“ richtet sich das Buch, dessen Umfang eher schlicht gehalten ist, an Menschen mit „praktischer Intelligenz“.

Es gliedert sich in folgende Kapitel auf:

- Der zahnärztliche Behandlungsplatz
- Röntgen
- Hygiene, Desinfektion und Sterilisation
- Arzneimittel
- Konservierende Zahnheilkunde
- Chirurgie
- Prothetik
- KFO
- PA
- Fachwortverzeichnis

Im ersten Kapitel werden sowohl sehr alte als auch modernste Einheiten und Geräte beschrieben und deren Wartung erklärt, so daß die Helferinnen die für ihre Praxis wichtigen Informationen findet.

Der Abschnitt „Röntgen“ geht kurz auf die theoretischen Grundlagen und Vorschriften der Röntgenverordnung ein, wendet sich aber dann schnell der praktischen Arbeit wie Entwicklung, Aufnahmetechnik und Fehlermöglichkeiten zu.

Das Kapitel „Hygiene, Desinfektion und Sterilisation“ enthält viel Neues über

den Umweltschutz und die Abfallbeseitigung/-entsorgung in der Praxis. Überhaupt zieht sich die Behandlung der Umweltproblematik in vorbildlicher Weise durch das gesamte Buch.

Das Hauptanliegen des Buches ist jedoch die Darstellung der wesentlichen zahnärztlichen Tätigkeiten. Jedem Teilgebiet der Zahnmedizin ist ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem anhand instruktiver Zeichnungen und Fotos gebräuchliche Materialien und Instrumente vorgestellt werden. Immer wird diese Darstellung ergänzt durch direkt umsetzbare Tips für die tägliche Arbeit in der Praxis.

Trotz der enormen Vielfalt der beschriebenen Geräte und Methoden erhebt das Lehrbuch keinen Anspruch auf erschöpfende Vollständigkeit im wissenschaftlichen Sinne. Die übersichtliche Gliederung, das (knappe) Register sowie ein Fachwortverzeichnis machen die „Fachkunde“ aber zu einem auch nach dem ersten Durchlesen nützlichen Nachschlagewerk. DM 26,80 sind für dieses Buch sehr gut angelegt.

Anschrift der Verfasserin:
 Maren Hauschildt
 Max Brauer Allee 126
 2000 Hamburg 50

Zu wenig Risikopatienten kommen zur Krebsvorsorge

Personen mit einem erhöhten Krebsrisiko, nämlich ältere Menschen, Raucher, Übergewichtige und übermäßige Konsumenten von Alkohol, nehmen in der Regel seltener an der kostenlosen Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil, als Bevölkerungsgruppen mit einem geringeren Risiko. Das ergab eine Auswertung einer repräsentativen Befragung von 5000 Frauen und Männern im Rahmen des ersten Nationalen Gesundheits-Surveys, die vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes vorgenommen wurde. Das Bundesgesundheitsamt empfiehlt, sich Zeit für die eigene Gesundheit zu nehmen und den Termin der jährlichen Krebsvorsorgeuntersuchung fest mit einzuplanen. ZM 15/90

Die Wirksamkeit von drei Zahnsidentypen bei der Entfernung interdentaler Plaque

Eine Gruppe von Probanden wandte drei verschiedene Typen von Zahnseide jeweils eine Woche an. Es handelte sich dabei um gewachste Zahnseide, Superfloss und dental tape.

Sowohl in der subjektiven Beurteilung durch die Testpersonen wie auch in objektiven Score-Messungen der Plaque schnitten flache Reinigungsbänder (dental tape) am günstigsten ab, gefolgt von gewachster Zahnseide.

Am wenigsten effektiv und am unbeliebtesten war Superfloss, die Zahnseide mit Flauchabschnitt.

Aus Journal of clinical
 periodontology
 Vol. 16 No. 12 1989

Wahlen in München

– eine Enttäuschung

A. Maurer

Die Wahlen zur BLZK im September 1990 waren für die Studiengruppe München ein großer Flop, obwohl die Chancen, ein gutes Stimmenergebnis zu erzielen, so gut waren wie nie zuvor. Denn wir scheiterten nicht an der Wahl selbst, sondern bereits im Vorfeld.

Bei jeder Kammerwahl ist bekanntlich ein Quorum erforderlich, d.h. jeweils 3-5 Prozent aller Wahlberechtigten müssen den Listenvorschlag – hier des DAZ – unterstützen, d.h. unterschreiben. Nur waren diesmal die Studiengruppen-Mitglieder nicht in der Lage, ihre Unterschriften plus etwa nochmal so viele weitere Unterschriften zu sammeln. Erforderlich wäre also gewesen, daß jedes DAZ-Mitglied in München zu seiner eigenen Unterschrift noch einen einzigen weiteren Kollegen/Kollegin bittet, den DAZ zu unterstützen – ein zumutbarer Aufwand, sollte man meinen. Desweiteren wurde uns zum Verhängnis, daß einige Mitglieder den Wahlvorschlag des DAZ ebenso unterschrieben hatten wie den einer konkurrierenden Gruppierung. Somit wurde diese Unterschrift ungültig.

