
DAZ FORUM

**Arzt oder Kaufmann,
Die Alternative?**

**Ostdeutschland:
Das nahezu perfekte Chaos**

**Ganzheitliche Zahnmedizin oder:
Mit Vollgas durch den Nebel**

**Über die Blindheit und Taubheit
von Zahnärzten**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

Warnung vor „Korbmodell“



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

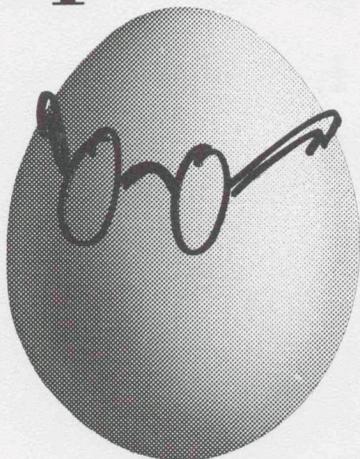
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

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.


Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

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 Beitragsrückstattungs-system 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**
KRAKENVERSICHERUNG AG
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

LEGIERUNGEN FÜR DIE RICHTLINIENGERECHTE PATIENTEN-VERSORGUNG

SIMIDUR S 1 (SILBERHALTIG)

SIMIDUR S 2 (SILBERFREI)

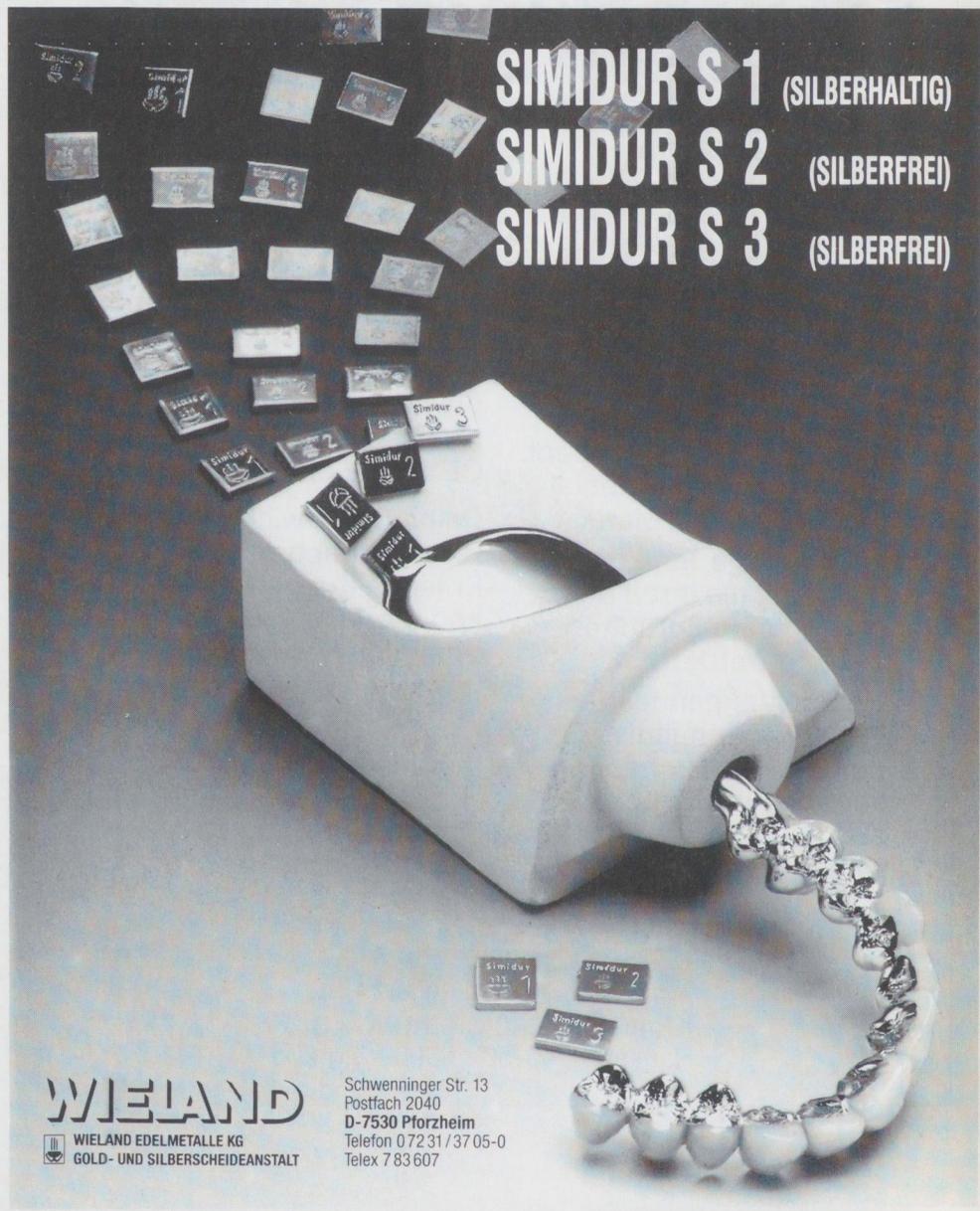
SIMIDUR S 3 (SILBERFREI)

WIELAND



WIELAND EDELMETALLE KG
GOLD- UND SILBERSCHNEIDANSTALT

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



Editorial: Warnung vor Korbmodell	5
Arzt oder Kaufmann, die Alternative?	7
Düsseldorf ist erst der Anfang	13
Ostdeutschland: das nahezu perfekte Chaos	15
Der „Dritte Weg“, ein halber Ausstieg?	17
Mit dem „Gesundheitlichen Aktionsprogramm“ des BDZ in die 90er Jahre?	20
Grundsätze und Empfehlungen des DAZ, 3. Teil	23
Ganzheitliche Zahnmedizin oder: Mit Vollgas durch den Nebel	27
Über die Blindheit und Taubheit von Zahnärzten	33
Jugendarbeitsschutz und Berufsschule	38
Röntgenleistungen unterbewertet	39
Kann der Zahnarzt Methoden, Arbeitsmittel und Werkstoffe von sich aus bewerten?	41
Brauchen wir eine neue „Philosophie“ der Qualitätssicherung?	47
Qualität statt Kontrolle	49
Zum Ausgang der Wahl zur Delegiertenversammlung der ZK Berlin	56
Externa: Erfreuliches Ergebnis für eine Splittergruppe	56
Life aus dem Schlachthof	60
Kritisches über den Freien Verband	62
Fortbildungsprotokolle: Prothetik und Endodontie	66
Buchbesprechungen	73
Vollwerternährung und Zahnheilkunde	77
Leserbriefe	78
Kammerversammlung der ZK Niedersachsen 1990	81
Aus der Presse	82
Impressum	91



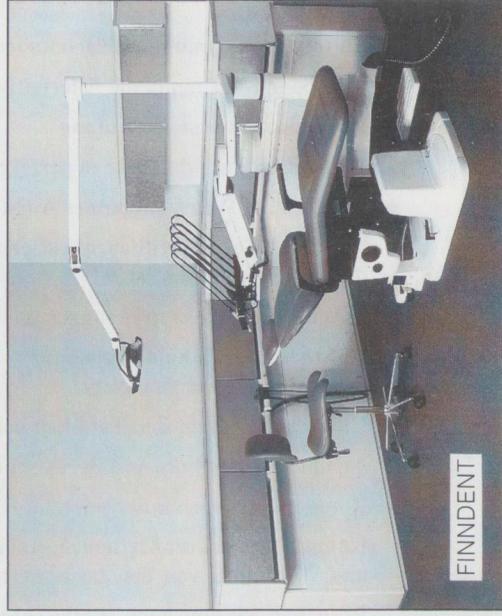
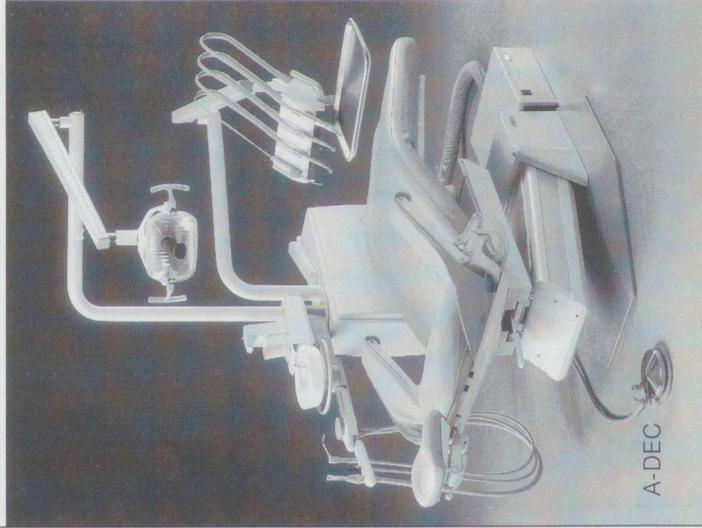
**Kontinuität seit über 20 Jahren mit
A-DEC Dental Einheiten
Funktionell Preiswürdig Verlässlich
Servicefreundlich
Peitschen-, Tisch- und Cart-Version**

DENTALIMPEX GmbH

8000 München 70, Leipartstraße 21, (Tel. 089/7238985)

Besuchen Sie uns in unseren Räumen. Sie finden uns leicht, gleich neben der Akademie-Fallstraße — G. Hallmeier-Straße — Leipartstraße

**Die preiswerte Alternative aus Skandinavien
Modell Quint 6085 + Cart-Geräte von Finndent
Komplettplatz ab DM 29.900, — + MwSt.**



Fordern Sie Unterlagen an und lassen Sie sich ein Angebot machen!

Editorial

Warnung vor ‚Korbmodell‘

Die bisherigen Aufrufe des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte – FVDZ –, im sogenannten Korbmodell eine Verzichtserklärung auf die Zulassung als Kassenzahnarzt notariell zu hinterlegen, haben eine erfreulich geringe Resonanz gefunden. Nur weniger als 5% der Kollegen sollen sich bisher zu diesem Schritt entschieden haben. Zum Jahresbeginn sind deshalb bundesweit die Aktionen intensiviert worden, diesen ‚Korb‘ zu füllen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde – DAZ – kann nur warnen, sich diesem beabsichtigten kollektiven Rückzug aus dem Sicherstellungsauftrag anzuschließen. Er birgt nicht nur große Gefahren für das öffentliche Ansehen unseres Berufsstandes, sondern blockiert im Einzelfall endgültig die Teilnahme an der medizinischen Betreuung der gesetzlich Versicherten.

Kollegen, die es vorziehen, sich zu

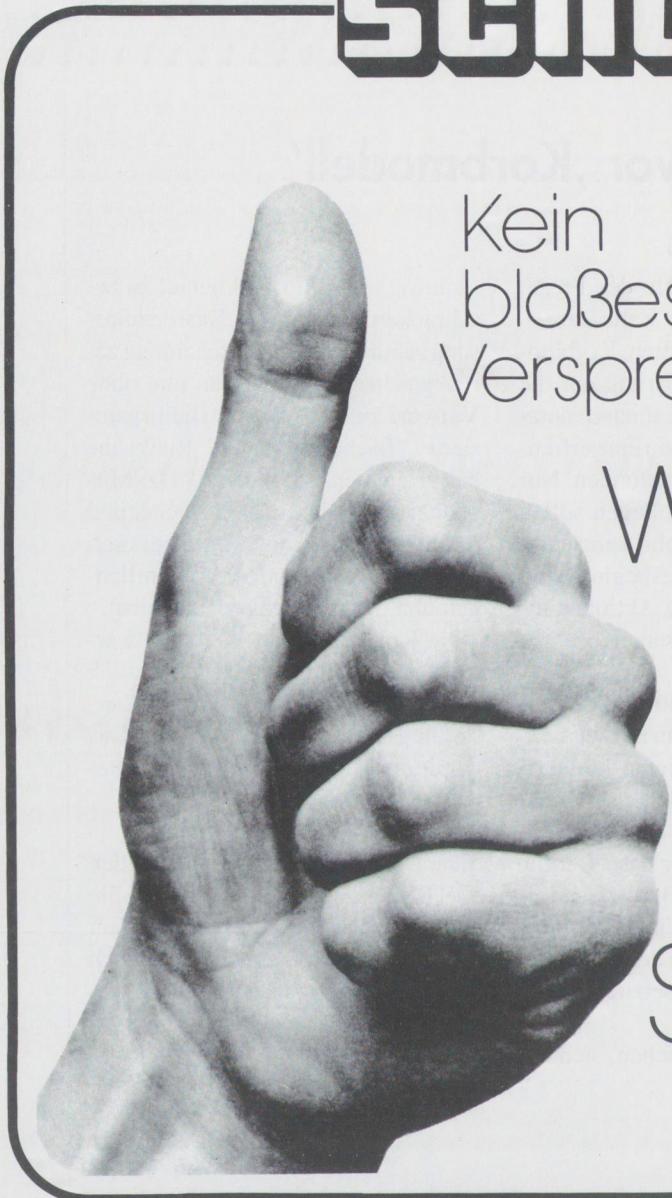
künftig auf ihr Privatklientel zu beschränken, mögen ihre Kassenzulassung in individueller Entscheidung zurückgeben. Das ist legitim und ohne Vorwurf zu akzeptieren. Die organisierte, ‚flächendeckende‘ Rückgabe bei erreichten 75% der FVDZ-Mitglieder jedoch ist ein gefährlicher und untauglicher Erpressungsversuch gegenüber Gesetzgeber, Öffentlichkeit und der Zahnärzteschaft selbst.