Natürlich hat jeder Verein in der Hauptsache Mitglieder, die nicht selbst aktiv sind und die nicht „strategisch“ denken. Natürlich begrüßen wir jedes Mitglied, solange es nur die gemeinsamen Vor-

stellungen mitträgt. Aber nur mit einigen gewählten Funktionären allein kann kein Verband Wirkung erzielen, wo Engagement aller Mitglieder gefordert ist, z.B. bei Wahlen oder in der programmatischen Arbeit.

Konzeptionelle Vorschläge kamen im DAZ immer aus dem Engagement vieler Mitglieder. Wir alle müssen uns wieder klarmachen, daß hierin die Lebendigkeit unseres Verbandes liegt, daß hieraus die besten Ideen entstanden und daß nur damit unsere Vorstellungen Durchsetzungskraft bekommen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Armin Maurer

Wöhlerstr. 20

8000 München 60



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer recht-
zeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

01.02.1991

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

Leserbriefe

In den drei Jahren meiner zahnärztlichen Tätigkeit konnte ich schon mehrere Verfahren kennenlernen:

1. Einbestellung von PAR-Patienten zur Krankenkasse mit Befragungen über Art und Umfang der Vorbehandlung etc..
2. Umfangreiche Begutachtungen meiner ZE und PAR-Planungen.
3. Fachliche Prüfung.
4. Verfahren zur nachträglichen Nichtanerkennung von PAR-Behandlungen aus 1987.
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung durch BKK und AOK für IV/88 rückwirkend für das gesamte Jahr 1988.

Auch wenn diese „Prüfungen“ bisher alle ziemlich spurlos an mir vorübergegangen sind, da mir nichts vorzuwerfen ist, bin ich beunruhigt.

Die Ursache dieser Schikanen liegt nämlich im Grundkonzept meiner Behandlungsweise begründet, welches mir sinnvollerweise während des Studiums beigebracht worden ist.

Das Sanierungsprinzip

Leider ist diese Art der Behandlung mit den heutigen Kontrollmechanismen der Kassen nicht in Einklang zu bringen und ich befürchte weitere Überprüfungen nach den neuen Richtlinien, wobei

bekanntlich nur reine Durchschnitte ohne Einzelfallprüfungen als Grundlage dienen. Verschärft wird die Situation in meinem Falle noch durch die Beschäftigung eines Assistenten, der als Universitätsabgänger noch weniger in der Lage ist, bei Behandlungen Durchschnittsbetrachtungen zu berücksichtigen.

Welche Unterstützung seitens Kammer und KZV bestehen für den Einzelnen im Falle eines Prüfungsverfahrens?

Wie ist die Argumentationslage vor dem Sozialgericht?

Weshalb können diese perversen Durchschnittsgleichmachereien eigentlich überhaupt aufrecht erhalten werden, wenn von mehreren Seiten inzwischen deren Unsinnigkeit nachgewiesen wurde? (Beispiel: im gleichen Quartal BKK Durchschnitt ca. DM 150.00 bei 300 Scheinen gleich unauffällig und Durchschnitt bei AOK ca. DM 300.00 bei 50 Scheinen gleich auffällig; und viele andere Betrachtungen, deren Ausführungen bekannt sind)

Wo bleiben massive Gegenargumente der Kammern und KZVen?

Wann sagen Sie endlich den Kollegen, die sich um Ihre eigene Abrechnung nicht kümmern, daß man auch „Cp“, „Vipr“, „EKr“ und „bmF“ etc. abrechnen kann? (erhöht die Durchschnitte)

Wo bleibt die Aufklärung der Patienten?

Dazu eine abschließende Frage:

Was halten Sie von einer Merkblattak-

tion, in der den Patienten mitgeteilt wird, daß bei Ihnen im Quartal nur noch Kosten in Höhe von ca. DM 120.00 produziert werden dürfen, da sonst in einer Prüfung erbrachte Leistungen nachträglich gekürzt werden und zwar unabhängig davon, ob sie notwendig waren.

Somit ist eine weiterführende Behandlung nach Überschreiten dieser genannten Größenordnung (01 und zwei Füllungen) erst im Folgequartal möglich.

Übrigens spielt hier auch das leidige Problem der Wartezeiten im Wartezimmer eine Rolle. Wenn man wie ich mit einem konsequenten Bestellsystem arbeitet und den Patienten Wartezeiten erspart, wird man bestraft, da man erstens auf die Zuverlässigkeit der Patienten angewiesen ist, um keinen Leerlauf zu haben, und zweitens bei 30 min. Terminen oder Quadrantensanierung automatisch die Durchschnitte überschreitet; eine Praxisstunde kostet DM 300.00, sodaß in 30min ein Umsatz von DM 150.00 erarbeitet werden muß, d.h. ein Pat. kann nur einmal pro Quartal behandelt werden. Der Unmut der Patienten würde nur leider bei uns und nicht bei den Verantwortlichen abgelassen werden.

Ein weiteres Thema beschäftigt mich im selben Zusammenhang ebenfalls:

Bei der anhaltenden Qualitätsdiskussion frage ich mich, weshalb nicht erst geklärt wird, was heute überhaupt noch Kassenleistung ist.

(Non-Y-2 Amalgam, verkeilte Matrize, schnitzen, polieren, WF mit Mess-

aufnahme, WF mit Masterpoint etc., Säureätztechnik, grundsätzliche Stellungnahme zur Seitenzahnversorgung, metallrandfreie Kronen, verblendete Kauflächen, in Zukunft Laserbehandlung <Investitionskosten ca. DM 120 000 pro Platz> und vieles mehr) ??

Anschrift des Verfassers:

*J. Knippahls
Lessingstraße 12
3180 Wolfsburg*

Lieber Herr Kollege Knippahls,

die von Ihnen geschilderten Probleme sind nicht neu, ich selbst kenne Regresse zur Genüge. Der DAZ fordert deshalb seit über 10 Jahren, die Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten zugunsten einer nach Qualitätskriterien ausgerichteten Prüfung abzuschaffen (s. *forum* 30, S. 589). Denn auffällig war ja schon immer, daß vor allem engagierte, qualitätsbewußte Kollegen besonders häufig vor den Prüfungsausschüssen ihre „unwirtschaftliche Behandlungsweise“ rechtfertigen müssen. Das Problem liegt aber daran, daß - wie Sie richtig feststellen - der Durchschnitt der Kassenzahnärzte bmF-Leistungen, Rö bei WF, Cp oder auch mehrflächige Füllungen „ungern“ macht, in der Regel jedenfalls für verzichtbar hält. Die Arbeitsweise des durchschnittlichen Kassenzahnarztes gilt aber per definitionem als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich - er kommt deshalb nie vor

den Prüfungsausschuß. Es macht ja auch zugegebenerweise für die KZVen Sinn, ein paar Kollegen, die von der „unauffälligen Zahnheilkunde“ abweichen, in die Zange zu nehmen, wenn dafür die große Mehrheit der Zahnärzteschaft unbehelligt bleibt. Damit dokumentiert die KZV Prüfkaktivität gegenüber sich selbst und den Krankenkassen, die sich ihrerseits ebensowenig für die Qualität des Leistungsgeschehens interessieren („Wenn Sie auf dem Qualitätstrip sind, dann ist es Ihre Privatsache“ - O-Ton AOK Bayern).

Also bleibt Ihnen nichts anderes übrig als sich stromlinig anzupassen oder mit uns gegen diese Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung zu streiten.

Der Ausstieg aus dem Sachleistungssystem wird dieses Problem auch nicht lösen, im Gegenteil: die Kollegen, die alle Fünfe gerade sein lassen, haben überhaupt keine Prüfungen mehr zu befürchten. Und der Patient bekommt den gleichen Schrott wie vorher - nur etwas teurer, versteht sich.

Ihr Hannes Hey

Belgien: 67% der Belgier plädieren für Sterbehilfe

Quelle: „Aerzte-Zeitung“, 25. Juli 90

Brüssel (HB). Während in der Bundesrepublik die Kontroverse um die aktive Sterbehilfe derzeit kaum die Gemüter bewegt, bestimmt die Thematik in Belgien und Frankreich die Gesundheitspolitik. Überraschungen blieben dabei nicht aus: So sind 67,5 Prozent repräsentativ befragter Belgier der Auffassung, daß der Arzt gehalten sei, Sterbehilfe zu gewähren, wenn dies ein Patient verlange.

28,9 Prozent lehnen dies kompromißlos mit dem Hinweis auf den Eid des Hippokrates ab; 28,4 Prozent sind der Auffassung, der Arzt soll dem Wunsch der Familie nach Sterbehilfe folgen, sofern der Kranke nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Der Wiederbeginn der belgischen Euthanasie-Debatte folgt der Entschei-

dung eines französischen Gerichts, das es dem französischen Professor Leon Schwartzberg für die Dauer von zwölf Monaten verboten hatte, seinen Beruf auszuüben - nachdem er gegenüber einer Zeitung erklärt hatte: „Ja, ich habe einigen meiner Kranken dabei geholfen, zu sterben...“ (wir berichteten). In der belgischen Presse wird den Äußerungen des französischen Mediziners breiten Raum eingeräumt.

Die belgische Meinungsumfrage zeigt auch, daß sich unter den 1200 Befragten insgesamt 57 Prozent als religiös gebunden einstufen. 40 Prozent schwanken zwischen der individuellen Entscheidungsfreiheit in dieser Frage und der ärztlichen Behandlung „bis zum Ende“. 17 Prozent, die sich „sehr gläubig“ nennen, lehnen die Sterbehilfe eindeutig ab.

Gesundheitspolitische Information
GPI; 3/90, 5742

NEU!

MINI-FIVE-Kürette



MINI-FIVE-Küretten besitzen ein zusätzliches einzigartiges Merkmal: das Arbeitsende mißt die halbe Länge der AFTER-FIVE-Kürette und erleichtert dadurch den Zugang zu schwer erreichbaren Wurzeloberflächen.