Die Krankenkassen ihrerseits warten nur darauf, mit einzelvertraglich gebundenen Zahnärzten den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen. Das würde den endgültigen Zerfall des Berufsstandes bedeuten.

Der DAZ bittet deshalb eindringlich alle Kolleginnen und Kollegen, die eventuell erwogene Teilnahme am Korbmodell noch einmal sehr kritisch zu überdenken bzw. bereits vollzogene Absichtserklärungen rückgängig zu machen.

Zahntechnik

Scharl—



Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



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

Arzt oder Kaufmann, die Alternative?

H. Hey

Wer die gesundheits- und sozialpolitischen Aktivitäten der vergangenen Monate beobachtet hat, könnte sich an Heinrich Bölls Doktor Murke erinnert fühlen, eine Sammlung absurder Geschichten, u.a. der des Bürosekretärs, der 13 Telefone gleichzeitig bedient und jedem Anrufer den Satz entgegenschleudert: Es muß etwas geschehen! Worauf jener zu antworten hat: Es wird etwas geschehen!

Daß etwas geschehen muß, wissen alle, was nicht geschehen darf, glauben ebenfalls alle zu wissen – doch was tatsächlich geschieht, ist von Kurzsicht, Konzeptlosigkeit und Widersprüchlichkeit gekennzeichnet:

In der derzeitigen Gesundheitspolitik geht es nicht um Gesunderhaltung der Bevölkerung, sondern darum, wie man Krankheitskosten verwaltet, welches Loch man aus welchem anderen Budget kurzfristig stopfen kann. Das Hauptproblem, die Krankenhausfinanzierung, bleibt aus Zuständigkeitsgründen ungelöst. Die Pharmaindustrie hat sich erneut weitgehenden Forderungen des Bundes entziehen können. Und über die Pflegeversicherung haben sich die Koalitionspartner bis heute nicht einigen können.

Und die Zahnärzte? Noch nie war die-

ser Berufsstand zerrissener und amorph, die Gefühle und Perspektiven verworrener: Der Freie Verband wird nicht müde, die Kollegenschaft zur Einigkeit zu ermahnen, setzt jedoch gleichzeitig alles daran, die eigenen Organisationen zu schwächen und zu zerstören. Während die Kollegen in den neuen Bundesländern verzweifelt darum kämpfen, zu kostendeckenden Bedingungen im System der kassenzahnärztlichen Versorgung Fuß zu fassen, erwecken Freier Verband, manche Körperschaften und die zahnärztlichen Medien des Westens den Eindruck, der Ausstieg aus dem System der Sozialversicherung sei für die Zahnärzte beschlossene Sache. Um so unverständlicher, daß sich sogar die ehemaligen Udz-Funktionäre an dieser Demontage beteiligen, seitdem sie unter der Kuratel des FVDZ stehen. Zu den dringendsten Problemen – gerechtere Honorierung, Verbesserung der Ausbildung, Installation breitenwirksamer Prophylaxe, Professionalisierung der Hilfsberufe und Qualitätssicherung – fehlen nach wie vor Diskussionsbereitschaft und Konzepte der Körperschaften. Ausgerechnet eine der Kammern, die den Ausstieg aus dem Sozialversicherungssystem und den Einstieg in den freien Markt propagieren, klagt (in Düsseldorf) vor Gericht

gegen ein „Dental-Kosmetik-Institut“, ohne zu erkennen, daß diese Entwicklung eine logische Konsequenz der propagierten „Liberalisierung“ ist. Und während der Kanzler von märchenhaften Zahnarzteinkommen phantasiert, geraten immer häufiger vor allem diejenigen Kollegen in existentielle Bedrängnis, die unter Aufwendung erheblicher Praxisinvestitionen die qualifizierte und gewissenhafte Versorgung von Kassenspatienten sicherstellen.

Was sollen diese Kollegen tun? Sozialverpflichtete Ärzte bleiben oder marktorientierte Dentalkaufleute werden? Die Frage kann sich so nicht stellen, denn:

den unkontrollierten Verkauf zahnärztlicher Leistungen zu beliebigem Preis wird es weder mit der neuen Bundesgesundheitsministerin noch mit irgendeiner anderen Regierung geben, erst recht nicht mit den Krankenkassen. Auch die Kollegenschaft kann und wird sich bei nüchterner Betrachtung der Folgen darauf besinnen, daß Verbesserung und Korrekturen des Sachleistungssystems besser sind als etwas mehr sogenannte Freiheit, verbunden mit riesigen wirtschaftlichen Problemen und (das sollte man nicht vergessen) mit wesentlich größerem Verwaltungsaufwand.

Nicht Arzt oder Kaufmann ist also die Alternative. Vielmehr muß die Frage heißen – und sie richtet sich vor allem an den Gesetzgeber und die Krankenkassen: Wie kann die sozialverpflichtete

Zahnärzteschaft weiterhin in diesem System gehalten werden?

Wer die qualifizierte Versorgung der Sozialversicherten sicherstellen will – und das ist schließlich die Aufgabe von Gesetzgeber, Zahnärzten und Krankenkassen – der muß überzeugende Antworten auf diese Fragen geben, Antworten, die auch folgende Realitäten berücksichtigen:

Selbstverständlich erwartet jeder Patient, daß die Praxisausstattung seines Zahnarztes dem zeitgemäßen Standard entspricht und daß für seine Behandlung nur erstklassige Materialien verwendet werden. Und selbstverständlich erwarten unsere Mitarbeiterinnen leistungsgerechte und den Lebenshaltungskosten regelmäßig angepaßte Gehälter. Ohne jeden Zweifel nimmt der Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit der kassenzahnärztlichen Versorgung einen unverhältnismäßig großen Teil unserer Arbeitszeit in Beschlag. Und natürlich nehmen bestimmte Patienten möglichst alles mit, was die Krankenkasse bietet, sind aber nicht einmal bereit, 50.– DM oder 100.– DM für prophylaktische Leistungen selbst zu erbringen. Für diese Patienten sind Kostentransparenz und Anreize zur Selbstverantwortung dringend erforderlich. Gesetzgeber und Krankenkassen machen es sich zu einfach, wenn Prophylaxeleistungen auf das Alter zwischen 12 und 20 Jahren beschränkt und die Bonustestate für die Vorsorgeuntersuchung den Zahnärzten überlassen werden.

Andererseits: Wer wie ich 25 Dienstjahre ableisten muß, um 500.000.– DM Praxisinvestitionen (bei 300.000.– DM Erstausrüstung), ein 140 m²-Haus und die Altersversorgung eines mittleren Beamten zu erwirtschaften, der kann sich von Vorwürfen über ein zu hohes Einkommen nicht betroffen fühlen. Wer die Einkünfte von Wirtschaftsberatern, Immobilienmaklern, Profisportlern oder auch höheren Beamten nicht anstößig findet, aber über ärztliche Einkommen von 190.000 DM vor Steuern mäkelnd, den sollten wir in unsere Praxen einladen und einen Tag mitrotieren lassen. Eines wird dann sicherlich klar sein: Dort wird 9-10 Stunden vor allem konzentriert gearbeitet. Die Helferinnen können ein Lied davon singen.

Um nicht mißverstanden zu werden: Ich übe meinen zahnärztlichen Beruf gern aus. Ich werde mich auch weiterhin der vernachlässigsten Mundhöhle nicht verweigern und es als meinen Job ansehen, jemandem zu helfen, der mich nachts oder sonntags darum bittet. Aber dafür möchte ich nicht ständig in die Schublade „der Zahnärzte“ gesteckt werden, die sich an der Gesellschaft schadlos halten.

Selbstverständlich halte auch ich es für wichtig, daß bestimmte Leistungen höher bewertet, neue Leistungen in den BEMA oder die GO-Z aufgenommen werden, unsinnige Abrechnungsbestimmungen beseitigt oder verbessert werden. Ich bin mir aber im klaren darüber, daß der

Abbau von Verordnungen, Restriktionen, Kontrollen und Einschränkungen und der Ersatz dieser Instrumentarien durch das liberale Prinzip, durch Vertrauen etc. – all das eben, was im gesamten medizinischen Bereich so dringend notwendig wäre – von dem Kollegen XY auch dazu benutzt werden könnte, um noch ungestörter im Trüben fischen zu können und Patienten noch mehr zur Kasse zu bitten; es sind diejenigen Kollegen, die schon immer Mittel und Wege gefunden haben, noch mehr aufzuschreiben, noch mehr abzudingen oder gar dem Patienten Leistungen in Rechnung zu stellen, die nur scheinbar erbracht wurden.

Um die verkürzende Formel des bayrischen KZV-Vorsitzenden richtiger zu benützen: es geht nicht an, daß jeder Behandler die Möglichkeit erhalten soll, Wasser zu verkaufen und dafür Champagner in Rechnung zu stellen, noch dazu dann, wenn mitunter nicht einmal das Wasser genießbar ist.

Das Problem ist, daß die gewissenhaft und qualifiziert arbeitenden Kollegen für ihre Arbeit zu wenig Honorar erhalten, die schlecht arbeitenden jedoch zu viel. Dieses Problem, das Gesetzgeber und Krankenkassen schließlich nicht kalt lassen darf, läßt sich nur mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und (auch anonymisierten) Statistiken lösen. Solange unsere Körperschaften jedoch nicht dazu bereit sind, der Spreu in unserem Berufsstand mehr Aufmerksamkeit zu widmen, solange diese oder jene Fehl-

leistung und Spitzbüberei mit dem Mäntelchen falsch verstandener Kollegialität gedeckt wird und Staat, Krankenkassen und Patienten das Gefühl haben, bei allem, was die Zahnärzte sagen und tun, auf der Hut sein zu müssen, so lange werden wir keine Forderung an die Gesellschaft durchsetzen können, und sei sie noch so gerechtfertigt.

Ich bin jedenfalls nicht bereit, meine berufliche Zukunft von ein paar wild gewordenen Funktionären bestimmen zu lassen, die nicht nur 100 Jahre Sozialversicherung schlichtweg ignorieren, sich wie Teppichhändler aufführen, vorgeben, sie schuldeten nur dem Patienten Verantwortung, aber im gleichen Atemzug verkünden, der Zahnarzt habe gar keine soziale Verpflichtung. Außerdem: Wer den Großteil zahnärztlicher Leistungen als „mehr dem Lebenskomfort dienend“ oder gar als Luxus bezeichnet, sollte sich nicht wundern, wenn sich auch die Privatversicherungen diese Interpretation zu eigen machen und diese Leistungen künftig als medizinisch nicht notwendig ansehen, womit die Leistungspflicht erlischt. Kaum vorstellbar, daß der Patient dann mit Freuden die Behandlung aus eigener Tasche finanziert.

Und schließlich: Betrachtet man die Problematik ausschließlich aus der wirtschaftlichen Perspektive, so mag es sein, daß ein kleiner Teil der Kollegenschaft sich ohne Einbußen aus der Behandlung

der Sozialversicherten zurückziehen vermag. Für die überwiegende Mehrheit der Zahnärzte wird ein Ausstieg jedoch unverantwortliche Risiken, möglicherweise sogar das Aus der freiberuflichen Tätigkeit mit sich bringen. Ob es sich dann unbeschwerter als Angestellter in einem Ambulatorium der Krankenkasse arbeitet, sei dahingestellt.

Ich kann einfach nicht glauben, daß solch aberwitzige Reden führender Funktionäre des Freien Verbandes wie Herrn Gutmanns Feststellung, das bestehende System sei von kommunistischer Zwangswirtschaft geprägt, Herrn Löfflers Vorwurf, die Streichung der Materialkosten- und HKP-Pauschale sei eine Rechtsbeugung alternationalsozialistischer Prägung und Herrn Dygatz' Vorwurf an die Regierung, die Zahnärzte seien einer modernen Judenverfolgung ausgesetzt – daß dieser ganze Schwachsinn die Meinung der Mehrheit der Kollegenschaft widerspiegelt. Das Problem dürfte wohl eher darin liegen, daß ein großer Teil der Zahnärzte sich aus allem heraushält und ein kleiner aggressiver und militanter Teil, organisiert im Freien Verband, alle Gremien und Körperschaften majorisiert, begünstigt durch ein Wahlrecht, das kritischen Gruppierungen die Mitwirkung verwehrt. Die Tatsache, daß bisher nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz von Kollegen sich im „Korbmodell“ definitiv zum Ausstieg aus dem Sozialversicherungssystem entschlossen hat, liegt natürlich vor allem im wirtschaftlichen

Hasardspiel eines solchen Entschlusses begründet. Zweifellos liegen dieser Verweigerung gegenüber den Scharfmachern auch rationale Überlegungen zugrunde, ganz sicherlich aber vor allem das Gefühl zu sozialer Verpflichtung. Das offensichtliche Scheitern des Korbmodells sollte also Hoffnung machen!