Bestellnummern der MINI-FIVE:

SAS 1/2	SAS 7/8
SAS 3/4	SAS 11/12
SAS 5/6	SAS 13/14

Das kürzere MINI-FIVE-Arbeitsende ermöglicht:

- besseren Zugang zu den Wurzeloberflächen und gute Anpassungsfähigkeit, besonders in engen Taschen, Furkationen und Wurzeleinziehungen
- verminderte Dehnung des Gewebes – folglich weniger Traumen
- exzellenten Zugang zu den approximalen Flächen beim Wurzelglätten im Frontzahnbereich. Das kleinere Arbeitsende verbessert den Zugang zu Wurzeln mit geringerem Durchmesser und minimiert das Risiko der Gewebeverletzung.
- erhöhtes Tastgefühl, dadurch bessere Kontrolle und mehr Gewißheit



IMS

Das komplette System für die Instrumentenpflege und Infektionskontrolle



Hu-Friedy®

Kurpfalz-Centrum 1 Telefon (06224) 76071-74
Postfach 1380 Telex 4 66612 huf rd
6906 Leimen. Telefax (0 62 24) 7 73 83

Zitat

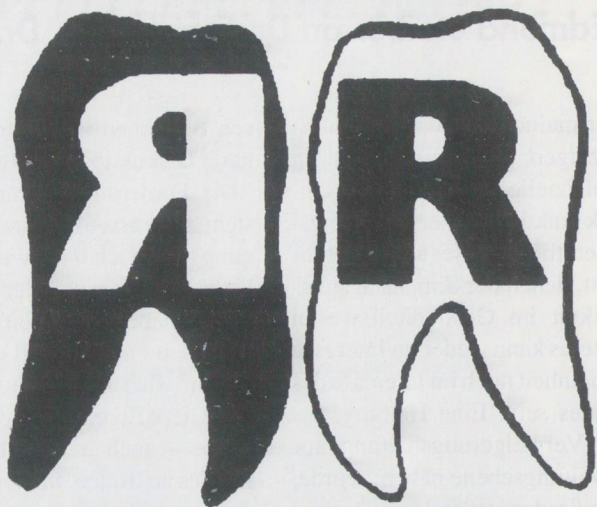
Aus einem Brief von Dr. Edmund Stoiber an Dr. Schirbort u. Dr. Albers

...Anliegen meiner Rede war es im übrigen aufzuzeigen, daß das gegenwärtig von der „offiziellen“ kassenzahnärztlichen Politik praktizierte Verweigerungsverhalten letztlich Wasser auf die Mühlen derer ist, denen der Sinn nach staatlichem Diktat im Gesundheitswesen steht. Letzteres kann weder im Interesse der Allgemeinheit noch im Interesse des Berufsstandes sein. Eine Haltung, die sich einer Verweigerungshaltung auf Selbstverwaltungsebene nähern würde, würde es außerdem einem dem Berufsstand wohlgesonnenen Politiker immer schwerer machen, denen stichhaltige Argumente entgegenzusetzen, die einer tiefgreifenden Reglementierung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens das Wort reden. Unabhängig davon empfinde ich es als eigenartig, daß so massive Kontroversen im Gefolge der Gesundheitsreform ausschließlich im kassenzahnärztlichen Bereich vorhanden sind, nicht aber bei den übrigen Gruppen der Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung, obwohl auch diese Gruppen erhebliche Opfer bringen mußten und auch in die-

sen Bereichen im Vorfeld der Reform harte Diskussionen zu führen waren. ...

Die Forderung „heraus aus dem System der kassenzahnärztlichen Versorgung“ halte ich nach wie vor für unrealistisch, fernab von den Tugenden des Augenmaßes in der Vernunft. Mit derlei radikalen Parolen läuft ein Berufsstand Gefahr, sich ins Abseits zu manövrieren. Diese Erkenntnis gewinnt – wie ich meine – auch innerhalb ihres Berufsstandes an Boden. Im übrigen haben wir die Gesundheitsreform eben erst abgeschlossen. Sie wissen um die Vielzahl sich widerstreitender Gruppeninteressen, die es gegeneinander abzuwägen und auf eine realistische Linie zu bringen galt. Von einem „Rechtsungleichgewicht zwischen Zahnärzten und Krankenkassen“ kann unter Berücksichtigung und nach Abwägung aller betroffenen Interessen keine Rede sein. Hinzu kommt, daß die Gremien zum Vollzug der kassenzahnärztlichen Versorgung auf der Ebene der Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen paritätisch besetzt sind und eine neutrale Konfliktlösung gewährleistet ist. ...

Uns bereitet Zahntechnik Freude...



Frank Ramisch

...das bekommen auch Sie zu spüren

***Alles spricht von
- Qualität -
wir fertigen sie!***

R + R ZAHNTECHNIK GMBH

TRADTSTRASSE 10 · 8499 ATZENZELL · TELEFON (099 74) 15 15

Keramik · Frästechnik · KfO · Edelmetall · Prothetik · Stahl

—Auro—Galva—Crown

AGC

Z . A . P . F . - N a c h r i c h t e n

Besuch an der Universität Witten/Herdecke (UWH) Eine Universität der Zukunft?

Nach mehreren Anläufen ist es dem Vorsitzenden des Zahnärztlichen Arbeitskreises für Praxisführung und Fortbildung (Z.A.P.F) gelungen, für Zahnärzte und Zahnarthelferinnen einen „klinischen Spätnachmittag“ an der Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der UWH zu organisieren. Am Freitag, dem 4. Mai 1990 empfing Herr Prof. Dr. Jerome Rotgans, Dekan der Fakultät, die kleine Delegation aus Baden-Württemberg auf dem „mini-Campus“ mit kaltem Buffet und begrüßte die sieben Zahnärzt(inn)e(n), zwölf Zahnarthelferinnen und zwei Zahnmedizinstudenten.