Deshalb ist es jetzt an den zahnärztlichen Sozialpartnern, die richtigen Zeichen zu setzen und den vernünftigen Teil der Zahnärzteschaft darin zu unterstützen, die Arbeit im Sozialversicherungssystem unter angemessenen Bedingungen fortzuführen. Immerhin hat der Bundeskanzler die alte DAZ-Forderung – Gesundheitspolitik in's Gesundheitsministerium – erfüllt: Für die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung ist nun nicht mehr das Arbeitsministerium, sondern die neue Gesundheitsministerin Gerda Hasselfeldt zuständig. Man kann gespannt sein, wann und wie die bisherige Bundeswohnungsbauministerin, „das soziale Gewissen der CSU“, die vielfältigen Probleme anpacken wird:

- Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung und zeitgemäße Verlagerung der Ausbildungsschwerpunkte von reparativen auf präventive Inhalte.
- Aufnahme prophylaktischer Leistungen für Patienten aller Altersstufen in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen mit zusätzlicher Mittelfreisetzung.
- Abkoppelung medizinischer Ausgaben von der Grundlohnsummenentwicklung.
- Weiterentwicklung der gesetzlichen Voraussetzungen zur Qualitätssicherung (z.B. durch Abschaffung der Kassenzuverlässigkeitsprüfung nach Durchschnittswerten).
- Änderung des Wahlrechts für die Körperschaften zur Verbesserung der Chancen für Minderheiten.
- Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Qualifizierung zahnärztlicher Hilfsberufe.

Ebenso wie der Gesetzgeber sind die Spitzenverbände der Krankenkassen gefordert, die Grundlagen für eine zeitgemäße und qualifizierte Versorgung der Sozialversicherten zu verbessern. Hierzu gehört zuallererst die Herstellung eines vernünftigen partnerschaftlichen Klimas. Es geht nicht an, daß Patienten von Sachbearbeitern der Krankenkassen regelrecht gegen ihren Arzt/Zahnarzt munitioniert werden und Negativwirkungen der Gesetzgebung ausschließlich den „Leistungsanbietern“ angelastet werden. Vor allem: durch leistungsgerechte Vergütung muß sorgfältige Arbeit gefördert werden, durch Qualitätssicherung im Rahmen partnerschaftlicher Selbstverwaltung schlechte Arbeit erschwert werden. Wenn Effektivität und Effizienz kassenzahnärztlicher Leistungen gefordert werden, so muß dies ebenso für die Krankenkassen gelten! Verwaltungsaufwand und die

bürokratischen Rahmenbedingungen müssen auf ein Minimum beschränkt werden. Weiterhin ist es unumgänglich, daß sich die Krankenkassenverbände in viel stärkerem Maße als bisher für die Realisierung breitenwirksamer Prophylaxe einsetzen und dafür die entsprechenden Mittel bereitstellen. Schließlich sollte auch von den Spitzenfunktionären der Krankenkassenverbände erwartet werden, unsinnige und dem sozialen Klima abträgliche Vorschläge zu unterlassen wie z.B. die Drohung, Ärz-

te, ausländische Zahnärzte oder Zahn-techniker mit kassenzahnärztlichen Aufgaben zu betrauen.

Wenn die Weichen zur Realisierung dieser Rahmenbedingungen gestellt werden, dann wird sich für den überwiegenden Teil der Zahnärzte die Alternative Arzt oder Kaufmann – zumindest in dieser Ausschließlichkeit – nicht mehr stellen.

Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstraße 44
8000 München 70

Landesverband NAV-Virchow-Bund Berlin/Brandenburg gegründet

eur Köln, 22. Januar 1991 – Am Wochenende haben sich in Berlin der Landesverband Berlin des NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands – und der Landesverband Berlin/Brandenburg des Rudolf-Virchow-Bundes zu einem Landesverband Berlin/Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes zusammengeschlossen, der gemeinsam von den Vorsitzenden Dr. Gerhard Raudszus und Professor Harald Mau mit ihren Vorständen geführt wird. Nachdem es bereits 1990 in Thüringen, Sachsen und Mecklenburg/Vorpommern zu Gründungen entsprechender Landesverbände gekommen war, beschlossen die Delegierten der letzten Hauptversammlung des Landesverbandes Berlin/Brandenburg des Virchow-Bundes mit

deutlicher Mehrheit diese Fusion.

Professor Harald Mau bezeichnete die Stabilisierung und Absicherung der Altersversorgung für Ärzte, die Hilfe und Vorschläge für die Neuordnung des ambulanten Gesundheitswesens, die Einflußnahme auf die Landesregierungen zum Abbau von Schwierigkeiten bei der Niederlassung und sozialverträgliche Lösungen beim Abbau von Personallüberhängen in den Polikliniken als wesentliche Schwerpunkte der künftigen Arbeit des neuen Landesverbandes. Dazu gehöre aber auch die schnelle Klärung von Eigentumsverhältnissen, damit die Gewinnung von Praxisräumen problemloser ablaufe.

Eurinform
Köln, 22. Januar 1991

Düsseldorf ist erst der Anfang!

Die Saat der Vermarktungsstrategien der Zahnheilkunde durch den Freien Verband Deutscher Zahnärzte –FVDZ– geht auf. Eine wohl nicht bedachte, jedoch direkte, logische Folge dieser Politik ist die erfolgreiche Gründung eines ‚Dental-Kosmetik-Instituts GmbH‘ in Düsseldorf. Dieses Institut bietet ‚Zahnaesthetik‘ und andere schillernde Leistungen durch angestellte Zahnärzte.

Die Zahnärztekammer Nordrhein klagt mit der Begründung, das Zahnheilkundengesetz erlaube die Ausübung der Zahnheilkunde ausschließlich durch niedergelassene Zahnärzte. Das Landgericht Düsseldorf schloß sich dieser Auffassung nicht an.

So sehr der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde – DAZ – die Körperschaften bei der Ablehnung solcher Firmen unterstützt, so sehr dringt er darauf, daß der eingeschlagene Weg zum Ausstieg aus der gesetzlichen Krankenversicherung realistisch und verantwortlich zu Ende gedacht wird. Nicht ohne Grund erfolgen solche Institutsgründungen und andere haarsträubende Werbeaktionen zuerst im ADZ-Kammerbereich Nordrhein mit seinem Präsidenten Schulz-Bongert, zugleich Vorsitzender der Privat-Zahnärzte.

Bei diesem Konflikt geht es primär nicht um die äußere Form der Berufsausübung, sondern um das Wirksamwerden berufspolitischer Weichenstellungen, die das Abdriften der Zahnheilkunde in – durchaus qualifizierte und exclusive – Dentalsalons vorprogrammieren.

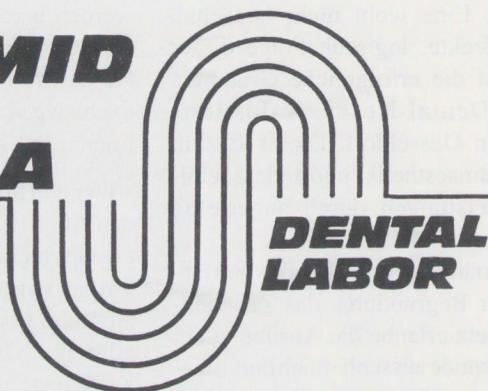
Wer den Splitter einer GmbH im fremden Auge beklagt, sollte den Balken im eigenen nicht übersehen: Er ist die leichtfertige, vorrangig merkantil begründete Aufgabe traditioneller Bindungen und ethischer Orientierungen. Die innere Korsettage der ‚Berufung zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit‘ – so die Berufsordnung – wird abgelegt, um hinfort als freier Unternehmer zahnmedizinische Kompetenz vermarkten zu können.

Der DAZ befürchtet mit vielen ärztlich gesinnten Kolleginnen und Kollegen, daß ohne energisches und glaubhaftes Eintreten für die Sozialverpflichtung durch die Körperschaften ein Abgleiten in die Kosmetik-Branche unvermeidlich ist. Damit wäre dann auch der verbliebene Restbestand ärztlichen Ansehens verspielt. Düsseldorf ist erst der Anfang!

c. n.

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!

Ostdeutschland: Das nahezu perfekte Chaos

F. Petrich

Bereits im Herbst '89 beschworen Willy Brandt und viele, viele andere angesichts der sich anbahnenden Ereignisse, es müsse zusammenwachsen, was zusammengehört, und nicht zusammenwuchern. Doch keinem konnte es schnell genug gehen – weder dem kleinen Mann auf der Straße noch den Politikern in Bonn. Der Zug Deutsche Einheit gewann unaufhaltsam an Fahrt – ein Termin jagte den anderen: 18. März, 3. Oktober, 2. Dezember und nun der 1. Januar 1991 – der Tag, der mit der Einführung des gegliederten Krankenkassensystems in den neuen Bundesländern eines der wohl einschneidendsten Ereignisse im Leben der bis jetzt mit keiner Krankenkasse vertrauten ehemaligen DDR-Bürger darstellt. Und siehe da, denen es im Herbst '89 und '90 nicht schnell genug gehen konnte, das sind jetzt diejenigen, die am wenigsten die hereinbrechenden Veränderungen akzeptieren wollen.

Doch damit nicht genug! Wenn wenigstens die Ärzte und Zahnärzte ausreichend mit neuen Formularen ausgestattet wären, die Ortskrankenkassen im Umgang mit denselben ausreichend unterwiesen und die Patienten umfassend aufgeklärt wären. Nichts von alle-

dem ist der Fall und das Chaos nahezu perfekt.

Hinzu kommt, daß die wenigsten Kommunen in der Lage sind, der ihnen per Einigungsvertrag zugesprochenen Verantwortung für die Sicherung der ambulanten medizinischen Betreuung gerecht zu werden. Die bis dato unwirtschaftlich geführten Polikliniken tun dies munter weiter, die finanziellen Mittel werden immer knapper und als einziger Ausweg aus dem Dilemma scheint die Kündigung des medizinischen Personals, um so die Ärzteschaft in die Niederlassung zu zwingen und damit den Selbstverwaltungsmechanismus der Freiberuflichkeit zum Tragen zu bringen.

Eine Situation, die angesichts der allgemein angespannten Lage in Sachen Praxisräume zu wahren Überlebenskämpfen unter der Ärzteschaft führt. Der Präsident der LZK Sachsen hebt bereits beschwörend die Hände ob des zunehmend unkollegialen Verhaltens der Zahnärzte im Ringen um's Überleben.

Nun, der größte Teil der Zahnärzte wird's wohl überleben, insbesondere angesichts des immensen prothetischen Betreuungsbedarfs unter breiten Schichten der Bevölkerung. Aber um welchen

Preis? Das Image der Zahnärzteschaft in den Altbundesländern ist erwiesenermaßen schon lange nicht mehr das beste und wir im Osten Deutschlands haben nichts Eiligeres zu tun, als dieses Image ebenfalls überzustülpen, wobei das hoffnungslose Chaos zwischen Polikliniken, KZVen und Ortskrankenkassen vielerorts sicher nicht ganz unschuldig ist.

Etwas langsamer, mit mehr Augenmaß und vor allem einer den Erfordernissen entsprechenden Organisation hätte uns allen besser getan – uns Zahnärzten ebenso wie unseren Patienten und nicht zuletzt den Krankenkassen.

Dr. Frank Petrich
Poststraße 19
0-9290 Rochlitz

Für Sie gelesen:

Informationen über EDV-Systeme

Der bereits in den letzten Jahren zu beobachtende Trend zu einem verstärkten EDV-Einsatz in der Zahnarztpraxis ist nach wie vor ungebrochen. Im Vordergrund stehen dabei Abrechnungssysteme für die verschiedenen kassenzahnärztlichen und privat Zahnärztlichen Leistungsbereiche. Derartige Programme werden zur Zeit schon in etwa 33% aller westdeutschen Zahnarztpraxen

eingesetzt. Die jährliche Zuwachsrate liegt bei 50%. Zunehmend werden EDV-Anlagen aber auch für die automatische Erledigung weiterer Aufgaben, wie z.B. im Rahmen der Praxisorganisation, eingesetzt. Der EDV-interessierte Zahnarzt sieht sich bei der Systemauswahl einem inhomogenen Markt mit ca. 140 verschiedenen Programmen gegenüber.

Unter dem Titel EDV-Systeme für die Zahnarztpraxis ist ein Informationswerk der KZBV auf dem EDV-Sektor erschienen. Das 364 Seiten umfassende Buch beinhaltet Detailinformationen zu insgesamt 49 EDV-Abrechnungsprogrammen für Zahnärzte. In dem Werk finden sich sowohl Informationen über die Marktführer im Bereich zahnärztlicher EDV-Systeme als auch über Programme kleinerer Anbieter, die sich z.T. auf bestimmte Leistungsbereiche, z.B. die Kieferorthopädie, spezialisiert haben. Damit ist es erstmals gelungen, einen weitgehenden Überblick über die auf dem Markt angebotenen EDV-Systeme zu bieten, der dem EDV-interessierten Zahnarzt eine erste Orientierung und eine Vorauswahl der für ihn in Betracht kommenden Systeme ermöglichen soll.

Das Werk steht den KZVen zur Information ihrer Mitglieder, z.B. im Rahmen der Niederlassungsberatung, zur Verfügung. Es kann aber auch zum Selbstkostenpreis von 15,- DM plus Versandkosten bei der KZBV bestellt werden.

ZM/TM

aus ZM 1/91

Der „Dritte Weg“ – Ein halber Ausstieg?

Th. Murphy

Im November 1990 veröffentlichte die KZBV ein Positionspapier unter dem Titel: „Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung“, das einen Ausweg aus der „Systemkrise der GKV“ weisen soll. Gefordert wird ein „dritter Weg“ zwischen Budgetplanung und Deregulierung, bei dem die Finanzierbarkeit der GKV abgesichert wird durch Limitierung der Leistungspflicht auf eine Grundversorgung sowie verstärkte Inanspruchnahme der Versicherten durch Selbstbeteiligung.

In einer Analyse der Defizite des derzeitigen Systems der GKV wird zutreffend festgestellt, daß das Kostenrisiko auf die (Zahn-)ärzte abgewälzt wird. Trotz (oder wegen) systemfremder dirigistischer Eingriffe droht die Systemkrise sich noch zu verschärfen. Der Grundwiderspruch zwischen begrenzten Ressourcen, steigendem Leistungsbedarf und Beitragssatzstabilität wird klar benannt.

Als bereits in der Diskussion befindliche Denkansätze zur Überwindung der Krise werden die Modelle „Budgetplanung“ und „Deregulierung“ vorgestellt. Beiden wird attestiert, daß sie letztlich, wiederum vorwiegend auf dem Rücken der „Leistungsanbieter“ (=Zahnärzte),

an Eckfeilern des Systems, etwa: Freiberuflichkeit, Versorgungsniveau und soziale Ausgewogenheit, rütteln und sie daher nicht in Frage kommen.

Gefordert wird ein „dritter Weg“ mit den Zielen: Gestärkte Arzt-Patient-Beziehung, Betonung von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, mehr Eigenverantwortung bei allen Beteiligten. Das Kassenarztrecht, die Strukturen der Krankenkassen sowie das Leistungsrecht sollen liberalisiert werden, um am Ende den Prinzipien der Selbstbeteiligung und Kostenerstattung mehr Gewicht zu geben.

Einem Kreis von Versicherten, der sich nur noch auf die „sozial Schutzbedürftigen“ beschränken soll, steht ein relativ eng gefaßter Katalog von Leistungen einer „Grundversorgung“ zu. Was darüber hinausgeht, ist „Zusatzleistung“, wird vom Patienten selbst getragen und nach GO-Z abgerechnet, eine – zumindest teilweise – Kostenerstattung durch die Kasse ist dabei vorgesehen.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll also gesichert werden durch: Begrenzung des versicherten Personenkreises, Beschränkung der versicherten Risiken sowie die

Herausnahme „systemfremder Leistungen“. Als erwünschter weiterer Effekt wird die Stärkung der Arzt-Patient-Beziehung hervorgehoben.

Soweit der Versuch einer Inhaltsangabe.

Man erkennt, daß der Titel des Positionspapiers besser hieße: „Zurückdrängen der GKV“, denn das ist der Kern der Forderungen.

Nur noch die „reäl schutzbedürftigen Bevölkerungskreise“ sollen pflichtversichert bleiben. Es steht zu erwarten, daß diese eher unterdurchschnittliche Beitragszahler sind. Die Besserverdienenden, die in Relation zu ihrer Beitragshöhe weniger Leistungen in Anspruch nehmen, die mithin die Zahlungsfähigkeit der Krankenkassen sichern, sollen von der Pflichtversicherung befreit werden.

Hier offenbart sich eine eigenartige Vorstellung davon, was eine Solidargemeinschaft sein soll: Die Schwachen stützen sich gegenseitig, die Starken werden nicht in die Pflicht genommen, sie sorgen nur für sich selbst.

Der so ausgetrockneten GKV stünden dann noch weit weniger Mittel als heute zur Verfügung; wer als Mitglied in ihr verbleibt, könnte nur noch auf eine Minimalversorgung rechnen. Wer als Zahnarzt vorwiegend diese Patienten zu betreuen hat, wird nicht mehr viel zu lachen haben: Zahnarzt zweiter Klasse für Patienten zweiter Klasse.

Zu Recht werden systemfremde dirigistische Eingriffe des Staates in die Selbstverwaltung angeprangert. Wenn aber die Verpflichtung zur Überwachung und Kontrolle der Berufsangehörigen durch die Selbstverwaltung als Interessenkollision mit ihren Aufgaben gesehen wird, muß die Frage erlaubt sein, ob es der Zahnärzteschaft lieber sein könnte, stattdessen von Institutionen der Kassen oder des BMA kontrolliert zu werden. Daß in der – von niemandem geleugneten – Budgetkrise der GKV eine Kontrolle und Überwachung installiert werden wird, muß jedem Realisten klar sein. Die Frage ist nur noch, wer sie durchführt und somit, mit wieviel Sachverstand und Fingerspitzengefühl hier agiert werden wird.

Richtig wird die kostendämpfende Wirksamkeit von Prophylaxemaßnahmen herausgestellt. Hier wären sicherlich mittel- und langfristige Einsparungen realisierbar, wenn die Kostenträger kurzfristig angemessene Mittel für eine umfassende Prophylaxe bereitstellen würden. Allerdings wird dieses Ziel nicht allein durch die im Positionspapier ausschließlich genannte Individualprophylaxe erreichbar sein. Wissenschaftliche Untersuchungen lassen keinen Zweifel daran, daß die Gruppenprophylaxe gerade bei Kindern und Jugendlichen die tragende Säule des Erfolges ist.

Das Stichwort „Qualität“ taucht im Papier der KZBV nur im Zusammenhang mit der Qualitätsfeindlichkeit von Honorarabschmelzungen (richtig!) und

der Überflüssigkeit von Qualitätssicherung durch die Selbstverwaltung (falsch!) auf. Die Notwendigkeit eines qualitativen Mindeststandards wird weder im Zusammenhang mit der Grundversorgung noch mit der Zusatzleistung erwähnt. Das Kostendämpfungspotential einer qualitätsgesicherten Therapie bleibt – ebenso wie ihre Honorarchancen – unerwähnt.

Die Qualitätsdiskussion ist der Zahnärzteschaft aufgrund eigener Versäumnisse aufgezwungen worden. Ohne tragfähige Konzepte zur Qualitätssicherung ist auch ein Vorschlag zur Weiterentwicklung der GKV unvollständig und nicht glaubwürdig.

Das Papier schlägt vor, im ZE-Bereich nur noch Einzelkronen, abgestützte Modellgußprothesen sowie Totalersatz im Rahmen der Grundversorgung zu übernehmen. Jeglicher festsitzende oder kombinierte Ersatz fällt somit unter die Zusatzleistungen und wird gemäß GO-Z liquidiert. Versorgungen, die – zutreffende Indikation und exakte Ausführung vorausgesetzt – weit länger haltbar sind, werden so aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegrenzt. Die Eliminierung selbst einfachen Brückenersatzes widerspricht gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis.

Fazit: Fehlentwicklungen und Strukturdefizite der GKV werden über weite Strecken zutreffend analysiert, auch die inakzeptable Entwicklung der Honorarsituation wird herausgearbeitet. Die

nachfolgende Argumentation verläßt dann aber den Sozialstaatsgedanken durch Ausgrenzung der Einkommensschwachen von bisher selbstverständlichen Versorgungsformen. Die Selbstverwaltung der zahnärztlichen Körperschaften, einst als wertvolles Gut erkämpft, wird jetzt offenbar als Last empfunden. Statt zweifellos vorhandene Mängel reformerisch anzugehen, wird das ganze System ausgehöhlt. Weder Kassen noch Politiker werden dies widerspruchslos hinnehmen. Auch viele Kollegen, die auch bisher schon nicht auf der Sonnenseite des Einkommensspektrums standen, würden sich erstaunt die Augen reiben. Hier soll das Kind Honorarsicherung mit dem Bade Sozialpartnerschaft ausgeschüttet werden.

Thomas Murphy
Max-Brauer-Allee 126
2000 Hamburg 50

Mit dem „Gesundheitspolitisches Aktionsprogramm“ des BDZ in die 90er Jahre?

C. Wohlgemuth

Bei der Lektüre des „Gesundheitspolitischen Aktionsprogramms für die 90er Jahre“ der Bundeszahnärztekammer läßt sich einerseits nicht übersehen, daß hier Konzept, Struktur und teilweise Ideen an die voreinem Jahrschienenen „DAZ Grundsätze und Empfehlungen“ angelehnt sind. Andererseits lassen die dargestellten Lösungsvorschläge die Bewältigung aktueller gesundheitspolitischer Probleme eher unwahrscheinlich erscheinen. Dies gilt besonders für die Bereiche Qualitätssicherung, Prophylaxe, Selbstverwaltung, Gebührenordnung, Kostenstrukturen.

Im Vorwort wird der hinlänglich bekannte Schulterschuß der Zahnärzteschaft angemahnt, denn Veränderungen sind anscheinend nur mit Einigkeit, nicht aber durch Argumente zu erreichen. Das „Gesundheitspolitische Programm“ des BDZ von 1983, welches Grundsätze wie Subsidiarität, Sozialpflichtigkeit, Humanität, freiheitliche Struktur des Gesundheitswesens (Freiberuflichkeit, Selbstverwaltung, gegliedertes Krankenkassensystem) formuliert, behält nach wie vor seine Gültigkeit. Die finanzielle Dauerkrise unseres Gesundheitswesens

läßt sich nur durch Veränderung von Strukturen und Rahmenbedingungen (Grundversorgung mit zusätzlicher Eigenbeteiligung) bewältigen. Eine gleichzeitige Stärkung der Präventivmedizin soll die Eigenverantwortung fördern.

Im „Gesundheitspolitischen Aktionsprogramm“ werden Kernaussagen zu verschiedenen Bereichen zahnärztlicher Gesundheitspolitik gemacht, die nachfolgend erläutert werden.

Deutsche Einheit

Die Strukturen in der ehemaligen DDR sind nach Vorstellung des BDZ umgehend den westdeutschen anzupassen. Neben einer Unterstützung der sich bildenden Kammern besteht die Hilfestellung für ostdeutsche Zahnärzte im wesentlichen aus Hospitationsvermittlungen, dem Anbieten von diversen Musterverträgen sowie „basisnahen“ Fortbildungsangeboten.

Zu vermissen ist hier eine Berücksichtigung erstrebenswerter Konzepte (Prophylaxe, Weiterbildung, gesamtmedizinische Versorgungskonzepte), deren Integration in ein westdeutsches Gesundheitssystem Effektivitäts- und Effizienzsteigerung erwarten lassen.

Europäische Gemeinschaft

Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung sind unverzichtbare Grundsätze der zahnmedizinischen Versorgung in Europa. Die unterschiedlichen Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sollen berücksichtigt und koordiniert, nicht aber harmonisiert werden. Eine Verstärkung des Informationsflusses sowie eine verbesserte internationale Zusammenarbeit werden angestrebt.

Ausbildung und Vorbereitung auf die Berufsausübung

Für eine qualitativ hochwertige Universitätsausbildung sowie eine umfassende Berufsvorbereitung besteht absolute Notwendigkeit. Sie lassen sich nur durch eine Aktualisierung der Ausbildungsinhalte, besonders in den Bereichen Kinderzahnheilkunde, Prophylaxe, Alterszahnheilkunde, Parodontologie und Berufskunde, erreichen. Zur Qualitätssicherung der Ausbildung ist eine Novellierung der Kapazitätsverordnung dringend erforderlich. Eine Kürzung und Modifizierung der vorklinischen und propädeutischen Fächer zugunsten der klinischen läßt sich nur durch eine Änderung der Approbationsordnung erzielen. Eine Qualifizierung und planmäßige Vorbereitung auf die Berufsausübung während der Assistentenzeit soll durch begleitende Seminare und intensive Niederlassungsberatung erreicht werden.

Insbesondere die Aussagen zur nachuniversitären Ausbildung lassen differenzierte Problemlösungen vermissen.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung ist derart umzugestalten, daß das Spektrum der wissenschaftlichen Zahnheilkunde beschrieben wird und eine Behandlung nach wissenschaftlichen Kriterien unter Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten ermöglicht wird.

Grundversorgung, Kostenerstattung, Selbstbeteiligung

Das Sachleistungssystem soll durch ein Kostenerstattungsmodell ersetzt werden. Dieses Modell sieht eine Grundversorgung vor, welche der Patient für notwendige Leistungen bei der Heilung und Linderung von Krankheiten ohne Selbstbeteiligung nach dem Prinzip der Kostenerstattung in Anspruch nehmen kann. Bei einer höherwertigen Versorgung hat der Patient eine Kostenbeteiligung zu tragen. Nebeneffekt soll eine Senkung des Versicherungsbeitrages sein.

Qualitätssicherung

Hier wird lediglich auf voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung eingegangen. Der Hinweis auf Fortbildungsangebote, Dental Vademecum und die Haftbarmachung des Gesetzgebers für die Ausbildungsqualität (überfüllte und überlastete Hochschulen) können jedoch nicht der einzige Schlüssel zur Qualitätssicherung sein.