Nach einer kurzen Einleitung begann für die Zahnarthelferinnen die Klinikführung und Gedankenaustausch mit den Mitarbeiterinnen der Klinik. In einer lockeren Runde erklärte Professor Rotgans den Zahnärzt(inn)en die Grundlagen der Gründung, den Aufbau und die Funktion dieser Universität neuen Typs.

Die UWH versteht sich als „Ort für lebenslange Bildung und Ausbildung“, sie ist die erste private wissenschaftli-

che Hochschule der Bundesrepublik Deutschland. Die Fakultät Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der UWH geht auch in der zahnmedizinischen Ausbildung der Studierenden neue Wege.

In der ersten Phase allerdings sieht der Studienplan noch ein traditionelles Studium vor, ergänzt durch Präventive und Soziale Zahnheilkunde und Studium Fundamentale. Schon ab dem ersten Semester finden Kurse der „community dentistry and medicine“ in Form von Rollenspielen, Förderung der Gesprächstechnik, Betreuung von Kindergärten und Altersheimen statt. Die Studenten werden mit den sog. Randgebieten der Medizin (Homöopathie, Thermoregulationsdiagnostik) und mit der „durch geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte erweiterten Zahnmedizin“ konfrontiert.

Gleichzeitig wird schon ab dem dritten Semester gegenseitige Individualprophylaxe der Studenten praktiziert, ergänzt später mit der zahnmedizinischen Prophylaxe der Familienmitglieder und des Bekanntenkreises. Der Student baut

sich so einen Patientenstamm auf, für den er während des ganzen Studiums voll verantwortlich ist. Er kann dadurch nicht nur die traditionellen Behandlungsweisen erlernen, sondern beobachten, wie das Ergebnis seiner Arbeit sich im Laufe der Zeit verhält.

Die klinische Ausbildung ist ausgesprochen patientenorientiert und umfaßt alle Fachgebiete. Der Student behandelt nicht einen kariösen Defekt, fertigt nicht die bestimmte Menge von Füllungen, Inlays, Kronen oder Prothesen, extrahiert nicht die vorgeschriebene Anzahl von Zähnen, sondern führt die Patienten von der Anamnese bis zum Recall, wobei ihm die Dozenten oder Studenten höherer Semester behilflich sind. Eine gewisse Analogie mit der Patientenbehandlung an der Mayo-Klinik (USA) ist nicht von der Hand zu weisen.

Prof. Rotgans machte daraus keinen Hehl, daß immer noch Probleme, vor allem finanzieller Art bestünden.

Bei der Gründung der Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde spielte die ökonomische Überlegung eine große Rolle, daß diese Fakultät durch die Patientenbehandlung zumindest sich selbst finanzieren könnte. Diese Annahme hat sich in den ersten Jahren nicht bestätigt, ein Defizit von 3 Millionen DM wurde „erwirtschaftet“. Dieses Defizit entstand noch vor der Ernennung von Prof. Rotgans. Er strebt zur Zeit eine Stabilisierung der Finanzlage an. Grund zum Optimismus gibt die

Tatsache, daß die Klinik genügend Patienten hat, wobei die patientenfreundliche Sprechzeit (von 7.00 bis 21.00 Uhr) eine wesentliche Rolle spielt.

Anschließend führte Prof. Rotgans die Zahnärzte durch die Klinik. Die Studenten arbeiten mit 10 Zahnärzten zusammen und trotz räumlicher Enge läuft der „Klinikbetrieb“, dank der guten Organisation, reibungslos.

Im Gespräch mit zwei Zahnmedizinstudenten der UWH konnten sich die Besucher über das Aufnahmeverfahren und über das „Studentenleben“ informieren. Im Gegensatz zu den anderen Universitäten können die Studenten den zeitlichen Ablauf der Praktika teilweise selbst einteilen und so die Dauer des Studiums individuell bestimmen. Dies führt, wider Erwarten, nicht zur Verlängerung, eher zur Straffung der Studienzeit. Die fragten Studenten „genehmigen“ sich pro Jahr lediglich eine bis drei Wochen Urlaub. An den anderen Universitäten sind es drei bis vier Monate.

Die ersten Absolventen der UWH werden im Herbst ihre Staatsexamen zu bestehen haben.

Danach wurde über die mögliche Zusammenarbeit zwischen der UWH und Z.A.P.F. diskutiert. Es sind praxisnahe Gebiete, wie Praxisführung, Gebührenordnungen, Berufspolitik, EDV, Betriebswirtschaft, wo eine Mitarbeit der Z.A.P.F.-Mitglieder sinnvoll erscheint. Eine Liste der möglichen Themen und

Personen wurde von Herrn Klaas an Prof. Rotgans überreicht und es wurde vereinbart, daß die Fakultätsmitglieder die für die UWH wichtigen Fachgebiete der Zusammenarbeit genau definieren und konkretisieren.

Die zahnmedizinische Fakultät der UWH steckt noch in den Kinderschuhen, einige Kinderkrankheiten sind noch nicht ausgestanden. Die sehr aktive Führung von Prof. Rotgans (mit seinen

eigenen Worten: „Vom Hausmeister bis zum Dekan“ muß er tätig sein), verdient Unterstützung jeglicher Art, daß die Idee der UWH tatsächlich die Universität der Zukunft werden kann.