Prophylaxe

Prophylaxe soll für jeden individuell zugänglich sein und zielgruppen- und

indikationsbezogen durchgeführt werden. Die Herstellung angemessener gesetzlicher Rahmenbedingungen ist hierfür Voraussetzung. Die Gesundheits-erziehung in Schulen und Vorschulen soll ausgebaut und das Bewußtsein in der Bevölkerung für prophylaktische Inhalte gestärkt werden. Man besteht auf der zahnärztlichen Kompetenz für Prophylaxe. Mit keiner Silbe wird hier auf die Notwendigkeit des Einsatzes von Prophylaxehelferinnen und Hilfspersonal eingegangen, ohne deren Arbeit jegliche Prophylaxekonzepte zum Scheitern verurteilt sind.

Alterszahnheilkunde

Die Alters- und Morbiditätsentwicklung unserer Bevölkerung erfordert eine stärkere Berücksichtigung als bisher. Die zahnmedizinische Betreuung alter Menschen zu Hause und im Heim muß intensiviert werden. Aus- und Fortbildung der Zahnärzte, Personalschulung und Praxisplanung müssen auf die besonderen Probleme alter und behinderter Menschen ausgerichtet sein. Hierfür sind spezielle Betreuungskonzepte zu entwickeln.

Selbstverwaltung

Eine Stärkung der Selbstverwaltung als tragendes Element des Gesundheitswesens und eine Beschränkung des Gesetzgebers auf die Vorgabe von politischen, rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen soll angestrebt werden. Dies soll durch ein verstärktes gesundheitspolitisches En-

gagement des BDZ und Kooperation mit Parteien, Politikern und Ministerien realisiert werden.

Fazit: Für all jene, die von diesem Papier programmatische Aussagen zu Aktionen erwartet haben, die der zahnärztlichen Berufspolitik wieder zu Professionalität und Glaubwürdigkeit, vor allem aber zu Erfolgen verhelfen, stellt sich dieses Programm eher als matter Aufguß alter Parolen dar. Kaum anzunehmen, daß damit die drängenden gesundheitspolitischen Probleme bewältigt werden können.

Dr. Claudia Wohlgemuth
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

AIDS: Immun-Globuline?

Die Sterblichkeit am erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) läßt sich bei HIV-1-positiven Patienten durch die intravenöse Gabe von unspezifischen Immunglobulinen (200 mg/kg Körpergewicht) signifikant verringern: Nach durchschnittlich 13,8 Monaten Behandlungszeit starben in der Serumgruppe 3 von 13 bereits symptomatischen Patienten, in der Kontrollgruppe 9 von 13. Wie der Münchner AIDS-Experte Prof. L. Gürtler in einer der nächsten Ausgaben der Zeitschrift „Fortschritte der Medizin“ diese Ergebnisse diskutiert, wird man künftig wohl Azidothymidin mit Immunglobulinen zu kombinieren versuchen, um die günstigen Effekte zu kombinieren (U. Brunkhorst et al., *Infection* 18, 1990, S. 86). ZM

Grundsätze und Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

Nachfolgend veröffentlichen wir einen weiteren Abschnitt aus dem neuen DAZ-Grundsatzprogramm

4. Zahnärztliche Aus- und Weiterbildung

Jüngere Entwicklung

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

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

Gegenwärtige Situation

Folgende Fakten bestimmen die augenblickliche Lage:

- Da das zahnärztliche Einkommen nach wie vor für überdurchschnittlich gehalten wird, ist der Andrang auf das Studienfach weiterhin sehr groß.
- Die zentrale Vergabestelle von Studienplätzen läßt z.Z. 1.900 Studienanfänger pro Jahr zu. Die Zahl der aus dem aktiven Berufsleben ausscheidenden Kollegen ist demgegenüber deutlich niedriger.
- Viele Hochschulen sind durch die Praxis mancher Verwaltungsgerichte belastet, über die regulären Quoten hinaus zusätzliche Studenten zulassen zu müssen.
- Die Ausbildung zu vieler Studenten geht jedoch zu Lasten der Ausbildungsqualität und verursacht vermeidbare Mehrkosten innerhalb und außerhalb der Hochschulen.
- Die Zahl der je Mitglied des Lehrpersonals zu betreuenden Studenten ist im Vergleich zu anderen Industrienationen überdurchschnittlich hoch.

- In manchen Fächern werden Qualität und Effektivität durch einen Mangel an geeigneten Patienten zusätzlich beeinträchtigt.

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

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

Die Ausbildungsinhalte

Die Ausbildungsinhalte bedürfen dringend einer Überarbeitung und Neuorientierung.

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

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

Die Behandlung von Fragen der Patienten- und Mitarbeiterpsychologie fehlt im zahnmedizinischen Studium meist

ebenso wie fachübergreifende Ausbildungsmöglichkeiten, die die gesamtliche Behandlung eines Patienten in allen zahnärztlichen Disziplinen erfordert.

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

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

Notwendige Maßnahmen

Vordringlichstes Ziel aller Änderungen im Bereich der zahnärztlichen Ausbildung ist es, die Zahl der Zahnmedizin-Studenten nach fachlichen Gesichtspunkten auf die räumlichen und personellen Möglichkeiten an den Universitäten abzustimmen. Das bedeutet, daß

- die Zulassungszahlen deutlich reduziert werden müssen,
- die Kapazitätenverordnung überarbeitet wird mit dem Ziel,
 - den Curricular-Normwert deutlich zu erhöhen,
 - die Gruppengrößen zu verringern,
 - das Patientenaufkommen stärker zu berücksichtigen
- die Betreuungsrelationen durch Schaffung attraktiver Mittelbaustellen fühlbar verbessert werden,

- die Personalstruktur der Zahnkliniken reformiert wird, und zwar durch
 - Abschaffung starrer Zeitverträge, statt dessen Weiterbeschäftigung oder Kündigung nach Leistung und Qualifikation in Forschung und Lehre
 - Schaffung von externen Assistentenstellen, d.h. stundenweise Lehraufträge für geeignete Praktiker, z.B. auch ehemalige Klinikassistenten.

Die Ausbildungsinhalte müssen mit folgenden Zielsetzungen geändert werden:

- Installierung einer fachlich-didaktischen Einführungsphase vor Einsatz des Personals in der Lehre.
- Stärkere Verkoppelung vorklinischer und klinischer Lehrinhalte, z.B. Prophylaxe und Fachkunde im 1. Semester, Teile der Anatomie- und Zahntechnikausbildung begleitend zu den klinischen Behandlungskursen.
- Verkürzung der deutlich weniger zeitintensiven vorklinischen Ausbildung auf 4 Semester. Verzicht auf praktische Kurse im Fach Kieferorthopädie. Das so gewonnene Semester wird dem klinischen Studium zugunsten zusätzlicher, fächerübergreifender Ausbildung zugeschlagen.
- Berücksichtigung bisher nicht oder zu wenig gelehrter Gebiete wie Parodontologie, Prävention, Kinderzahnheilkunde, Psychologie und Soziologie als Lehr- bzw. Prüfungsfach.
- Verschiebung des Studienschwerpunktes von der (teuren) reparativen

zur (preiswerteren) prophylaktisch-konservierenden Seite. Etablierung der Prophylaxe als Lehrinhalt.

- Einführung von Pflichtfamulaturen in geeigneten Praxen oder Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens während des Studiums.

Schließlich halten wir es für unerlässlich, die Forschungsmittel der zahnärztlichen Universitätsinstitute deutlich aufzustocken.

Nachuniversitäre Ausbildung

Assistentenausbildung

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

- Die Ausbildungspraxis muß die Möglichkeit zur Weiterbildung im konservierend-prophylaktischen Bereich, aber auch in den chirurgischen, prothetischen und parodontologischen Disziplinen bieten.
- Die Einarbeitung und Einsicht in

Verwaltungsabläufe der Praxis muß gewährleistet sein.

- Während der Ausbildungszeit muß eine Abkoppelung des Assistentengehaltes von den erzielten Umsätzen erfolgen. Der DAZ empfiehlt eine Anlehnung an die Gehälter von Zahnärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der Ausbildungspraxis muß obligatorisch werden.
- Die verschiedenen sozialpolitischen Aspekte der zahnärztlichen Praxis und die sich daraus ergebenden Rechtsbeziehungen sollten im Rahmen der Assistenten-Ausbildung vermittelt werden. Hierzu gehören besonders die Röntgen-Verordnung, die Medizingeräte-Verordnung, Entsorgungsfragen

und Umweltschutz, aber auch die Rechtsverordnungen für die zahnärztlichen Hilfsberufe und die Unfallverhütungs-Vorschriften.

- Für Zahnärzte im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens (Gesundheitsämter, Bundeswehr, Kliniken) ist eine analoge Regelung anzustreben.

Post-Graduate Ausbildung

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

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Ganzheitliche Zahnmedizin

oder: Mit Vollgas durch den Nebel

H. Simon

Ganzheitliche Zahnmedizin bedeutet einerseits, etwas flapsig ausgedrückt: „am Zahn hängt noch ein Mensch“. Dieser Appendix-Mensch muß bei der Zahnbehandlung mitberücksichtigt werden. Andererseits muß ich mich als Zahnarzt in meiner Ganzheit in die Behandlung einbringen. Ob hier nicht etwas Übermenschliches angestrebt wird, sei dahingestellt.

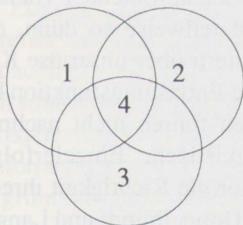
Wir Zahnärzte sollten uns deshalb eher als Ärzte der Fachrichtung Stomatologie verstehen. Viele Patienten vermuten in uns jedoch eher Nachfahren der bunten Gesellschaft der Zahnbrecher, oder zumindest nicht-uneingeschränkt akzeptierte Unternehmer und technische Tüftler in Sachen „Zähne“. Die letzte Berufsbeschreibung umschreibt im wesent-

lichen unsere täglichen Handlungsspielräume. Eine Therapie wird begonnen, wenn unser ärztlicher Ethos weder aus ökonomischen Gründen gedämpft noch durch technisches Unvermögen verhindert wird.

Ärztlicher Ethos hängt eng mit (sich wandelnder) Moral und individuellem Charakter zusammen und entzieht sich daher einfachen meßbaren Parametern. Wird er zu stark betont, bzw. als gegeben vorausgesetzt, ist er möglicherweise nur eine Fiktion.

Der Arzt, sobald er Freiberufler ist, ist immer auch Unternehmer – zur Zeit das Thema unseres Berufsstandes. Wobei eine leistungsgerechte Vergütung für Zahnärzte von allen politischen Kräften befürwortet wird. Welches Honorar aber leistungsgerecht ist und wie weit Dritte in der Arzt-Patientenbeziehung Mitspracherecht erhalten, darüber scheiden sich die Geister.

Die Technik bestimmt im wesentlichen unsere Ausbildung und unsere postuniversitären Fortbildungen. Technik bedeutet Praxiseinrichtung, theoretisches Wissen, praktische Fertigkeit und strukturbedingte Gegebenheiten. Technik als solche ist Bestandteil jeder Interaktion. Wir sprechen z.B. selbst von



- 1 ärztlicher Ethos
- 2 Unternehmer
- 3 Techniker
- 4 Therapie

der „Technik der Gesprächsführung“. Wir Zahnärzte beschneiden jedoch oft selbst unsere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, indem wir den Begriff der Technik auf mechanische Aspekte unseres Berufsbildes beschränken.

Wie technisch geprägt unsere Sicht ist, möchte ich am Beispiel der Gnathologie zeigen. Ihr Ziel und Streben galt dem ganzheitlichen Patienten. Endlich ging der Blick des Behandlers über den Restzahnbestand des Ober- und Unterkiefers hinaus. Die Präzision der einzelnen Arbeitsschritte gipfelte in einer gegossenen Restauration, die pantographisch vermessen und nach P.K. Thomas aufgewachst, aktiv einzementiert wurde. Alles schien perfekt, mit einem winzigen Haken. Der Appendix-Mensch folgte nicht unseren Gedankengängen und den Gesetzen unseres Artikulators. Selbst solch technisch-mechanisch einfachen Vorgänge wie Kiefergelenksbewegungen ließen sich in ihrer Komplexität nicht exakt nachvollziehen. Ganz zu schweigen von den nicht programmierbaren psychischen Faktoren. Trotz einer breiten Ausgangsbasis war der ganzheitliche Patient während der Behandlung irgendwie aus dem Gesichtsfeld verschwunden.

Eine Folge dieser reduzierten Betrachtungsweise war der Aufschwung der „Ganzheitlichen Zahnmedizin“. Sie versucht zusätzlich zur universitären Lehrmeinung eine „holistische Zahnmedizin“ zu praktizieren. So gehören zu ihrem Behandlungsfeld inzwischen

akzeptierte Therapien ebenso wie Lehrmeinungen, die in ihrer Wirksamkeit umstritten sind. Wir finden diverse Elektroakupunktur, Homöopathie, unterschiedlichste Herdtherapien, Hypnose, chinesische Medizin, Mundakupunktur, Kinesiologie, bioelektronische Funktionsdiagnostik, bioenergetische Regulationsdiagnostik, Computer-Segmentelektrographie, energetische Mund-Innenmassagen, Fußreflexzonen-Massagen, Kirlianfotographie, Farbtherapie, Astrologie, Bio-Rhythmus, Magnetfeldtherapie, Geopathie, biophysikalische Therapien und Therapien im ultrafeinen Bioenergie-Bereich bunt zusammengewürfelt. Diese verwirrende und ungeordnete Ansammlung ist keineswegs vollständig und kann noch beliebig erweitert werden. Es finden sich Erkenntnisse aus der Erfahrungsmedizin ebenso wie rein elektronisch-computergesteuerte Verfahren, die in erster Linie mehr dem Hersteller als dem Patienten helfen.

Die theoretische Fundierung vieler professionell auftretender Therapieverfahren ist teilweise so dünn, daß das Sich-Ereiferen über unseriose Kollegen mehr eine Entlastungsfunktion hat. Die Referenten führen nicht nachprüfbar „subjektivistische Einzelerfolge“ als Beweis für die Richtigkeit ihrer Theorien vor. Doppelblind- und Langzeituntersuchungen – evtl. sogar mit Kontrollgruppen – sind nicht publiziert. Die Dokumentation und wissenschaftliche Begleitung der bekannten Veröffentli-

chungen ist zumeist dürftig. Die einzelnen Kursteilnehmer geben sich als Insider zu erkennen, indem keinerlei Zweifel, und sei er noch so unbedeutend, an der eigentlichen Krankheits- und Therapiephilosophie geübt wird.

Es steht mir nicht zu, die eine oder andere Richtung als richtig oder falsch zu beurteilen. Ich möchte aber meinen Ärger über die Ignoranz und starre Engstirnigkeit zum Ausdruck bringen, mit der bei verschiedenen Außenseiterdiagnosen und -therapien der Anspruch auf die alleinige Wahrheit erhoben wird, ohne daß die zugrundegelegte Theorie wissenschaftlich bewiesen oder auch nur ausreichend durch Erfahrungsmedizin abgesichert wäre. Alles auf Kosten des Patienten. Dies sogar zweifach, zum einen gesundheitlich, zum anderen finanziell.

So häufen sich in den letzten Jahren in meiner Praxis Fälle, in denen Patienten nach „ganzheitlichen Sanierungen“ hilfesuchend um Rat nachfragen, da ihre Leiden sich eher verstärkt als gebessert haben. Zugegebenermaßen sind dies nicht immer die einfachsten Patienten, zumeist auch mit einer langen Anamnese. Auch sollen diese „Einzelfälle“ nicht generalisiert werden, aber doch zur Diskussion anregen, wieweit ausschließlich aufgrund von dubiosen Einzeldiagnosen zahnmedizinisch irreversible Therapieschritte an Patienten vollzogen werden.

Meine Kritik an der ganzheitlichen Zahnmedizin kann ich in drei Sätzen

zusammenfassen:

1. Sie ist (ideologisch) therapiegläubig.
2. Sie ist technikgläubig.
3. Sie nimmt keine Rücksicht auf den Patienten.

ad 1. Jede Einzeldiagnose basiert auf einem Therapie(denk)ansatz, der als Mosaikstein seine Berechtigung haben kann. In der Praxis zeigt sich aber, daß der Mosaikstein aus seinem Beziehungsgefüge gelöst und zum Ei des Kolumbus erklärt wird. Die Multikausalität der Krankheit tritt in den Hintergrund und in monokausalen Denkansätzen wird versucht, die Wurzel des Übels (ohne Rücksicht auf den Menschen) zu entfernen.

ad 2. Da eine systemische Betrachtungsweise eine breite Wissensbasis und erhebliche Berufserfahrung voraussetzt, übernehmen Computer mit den verschiedensten Programmen die Diagnose und Therapie. Dagegen ist nichts einzuwenden, wenn es um technisch einfache Vorgänge geht. Wenn jedoch ein komplexes biologisches System von einem Programmierer auf Inputdaten reduziert wird, und auf der Basis nebulöser Outputdaten Therapien eingeleitet werden, bestehen berechtigte Zweifel am Krankheits- und Menschenverständnis der Anwender. Dabei ist noch gar nicht hinterfragt, ob der theoretische Therapieansatz auch grundsätzlich berechtigt ist.

ad 3. Hier bin ich wieder bei meinem Einleitungssatz: „Am Zahn hängt noch

ein Mensch.“ Dieser Grundsatz wird zu wenig berücksichtigt. Die Therapien sind nicht auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt, sondern orientieren sich ausschließlich an den Theoriemodellen.

Abschließend Fallbeispiele aus meiner Praxis.

Fall 1

Frau Z., 26 Jahre, Sekretärin, unverheiratet, VdAK. Mit vielen Füllungen (Front Composite, Seitenzähne Amalgam), zwei dreigliedrigen Brücken, keine Wurzelfüllungen, saniert. Frau Z. fühlt sich allgemein unwohl, sie hat eine periodisch wiederkehrende, generalisierte leichte Dermatitis. Nach ihrer Meinung ist Amalgam die Ursache. Eine weitergehende Sanierung mit Goldinlays ist ihr zu teuer. Sie begibt sich als Privatpatientin in homöopathische Behandlung. Nach Diagnoseerhebung mit Elektroakupunktur besteht die Therapie in einer dreimaligen Injektion von jeweils 35 (fünfunddreißig) Ampullen Nosoden (Hoch- und Niederpotenzen). Die halbjährige Behandlung bringt keine Veränderung ihres Befindens. Nachdem Frau Z. wieder zu mir zurückkam, wurden die stark gefüllten Molaren mit Kronen versorgt, die restlichen Amalgamfüllungen belassen. Der Patientin geht es seit zwei Jahren viel besser, nachdem sie ihre Arbeitsstelle und ihren Arbeitgeber gewechselt hat.

Anmerkung: Soweit ich, als nichthomöopathischer Zahnarzt, Hahnemann richtig verstanden habe, hilft – nach

langer und arbeitsintensiver Anamnese – ein Medikament in der richtigen Dargebung. Wenn der Computer als Schrotflinte mißbraucht wird, ist bei ausreichender Streuung möglicherweise auch eine richtige Medizin dabei. Das Ganze hat aber nichts mit Homöopathie zu tun.

Fall 2

Herr S., 57 Jahre, Beamter. Herr S. ist im OK mit einer Modellgußprothese und im UK links mit einer Brücke versorgt. Herr S. klagt über fluktuierende Beschwerden im Kopfbereich und über Arthralgien. Der internistische Bereich scheint abgeklärt. Um differenzialdiagnostisch alles auszuschließen, empfehle ich einen Kollegen, der mit EAV (Elektroakupunktur nach Voll – d. Red.) arbeitet. Nach drei Jahren erscheint der Patient mit akuten Beschwerden wieder. Der Kollege hatte nicht nur die Differenzialdiagnose, sondern auch die Therapie übernommen. Es waren insgesamt 9 Zähne extrahiert worden (der Großteil der Zähne vital und aus parodontologischer Sicht erhaltungswürdig) und im OK und UK der Restzahnbestand mit kombiniert herausnehmbarem und festsitzendem Zahnersatz versorgt. Da an den Wurzeln zweier überkroner Zähne eine umfangreiche Otitis vorlag, mußten diese Zähne von mir, nach Wurzelbehandlungsversuchen, extrahiert werden. Unglücklicherweise war der Zahnersatz so konstruiert, daß er nach den Extraktionen nicht mehr weiterzuverwenden war. Herr S. ist jetzt mit

Konusarbeiten versorgt. Sein Allgemeinbefinden ist unverändert problematisch.

Anmerkung: Ich sehe meine Aufgabe als Zahnarzt ganz konservativ, im Erhalten. Um Zähne zu extrahieren, bedarf es zwingender Gründe. Wenn ich aber schon einen reduzierten, gefährdeten Restzahnbestand weiterversorge, wähle ich eine Zahnersatzkonstruktion, die erweiterungsfähig ist. Alles andere ist nichtganzheitlich.

Fall 3

Frau B., 65 Jahre, Frührentnerin, Herz und Kreislauf insuffizient, Muskelatrophie, allgemein reduzierter Zustand. Bis auf die OK und UK 3er waren alle Zähne extrahiert, ZE mit zwei Coverdentures. Die Patientin suchte um Hilfe nach, nachdem sie nicht mehr fähig war, mit ihren Prothesen zu sprechen, zu essen oder zu trinken. Nach ihren Angaben war dies vor einigen Jahren mit einfa-

cherem Zahnersatz noch möglich. Erst seit ihr im Unterkiefer der Knochen „herausgekratzt“ worden war, könne sie überhaupt nicht mehr essen, da sie sich seitdem als Invalidin fühle und die neuen Prothesen überhaupt nicht mehr passen. Die Eingriffe erfolgten nicht aufgrund von Beschwerden, sondern weil der Behandler sie als unbedingt nötig empfahl. Frau B., die aus einfachen Verhältnissen kommt, hat seitdem keine Lebensfreude mehr.

Anmerkung: Hier wurde völlig an den Bedürfnissen der Patientin vorbeithera- piert, ohne daß überhaupt eine Thera- pienotwendigkeit bestand. Eine Thera- pie kann im Einzelfall auch darin beste- hen, daß sie unterlassen wird. Womit wir wieder beim ärztlichen Ethos wären.

Dr. Helmut Simon
Romanstraße 39
8000 München 19

Beitragssätze sinken weiter

Nach vorliegenden Informationen senken eine Reihe von Krankenkassen zum 1. Januar 1991 ihre Beitragssätze. Von den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) wird erwartet, daß ihr durchschnittlicher Beitragssatz in Westdeutschland unter 12,9% sinkt. Die AOK Freiburg etwa liegt zu Beginn des Jahres schon bei 11,4%. Von den Innungskrankenkassen (IKK) werden ebenfalls Beitragssätze unter 12,9% angezeigt. Auch die Betriebskrankenkassen (BKK) verkünden eine Reihe von Beitragssenkungen. Spitzenreiter ist hier jetzt die

BKK Ruhrgas AG in Essen mit 9,9%.

Die Ersatzkassen wollen hingegen ihre Beitragssätze von 1990 weitgehend stabil halten. Die Angestellten-Krankenkasse hatte beispielsweise ihre Sätze im vergangenen Jahr um 0,4% bis 0,9% auf durchschnittlich 12,04% gesenkt. Die ostdeutschen Bundesbürger bleiben von dieser Entwicklung jedoch unberührt. Entsprechend den Regelungen des Einigungsvertrages gilt für alle Kassenarten in den neuen Bundesländern der einheitliche Beitragssatz von 12,8 Prozent.

Dfg/tom

ZM 2/91

SIEMENS

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

Da zeigt sich der Profi.

Zum Beispiel:
unser
Praxisplaner
Jürgen Brunnert

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

Wir modernisieren Ihre Praxis nach Ihren finanziellen Möglichkeiten.

Darin sind wir Profis. Sprechen Sie mit uns.

Lindwurmstr. 23-25, 8000 München 2
Telefon 0 89/53 98 50

Kumpfmühler Str. 65, 8400 Regensburg
Telefon 09 41/9 71 98

*Siemens
Dental-Depot*

Ihr Partner



Über die Blindheit und Taubheit von Zahnärzten

U. Happ

Schon 1983 hat die Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ der DGZMK in ihrem Jahresbericht festgestellt, daß Lärm zu Gehörschäden führen kann und sich außerdem nachteilig auf den Kreislauf, den Verdauungstrakt, die Muskelspannung und das Nervensystem auswirkt – und daß insbesondere hochfrequenter Lärm ein ausgeprägter Streßfaktor für die Zahnarztpraxis ist.

Nur, getan hat sich seitdem wenig, informiert wurde eigentlich kaum, obwohl gerade diese Umweltbelastung des Arbeitsplatzes leicht in den Griff zu bekommen ist.

Die Lärmbelastung in der Praxis ist unter zwei Gesichtspunkten zu betrachten; einmal unter dem Kriterium der Lautstärke, einmal unter dem Kriterium der Tonfrequenz. Die Lautstärke der Turbine ist mit ca. 80–85 dBA gar nicht so schlimm, das ist wie in der Disko oder auf der Straße, wenn ein LKW vorüberkommt. Beides soll ja auf Dauer nicht gut sein.

Problematisch ist die Tonfrequenz. Hochfrequente Schallwellen im Bereich von mehr als 5000 Hz wirken mit entsprechender Lautstärke (80–85 dBA im Nahbereich) auf uns ein und können die anfangs erwähnten Störungen hervorru-

fen. Es gibt verschiedene Gründe, weshalb gerade diese hohen Töne bis über den Ultraschall-Bereich Schäden hervorrufen können und ein Streßfaktor im Arbeitsalltag der Praxis sind:

- Hochfrequente Töne werden am schnellsten und intensivsten wahrgenommen, weil die sie registrierenden Haarzellen ganz am Anfang der Schnecke plaziert sind.
- Je höher die Frequenz eines Tones ist, desto direkter wird der Schalldruck durch die Gehörknöchelchen auf das Innenohr übertragen. Anhaltende tiefere Töne werden gegebenenfalls durch nachlassende Spannung des Trommelfelles und bei der Übertragung über die Gehörknöchelchen gedämpft. Hochfrequenten Schalldruck kann das Mittelohr nicht selbst dämpfen, er kommt direkt in das Innenohr.
- Auch die menschliche Ohrmuschel ist so gestaltet, daß hochfrequenter Lärm optimal (wie bei den Fledermäusen) von vorne aufgenommen und weitergeleitet wird. Hochfrequente Töne haben nämlich eine gute Richtwirkung. Sie breiten sich weitgehend geradlinig aus im Gegensatz zu der mehr flächenförmigen Ausbreitung der tiefen Töne.