Den kurzen Ausflug im „Kohlenpott“ rundete der Besuch des Musicals „Starlight Express“ und - stilvoll - des Bergbaumuseums in Bochum, sowie ein Abstecher in das Münsterland ab.

Dr. Thomas Barankay

Aus dem Zahnärztlichen Mitteilungsblatt für den Praktiker 12/89

Antibiotika

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

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

Epinephrin

Epinephrin und andere Vasokonstriktoren werden *durch Sonnenlicht und Wärme* zersetzt. *Karpülenwärmer dürfen nicht verwendet werden!* Im Gegensatz zu der allgemein vorherrschenden Meinung verursachen warme Anästhetika in der Tat mehr Beschwerden im Vergleich zu Anästhetika von Zimmertemperatur. Karpülen, die über Nacht im Karpülenwärmer gewärmt worden sind, haben nur noch die *Hälfte der ursprünglichen Menge* des Vasokonstriktors - die Wirkungsdauer wird stark verkürzt. Mit weniger Epinephrin wird die Flüssigkeit sauer und verursacht mehr Beschwerden. Um Epinephrin oder andere Vasokonstriktoren vor Oxydation zu schützen, wird der Anästhesieflüssigkeit *Natrium-Metadisulfit* beigegeben. Gewissen Asthmatiker sind auf Sulfid *allergisch*. Obwohl bis jetzt kein Fall bekannt ist, bei dem die sulfithaltige Lokalanästhesie eine Reaktion ausgelöst hätte, ist es ratsam, bei Patienten, die auf Sulfid allergisch sind, auf *Anästhetika mit Vasokonstriktor zu verzichten*.

Druckspritze

Für die intraligamentäre Injektion werden Druckspritzen, z.B. PERIPRESS, LIGMAJET, angeboten. Die Druckspritze gibt eine *achtfache Druck-erhöhung*. Viele Zahnärzte wenden die ligamentäre Anästhesie weniger häufig an. Die intraligamentäre Injektion benötigt für jede Wurzel 0.2 ml Anästhesieflüssigkeit (diese Menge entspricht der

Länge des Gummistöpsels in der Karpüle). Die Flüssigkeit kann nur diffundieren, *wenn langsam - minimum 20 Sek. - eingespritzt wird*. Mit der Druckspritze wird meistens viel zu schnell und unter zuviel Druck gespritzt. Die Folge sind eine unvollkommene Anästhesie und Nachbeschwerden. Zahnärzte, die eine erfolgreiche palatinale Injektion mit der Standardspritze geben können, *brauchen keine Druckspritze* für die intraligamentäre Injektion.

Steuerliche Sonderabschreibung für Amalgamabscheider

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer weist darauf hin, daß gem. § 7 d des Einkommenssteuergesetzes (EStG) eine erhöhte Abschreibungsmöglichkeit für Wirtschaftsgüter, die dem Umweltschutz dienen, möglich ist. Amalgamabscheider sind diesen Wirtschaftsgütern zuzurechnen, da sie der Verunreinigung der Gewässer entgegenwirken.

Diese Wirtschaftsgüter können sofort im Wirtschaftsjahr der Anschaffung oder Herstellung bis zu 60 v.H. und in den folgenden Wirtschaftsjahren bis zur vollen Absetzung jeweils bis zu 10 v.H. der Anschaffungs- oder Herstellungskosten abgesetzt werden (§ 7 d Abs. 1 EStG).

Der Begünstigungszeitraum ist befristet bis zum 31.12.1990.

Aus der Presse

Erneute Debatte um Fluoridierung

Noch nicht publizierte Ergebnisse aus Tierversuchen in den USA scheinen, laut *Science*, eine kanzerogene Wirkung von Fluoriden zu belegen. Eine Stellungnahme gab W. Forth, Direktor des Walther-Straub-Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der LMU, München, im Gespräch mit MMW.

MMW: Unter welchen Gesichtspunkten muß der Bericht über Kanzerogenität von Fluoriden bewertet werden?

Forth: Das besonders Hinterhältige an der Publikation in *Science* ist, daß die Inhalte der Studien nicht bekannt gegeben werden. Meines Erachtens kann nahezu jedes Tierexperiment mit jedem Stoff so angelegt werden, daß in bestimmten Dosen eine kanzerogene Wirkung zustande kommt. Ich wäre deshalb nicht erstaunt, wenn auch die Ergebnisse dieser Studie mit exorbitanten Fluorid-Konzentrationen erhalten worden wären. Außerdem kann die Kanzerogenität eines Stoffes in einem Tiermodell nicht unbedingt auf andere Spezies übertragen werden. Und schließlich ist anzumerken, daß, wenn ein Tierexperiment negativ ausfällt, nicht unbedingt Sicherheit dafür besteht, daß der untersuchte Stoff nicht karzinogen ist. Über die krebsauslösende Wirkung von Fluori-

den gibt es in der Literatur der letzten Jahre nicht einmal den Schein eines Verdachts. Einen Grund für die immer wieder aufkeimende Diskussion sehe ich in den schon seit langem bekannten Ergebnissen, daß Fluoride in hohen Konzentrationen eine Hemmung bestimmter Enzymsysteme, vor allem im Glukosestoffwechsel bewirken. Eine Genotoxizität von Fluoriden halte ich von der Chemie her für nicht wahrscheinlich.