- Hohe Tonfrequenzen sind besonders wichtig zum Sprachverständnis, d.h. zum klaren Erkennen und Differenzieren verschiedener Konsonanten. Bei selektivem Verlust des Hörvermögens in diesen Bereichen wird es schwer, einen Gesprächspartner in einem allgemeinen Stimmgewirr zu verstehen.
- Hohe Töne sprechen unser Nervensystem besonders an. Sie durchdringen auch lauterer Lärm tiefer Töne, lassen sich auf Grund der Richtwirkung gut lokalisieren und erwecken unsere Aufmerksamkeit. Erinnert sei an das Pfeifen des Schiedsrichters im tobenenden Fußballstadion oder an schrille Kinderrufe am Badese. Hohe Töne versetzen unsere Psyche in einen Bereitschaftszustand, der sich in eine Streßsituation wandeln kann – und das kennen wir aus der Praxis.

Wie bei vielen chronischen Schäden wird die Entwicklung des Gehörschadens kaum registriert und läßt sich schlecht nachweisen. Das führt nicht prophylaktisch zur Konsultation des Ohrenarztes. Umfangreiche Untersuchungen zeigen zwar einen Hörverlust in diesen Bereichen, manches spricht für berufliche Disposition, aber es kann (natürlich) auch andere Ursachen haben.

Familiäre Uneinigkeit über die Einstellung der Stereoanlage ließen mich dann doch die zufällige Gelegenheit nutzen, ein Audiogramm anfertigen zu lassen. Das an und für sich gute Ergebnis zeigte doch einen deutlichen Knick (Abb. 1): Bei für mein Alter erstaunlich gutem Hörvermögen im normalen Ton- und Sprachbereich geht es bei den hohen Frequenzen steil bergab.

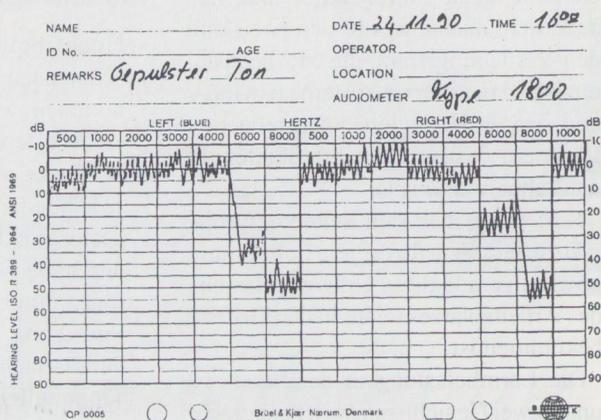


Abb. 1

Eine andere Beobachtung, keine wissenschaftliche Beweisführung, spricht für die nervliche Belastung, den Streßfaktor der hohen Frequenzen in unserem Arbeitsbereich. Gerade für den hohen Tonbereich wird uns von der Dentalindustrie ein selektiver Hörschutz (audiocare, Abb. 2) angeboten, der bei Unterdrückung der hohen Töne die normalen Sprachfrequenzen nicht behindert. Neugierig geworden habe ich 2 audiocare bestellt und wir haben sie benutzt. Erst kamen wir uns wie die „Micky-

Mäuse“ vor, nach Handschuh, Mundschutz und Schutzbrille nun auch noch dies – aber nach 10 Tagen habe ich auf gemeinsamen Wunsch aller Beteiligten jedes Sprechzimmer damit ausgerüstet.



Abb. 2

Es ist einfach angenehmer, wenn sich die Turbine nur noch wie ein laufender Wasserhahn anhört oder die Absaugung wie der Abfluß. Nur das Ultraschall-Gerät dringt gelegentlich schrill durch, wenn man es falsch eingestellt oder angesetzt hat. Die Patienten hätten auch gerne einen Gehörschutz – aber ihnen nützt es nicht. Die direkte Knochenleitung der hohen Frequenzen kann ein außen anliegender Schallschutz nicht dämpfen.

Meine Empfehlung: Junge Kollegen sollten von sich und ihren Mitarbeiterinnen ein Audiogramm anfertigen und in mehrjährigem Abstand wiederholen lassen, um eventuell entstehende Schä-

den dokumentieren zu können. Und jeder, der den Kauf des Hörschutzes primär scheut, sollte ihn sich mal vom Kollegen oder Depot für zwei Wochen ausleihen und sich die Sache dann noch einmal überlegen.

Noch ein Tip zur Pflege: Zur optimalen Wirkung sollen alle drei Monate die Schaumgummi-Polster des Hörschutzes ausgewechselt werden. Ich habe den Hersteller nach dem Grund gefragt: Die Poren können sich durch Puder oder andere Verschmutzungen verschließen und dadurch die Wirkung behindern. Gelegentliches Waschen, handwarm mit mildem Waschmittel, habe die gleiche Wirkung wie die Erneuerung.

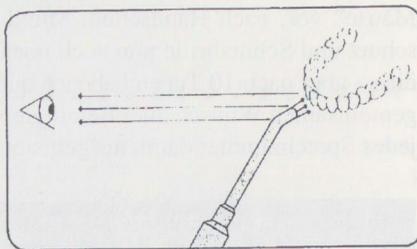
Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß die Licht-Polymerisierungsgeräte Augenschäden verursachen können, die sich über die Jahre summieren.

Das sichtbare Licht umfaßt die elektromagnetischen Wellen von 380 bis 780 nm Wellenlänge. Im kürzeren Bereich befinden sich die ultraviolette (UV-)Strahlung, im längeren Wellenbereich folgt das Infrarot-Licht. Besonders die kurzwelligen Strahlen können durch wiederholte Einwirkung zu sich summierenden bleibenden Schäden der Retina führen. Für den Betroffenen ist dieser chronisch wachsende Schaden schwer zu erkennen, da er sich allmählich einstellt. Auch ist die Schädigung schwer nachweisbar, da sie anderen, z.B. altersbedingten Sehschwächen ähnlich ist.

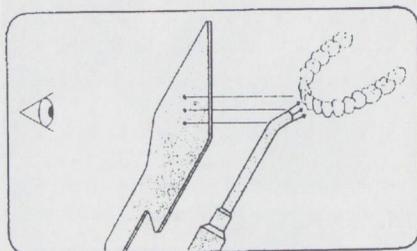
Zum Polymerisieren unserer modernen Füllungskunststoffe benötigen wir sehr helle Lichtquellen. In der Regel werden starke Halogen-Birnen eingesetzt, die eine mehr oder weniger gleichmäßige Abstrahlung von c. 350 bis 800 nm haben. Der Katalysator der Lichtpolymerisate reagiert auf die Strahlung von c. 430-450 nm. Der übrige Strahlenbereich ist für unseren Arbeitsbereich überflüssig und daher unnötig schädlich. Deshalb sind unsere Polymerisierungsgeräte in der Regel auch mit einem entsprechenden Strahlenschutzfilter ausgerüstet.

Eigene Überprüfungen haben gezeigt, daß die Ausfilterung der unnötigen Strahlenanteile mehr oder weniger korrekt oder sogar ganz unterblieben ist.

- Prüfen Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit die Lichtqualität Ihres Gerätes mit einem Strahlenschutzfilter: Vor das Lichtaustrittsfenster gehalten darf das Licht nur noch stark gedämpft sichtbar sein, es darf keinesfalls noch blenden. Wird das Licht auf eine weiße Fläche gelenkt und der Strahlenkegel durch den Filter betrachtet, so darf er nur gerade sichtbar sein.
- Schützen Sie Ihre Augen bei der Arbeit entsprechend dieser Versuchsanordnung (Abbildung 3): Schutzschild zwischen Mundhöhle und Augen! Licht anschalten und wegschauen ist nicht korrekt. Zur optimalen Polymerisation der Füllungskunststoffe mit geringer, gesteuerter Kontraktur muß



Photopolymerisation
ohne Strahlenschutz



Photopolymerisation
mit Cure-shield

Abb. 3

das Strahlenbündel gezielt eingesetzt werden. Auf den Lichtstab aufgesteckte Schilder oder Tüllen reichen nicht aus. Sie halten Reflexionen nicht ausreichend zurück und sind bei der oftmals notwendigen Belichtung von palatinal oder linqual unwirksam. Eine orangengefärbte Brille behindert – durch sie wird wie beim ungeschützten Auge das Farbempfinden gestört.

- Machen Sie in Ihrer Praxis diese einfachen Versuche zum Arbeitsschutz. Schon nach kurzer Zeit wird der

Schutzfilter ohne spürbaren Mehraufwand in den Arbeitsablauf zu integrieren sein.

Bei dem vorgestellten Strahlenschutzfilter handelt es sich um das Cure-Shield und ist im Dentalhandel bei entsprechendem Preis erhältlich (Vertrieb: Hawe-Neos). Gegen Übersendung einer Spendenquittung/Einzahlungsbeleg über DM 10.- an Greenpeace (Postgiro-Hamburg, BLZ 20010020, Konto 2061-206) kann ich auch eine fast entsprechende, postkartengroße Platte übersenden.

Literatur:

Sten J.L. Wolf: selektiver Gehörschutz für Zahnärzte, und weitere Daten aus: Michael Heners/Peter Engelhardt: Das Arbeitsumfeld des Zahnarztes und seine Bedeutung für Behandler und

Patient; Jahresbericht 1983 der Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ der DGZMK, Berlin 1983

D.H. Sliney, Standarts for Use of Visible and Non-Visible Radiation to the Eye, U.S.Army Environmental Hygiene Agency, 1983

W.T. Ham, Ph.D.,
Ocular Hazard of Light,
J. of Occupational Medicine,
Vol. 25,2,1983

Council on Dental Materials, Instruments and Equipment
JADA Vol. 104, 4, 1982

S. Lerman, M.D.
Annals of Ophthalmology, 5, 1982

*Dr. Ulrich Happ
Spadenteich 1
2000 Hamburg 1*

Berufskrankheiten Zahnärzte

Lehto, T.U., Laurikainen, E.T.A., Aitalo, K.J. Pietilä, T.J., Helenius, H.Y.M., Johansson, R.: Hearing of dentists in the long run: a 15-year follow-up study. Community Dent Oral Epidemiol 17, 207 (1989)

Im Jahre 1973 wurden von 68 Zahnärzten, die mindestens 10 Jahre berufstätig gewesen waren, Reinton-Audiogramme aufgenommen. 15 Jahre später wurde die Untersuchung wiederholt, um festzustellen, ob der zahnärztliche Beruf ein erhöhtes Risiko für Hörschäden bedingt.

Bei den Frequenzen im Sprechbereich unterschieden sich die Zahnärzte nicht von den Referenzpatienten. Bei höheren Frequenzen von 4, 6 und 8 kHz hatten die Zahnärzte höhere Hörschwellenwerte als erwartet. Besonders bei 6 kHz wiesen sowohl die männlichen als auch die weiblichen Zahnärzte signifikant höhere Schwellenwerte auf. Allerdings verschlechterte sich die Hörsituation im Zeitraum nach der Erstuntersuchung nicht, wodurch angezeigt wird, daß der Lärm des Bohrers keinen kontinuierlichen Hörverlust hervorruft.

*K. Pieper, Göttingen
Dtsch Zahnärztl Z 46 . 1991 . Heft 1*

Jugendarbeitsschutz und Berufsschule

H. Diewald

Eine jugendliche Auszubildende darf am gleichen Tag nicht mehr beschäftigt werden, wenn sie einen Berufsschultag mit mehr als 5 Unterrichtsstunden von mind. je 45 Min. Dauer absolviert hat. Dies gilt für einen Tag in der Woche.

Wie verhält es sich aber jetzt, da unsere neuen Auszubildenden im 1. Lehrjahr mit Beginn dieses Schuljahres wöchentlich 2mal in die Berufsschule zu gehen haben?

Zunächst gilt für einen der beiden Berufsschultage (in der Regel für den längeren), daß er als Arbeitstag mit 8 Stunden auf die wöchentliche Arbeitszeit anzurechnen ist. An diesem Schultag darf die Auszubildende nicht mehr in der Praxis beschäftigt werden. Bei dem 2. Schultag pro Woche ist die tatsächliche Schulzeit ausschlaggebend. Nehmen wir an, die Auszubildende hätte an ihrem 2. Schultag 7 Stunden à 45 Minuten Unterricht. Dies entspricht dann 5 1/4 Stunden regulärer Arbeitszeit.

Das Berufsbildungsgesetz begrenzt die Arbeitszeit für Jugendliche auf 40 Stunden wöchentlich. Ausbildungsverträge bzw. Tarif- und Vergütungstarifverträge sind ebenso z.Zt. noch auf eine 40-Stunden-Woche hin ausgerichtet.

Wenn die Auszubildende also am 1. Schultag 8 Stunden, am 2. Schultag 5 1/4 Stunden arbeitet, so verbleiben für die betriebliche Arbeits- bzw. Ausbildungs-

zeit 26 3/4 Stunden pro Woche. Obwohl das Arbeitsschutzgesetz eine max. Arbeitszeit von 8 Stunden pro Tag für Jugendliche vorschreibt, kann unter der Bedingung, daß an einem Tag eine Verkürzung der Arbeitszeit vorliegt, um dem Beschäftigten eine längere Freizeit zu gewähren (kurzer Berufsschultag), die tägliche Arbeitszeit auf bis zu 8 1/2 Stunden erweitert werden.