MMW: Sollte unter diesen Aspekten eine Fluoridsubstitution durchgeführt werden?

Forth: Sie ist im Hinblick auf die Karies- aber auch die Osteoporoseprophylaxe zu befürworten. Für sinnvoll halte ich eine medikamentöse Fluoridgabe bis zum 18. Lebensjahr in einer täglichen Dosis von 1 mg. Dann kann mittels entsprechender Ernährung, z.B. durch Tee oder fluoridhaltige Mineralwässer, aber auch exogen über die Zahnpasta, der Organismus ausreichend versorgt werden. Auch wenn manche Pädiater in der permanenten Medikamentengabe im Kindesalter die Gefahr einer frühzeitigen Gewöhnung an Arzneimittel sehen, bin ich doch der Ansicht, daß Mangelsituationen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln behoben werden sollten - und dazu kann auch ein Tablettchen gehören.

MMW: Gibt es eine Toxizitätsgrenze für Fluoride?

Forth: Fluorid ist das beste Beispiel für

ein lebensnotwendiges Element mit fließendem Übergang von der lebenswichtigen Versorgung bis zur toxischen Wirkung. Die Grenze liegt hier bei einer Einnahme von 4 bis 5 mg täglich. Bei noch höherer Zufuhr entstehen Verkalkungen im Bereich der Weichorgane, der Konjunktiven sowie eine vermehrte Bildung von Nierensteinen.

Aus der Münch. med. Wschr. 132
(1990) Nr. 20

Harnsteine einfach wegtrinken

Etwa vier Prozent der erwachsenen Bundesbürger erkranken im Laufe ihres Lebens an Harnsteinen. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um Kalziumoxalat-Steine, die ihre Ursache unter anderem in einer einseitigen, oft energiereichen Kost haben. Oxalathaltige Nahrungsmittel, wie zum Beispiel Spinat, Rhabarber, Rote Beete, Kakao-

erzeugnisse, ferner Milchprodukte, tierisches Eiweiß und Kochsalz spielen bei der Steinbildung eine wichtige Rolle und sollten daher von den Betroffenen zurückhaltend konsumiert werden. Das empfiehlt der Arbeitskreis Diätetik und Gesundheit e. V. Bonn. Herausragende Bedeutung beim Harnsteinleiden hat die Flüssigkeitszufuhr. Nur wenn der Harn über den ganzen Tag ausreichend verdünnt wird, kann die Konzentration von steinbildenden Substanzen niedrig gehalten werden. Allerdings müssen die Getränke der Harnsteinart angepaßt werden. Bei den besonders häufigen Kalziumoxalat-Steinen sind Milch, kohlenhydrathaltige Getränke, bestimmte Mineralwässer und Kochsalz ungünstig, während Mineralwässer, die reich an Magnesium und Bikarbonat sind, sich vorteilhaft auswirken. dpa

ZM 8/90

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

In der Schweiz wird die Rationierung von medizinischen Leistungen diskutiert

Vor dem Hintergrund der Kosten und des Personalmangels in den Pflegeberufen droht dem schweizerischen Gesundheitswesen die Rationierung medizinischer Leistungen. Diese Frage werde die gesundheitspolitischen Debatten der neunziger Jahre dominieren, wurde an einer Fachtagung in Zürich betont, an der rund 250 im Gesundheitsbereich tätige Personen teilnahmen.

Als Rationierung in diesem Zusammenhang definierte Gerhard Kocher, Sekretär der veranstaltenden Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), dabei das Nichterbringen von medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen, obwohl sie sinnvoll und nützlich wären. Er war sich dabei mit anderen Referenten einig, daß auch in unserem Land die Rationierung im Gesundheitswesen nicht zu umgehen sein werde. Ziel müsse es sein, sie solange wie möglich zu vermeiden und abzuschwächen. Wenn sie unumgänglich sei, sollte sie so human und gerecht wie möglich durchgeführt werden.

Zwei Hauptgründe

Es sei leider eine Illusion zu glauben, mit massivem Sparen, also dem Verzicht auf alle überflüssigen Operationen, Spitaltage, Medikamente, Laboruntersuchungen usw. ließe sich eine Ratio-

nierung vermeiden, betonte Kocher. „Nicht einmal die steinreiche Schweiz kann sich auf dauer alles leisten, was im Gesundheitswesen auf den Markt geworfen wird.“

Noch ausschlaggebender für die Unausweichlichkeit eines „Management des Mangels“ sind für Hans Heinrich Brunner, Chefarzt des Kantonalen Spitals Sursee LU, die Personalknappheit vor allem in der Pflege aber auch bei den „Gehilfinnen“ der Ärzte und Zahnärzte.

„Schreckmodell Oregon“

Wie Kocher betonte, herrschte in den Ländern der Dritten Welt bereits heute eine krasse Rationierung der medizinischen Leistungen, bei der unsere Sorgen um das Gesundheitswesen verblassen müssen. Während wir heute pro Person und Jahr rund 3600 Franken für das Gesundheitswesen ausgeben, sind es zum Beispiel in Indien etwa 20 Franken.

Aber auch in reichen Ländern gibt es Beispiele von Rationierung. Berühmterüchtigt ist laut Kocher in diesem Bereich Großbritannien, im speziellen die Behandlung von Nierenkranken. Großes Aufsehen erregt hat das Modell im amerikanischen Bundesstaat Oregon, insbesondere als ein siebenjähriger Leukämiepatient starb, als seine Eltern noch versuchten, Geld für eine Knochenmark-Transplantation aufzutreiben. Aufgrund der Empörung wurde beschlossen, die Rationierung auf eine wissenschaftlich fundierte und humane Grundlage zu stellen.

Dazu wurde eine Rangliste von 3000 medizinischen Verrichtungen erstellt, wobei man die Wirksamkeit, die Kosten, das Verhältnis zwischen diesen beiden Größen und die Zahl der Nutznießer berücksichtigte. Zuoberst sind zahlreiche Präventivmaßnahmen und Behandlungen von heilbarakuten Krankheiten aufgeführt. Am Schluß dieser Prioritätenliste liegen Behandlungen unheilbarer Krankheiten wie Krebs im Endstadium und Aids. Diese Liste ist gegenwärtig Gegenstand intensiver Diskussionen. Ob das Rationierungssystem in Oregon eingeführt wird, ist noch offen.

Verhinderungsstrategien

Als ins Auge zu fassende Strategien, um ähnliche Modelle in unserem Land zu verhindern, beziehungsweise hinauszuschieben, nannte Kocher den *radikalen Abbau überflüssiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen*, die in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen dokumentiert sind. Dazu komme der Ausbau der Qualitätsmessungs- und Qualitätsförderungsprogramme, wo die Schweiz erheblich im Rückstand sei. Auch die Mengenkontrolle soll mit dem Hilfsmittel von Globalbudgets ausgeweitet werden, weil eine bloße Preisdisziplin und -überwachung nichts nützt, wenn sich die Anbieter über die Menge schadlos halten können.

Wenn Entscheide über Rationierungen notwendig werden, sollten sie gemäß Kocher auf möglichst hoher politischer

Ebene beschlossen werden. Damit könne auch sichergestellt werden, daß die verschiedensten Berufe und Gesichtspunkte mitberücksichtigt werden, nicht nur diejenigen der Ärzte. Es gehe darum, die Rationierung - sollte sie unumgänglich werden - auf wissenschaftlichen Grundlagen, auf der Basis sicherer Daten, demokratisch, gerecht und so human wie möglich durchzuführen und nicht verdeckt, wie dies heute in unserem Land bereits häufig geschehe.

GPI; 3/90, 5726

Die Wirksamkeit von drei Zahnseidentypen bei der Entfernung interdentaler Plaque

Eine Gruppe von Probanden wandte drei verschiedene Typen von Zahnseide jeweils eine Woche an. Es handelte sich dabei um gewachste Zahnseide, Superfloss und dental tape.

Sowohl in der subjektiven Beurteilung durch die Testpersonen, wie auch in objektiven Score-Messungen der Plaque, schnitten flache Reinigungsbänder (dental tape) am günstigsten ab, gefolgt von gewachster Zahnseide.

Am wenigsten effektiv und am unbeliebtesten war Superfloss, die Zahnseide mit Flauschabschnitt

Aus Journal of Clinical
Periodontology
Vol. 16 No. 12 1989



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

Wir machen den Weg frei



Volksbanken Raiffeisenbanken

DAZ forum

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

Impressum

- **Redaktion:**
Dr. Hanns-W. Hey
- **Anschrift der Redaktion:**
DAZ *forum*
Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70
Tel.: 089-7250246
Fax: 089-7250107
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 2.000 Stück
- Das DAZ *forum* wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ *forum*, soweit die Auflagenhöhe dies zuläßt.
- Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.
- Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ *forum* sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung kann aber nicht zugesichert werden.
- **Zuständig für Annoncen:**
Dr. Helmut Diewald,
Donaustauerstr. 25
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:** Arnold, Kötztingerstr. 10,
8400 Regensburg

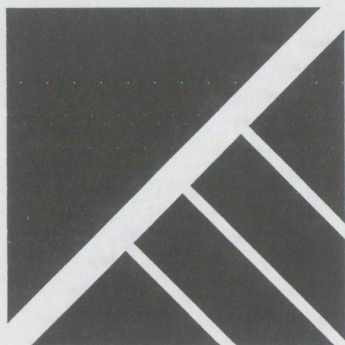


Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten,
senden Sie die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine
der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Heidi Glase, 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 und Pressereferat des DAZ
Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70,
Tel.: (089) 7 25 02 46, Fax: (089) 7 25 01 07

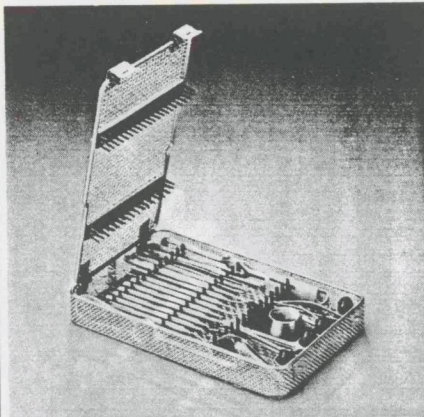


*Für eine kluge
Öffentlichkeitsarbeit,
sinnvollen Einsatz des Instituts
der Zahnärzte, Demokratisierung
standeseigener Medien*

Darum:



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. 079 61 / 5 40 66

- 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, Kollegen in der ehem. DDR 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