Im oben angeführten Beispiel ist es also möglich, die auszubildende Jugendliche z.B. 3 mal 8 1/2 Stunden in der Praxis arbeiten zu lassen. Es ist auch denkbar, daß die Auszubildende nach Schulschluß an ihrem kurzen Berufsschultag noch zum Arbeiten in die Praxis kommen muß. Dann allerdings kann sie an diesem Tag nur noch soweit beschäftigt werden, bis die schulische und die betriebliche Ausbildungszeit zusammen 8 Stunden ergeben. Auch an den übrigen Arbeitstagen kann dann keine Verlängerung der Arbeitszeit über 8 Stunden hinaus erfolgen.

Bei all diesen Überlegungen und Berechnungen ist aber zu berücksichtigen, daß viele unserer Auszubildenden zum Schulbesuch sehr viel zusätzliche Zeit aufwenden müssen. Ungünstige Bahn- und Busverbindungen sind in einem Flächenstaat wie z.B. Bayern eher die Regel als die Ausnahme. Selbst im Bereich von Städten sind Anfahrtswege

zur Schule von 1 Stunde und mehr keine Seltenheit! Wir sollten unseren Auszubildenden den Schulbesuch nicht dadurch zusätzlich vergällen, indem wir sie krämerhaft jede fehlende 1/4 Stunde

auf die 40-Stunden-Woche nacharbeiten lassen!

*Dr. H. Diewald
Donaustaufer Str. 25
8400 Regensburg*

Röntgenleistungen unterbewertet

1987 hat die Deutsche Röntgengesellschaft eine Zeitberechnung für die röntgendiagnostische Untersuchung zur Personalbedarfplanung von Ärzten und Radiologieassistenten herausgegeben.

Die veröffentlichten Zeitwerte beziehen sich auf Radiologen und medizinisch-technische Radiologieassistenten, d.h. auf Personen, die hauptberuflich ausschließlich nur mit Radiologie beschäftigt sind und somit die anfallenden Aufgaben mit größerer Routine erledigen können als dies ein Zahnarzt bzw. eine zahnärztliche Helferin mit Kenntnissnachweis können. Die für den Krankenhausbereich geltenden Zeiten besagen, daß für eine Panoramaaufnahme vom Arzt 8 Minuten und vom medizinisch-technischen Radiologieassistenten 30 Minuten aufgewendet werden müssen. Die relativ lange Zeit für das Assistenzpersonal ergibt sich u.a. auch durch die Einbeziehung von Arbeiten wie Qualitätssicherung, Konstanzprüfung, Gerätepflege, Abrechnungsarbeiten, Materialwirtschaft u.a.

Wenn man davon ausgeht, daß ein Zahnarzt in einer modernen wirtschaftlich effektiven Praxis heute rund DM

400.— umsetzen muß pro Stunde, so sind 8 Minuten schon mehr als DM 53.— teuer. DM 50.— Stundenpreis für eine entsprechend ausgebildete Zahnarthelferin sind sicher nicht zu hoch angesetzt, das wären dann DM 25.— für eine halbe Stunde. Dazu kommen die Kosten für den Film mit rund DM 2.—, Kosten für Entwicklerchemikalien, eine Filmtasche, anteilige Kosten an verschiedenem Verbrauchsmaterial, Reparaturen, Sachverständigenüberprüfungen, Abnahmeprüfung und ähnlichem. Und schließlich noch die Abschreibung für das rund DM 50 000.— teure Panoramagerät.

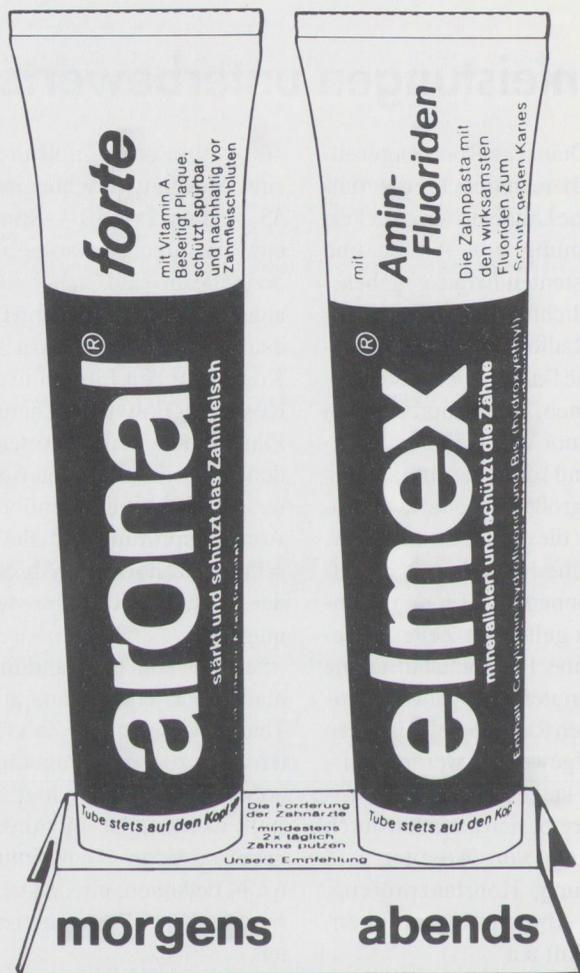
Selbst wenn man annimmt, daß ein niedergelassener Zahnarzt mit seinem Team etwas weniger Zeit für die Arbeiten, die zu einer Panoramaaufnahme notwendig sind, benötigt, muß festgestellt werden, daß 48 Punkte, die beim gegenwärtigen VdaK-Punktwert DM 67,84 bedeuten, eine zu geringe Honorierung dieser Röntgenleistung darstellen.

*Dr. Helmut Diewald
Donaustaufer Str. 25
8400 Regensburg*

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Kann der Zahnarzt Methoden, Arbeitsmittel und Werkstoffe von sich aus bewerten?

K. Kimmel

Ungefähr vor Jahresfrist wurde in der Fachpresse eine Meldung verbreitet, daß das Gewerbeaufsichtsamt Stuttgart das American Dental Laser-Gerät zugelassen habe. Eine Rückfrage des Autors bei dieser Behörde ergab, daß es sich nur um die technische Bauartzulassung gehandelt habe, der Zahnarzt selbst aber die medizinische Tauglichkeit und Gefährlosigkeit beurteilen müsse. In der derzeitigen Diskussion über die Möglichkeiten und Grenzen der Lasertechnik im zahnmedizinischen Bereich (z.B. DENTAL SPIEGEL 1/91) spielt auch die Problematik eine Rolle, ob und wie ein Lasergerät für Präparationsaufgaben geeignet und damit patienten- und praxisgerecht sein kann. Welcher der angeblich 76 Benutzer war in der Lage, die Vor- und Nachteile von sich aus zu bewerten? Wer mußte da – einschließlich der erwartungsfrohen Patienten – nicht ein erhebliches Lehrgeld bezahlen?

In der Ausgabe 9/90 des Journal of Dental Education (S. 564–566) stellt Prof. Enid A. Neidle, assistant executive director, scientific affairs, American Dental Association, Chicago, die Frage, ob die zahnärztliche Ausbildung auf die Zukunft vorbereitet sei („On the Brink –

Will Dental Education Be Ready For the Future?“). Er fragt weiter, wieviele zahnärztliche Schulen Unterrichtsveranstaltungen anbieten, in denen die Studierenden die elementaren Grundlagen für das Auswerten wissenschaftlicher Aussagen über Arbeitsmethoden, Arbeitsmittel und Werkstoffe erlernen könnten. Wieviele zahnärztliche Schulen bereiten die angehenden Zahnärzte darauf vor, sich auf Grund eigener Kompetenz für diese oder jene Arbeitstechnik mit den dazugehörigen Hilfsmitteln und Materialien entscheiden zu können? E. N. Neidle hält es nicht für verwunderlich, daß Zahnärzte mit großer Mehrheit auf den Rat von Kollegen, der Industrie und des Handels angewiesen sind, weil ihr eigenes Wissen nicht ausreicht, die Situation einigermaßen zu übersehen.

Der nächste Abschnitt bleibt bei diesem Thema und enthält die auch auf unsere Verhältnisse übertragbare Aussage, daß es auch kein Wunder ist, daß die Information einfach nicht erhältlich ist, wie lange und warum eine Füllung halten kann, wie wirksam eine einfache und komplexe Methode tatsächlich ist, und wie es um die Haltbarkeit eines Materials über einem anderen bestellt ist, weil es nicht zum Studienprogramm

gehörte, solche für die Praxisarbeit so wichtigen Dinge mitzuteilen.

In der Legierungsfrage unsicher

Obwohl es eine größere Zahl von wissenschaftlichen Untersuchungsergebnissen und sonstigen Beiträgen über die gute Qualität von NEM-Legierungen auf CoCrMo-Basis für die Herstellung von Kronen und Brücken gibt, wird immer wieder der Versuch unternommen, vor allem mit dem Hinweis auf mangelnde Bio-Verträglichkeit von NEM-Werkstoffen, die uneingeschränkte Überlegenheit von Au-Legierungen zu betonen. Im Vorjahr hat der Freie Verband Deutscher Zahnärzte eine FEM-Broschüre (Fachverband Edelmetall) mit dem Titel „Schöne Zähne sind Gold wert“ verteilt, in dem den Leserinnen und Lesern suggeriert wird, daß sie „die Wahl zwischen den bewährten, d.h. medizinisch abgesicherten Legierungen und Legierungen, die überwiegend Nicht-Edelmetalle enthalten, haben“. Mit der Frage „ob das wirkliche Alternativen sind“, wird auf die Häufigkeit von Allergien im Zusammenhang mit „bestimmten Nichtedelmetallen“ hingewiesen, ohne diese auch nur mit einer Silbe zu definieren.

Es ist unbestritten, daß hochwertige Au-Legierungen zu den optimalen prothetischen Werkstoffen für zahlreiche Zwecke gehören, aber es ist ebenso nicht bestreitbar, daß sich hochwertige CoCrMo-Werkstoffe nicht nur bei der Versorgung mit Modellgußprothesen – und

hier millionenfach – bewährt haben. Wäre es nicht so, hätten namhafte Legierungsanbieter keine CoCrMo-Legierungen im Programm.

Vor einigen Monaten rühmten sich drei nicht ganz unbekannte Dentallabor-Besitzer, daß keiner ihrer Kunden in der Kronen- und Brückentechnik vom „Hochgold“ abgegangen sei, da sie immer wieder für die entsprechende „Aufklärung“ gesorgt hätten. Hier offenbart sich ein weiteres Manko der fehlenden Werkstoffkompetenz, die nicht allein der Zahntechniker, sondern vielmehr der verordnende und dabei verantwortliche Zahnarzt aufweisen sollte. Aber die angewandte Werkstoffkunde ist immer noch ein Stiefkind in zahlreichen zahnärztlichen Schulen, was auch die Klage des renommierten ADA-Wissenschaftlers in seinem JDE-Beitrag beweist.

Problemkomplex Desinfektionsmittel

Im DENTAL SPIEGEL 4/90 (S. 10) hat der Autor erneut ein Problem ins Blickfeld gerückt, das endlich einer grundlegenden Klärung bedarf. Mit dem Titel „Von Gutachten, die ihr Papier nicht wert sind – Widersinniges über die tatsächliche und scheinbare Viruzidie von Desinfektionsmitteln....“ wurde auf die unhaltbare Situation hingewiesen, daß die auch in der UVV VBG 103 § 9 Hygieneplan erwähnte DGHM-Liste „geeigneter“ Desinfektionsmittel doch nur solche Präparate enthält, deren viruzide Wirksamkeit nicht Gegenstand der

Richtlinien und Prüfung sei, also hier zusätzliche Begutachtungen notwendig sind.

Der Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Prof. Dr. Großklaus, schrieb auf das Monitum des Autors, daß doch Zahnarzt und auch Zahnarthelferin durchaus in der Lage seien, auf Grund ihrer Sachkenntnis die richtige Auswahl zu treffen. Die Frage nach der DGHM-Akzeptanz, die durch die UVV VBG 103 fälschlicherweise suggeriert wird, reicht aber nicht aus. Und was die viruzide Effektivität betrifft, gibt es leider Gutachten, die für den Experten völlig unverständlich, weil in keiner Weise plausibel sind. In einem Fall wurde ein Präparat vom Prof. A. auf Viruzidie und vom Dr. B. auf Bakterizidie getestet, wobei B eine Einwirkzeit von 30 min angibt, A aber schon mit einer Einwirkzeit von 5 min zufrieden ist. Was macht der Anbieter? Er lobt das Desinfektionstuch mit dem Hinweis auf die rasche viruzide Wirkung als Arbeitsmittel für die Schnelldesinfektion von Flächen aus, ohne auf die 30 min für die bakterizide Wirkung aufmerksam zu machen. Nach einer Aussage des vom Verfasser angesprochenen Präsidenten der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten, Prof. Dr. Maass (Münster), ist die Begutachtung von A als überaus umstritten anzusehen.

Wie soll aber der Zahnarzt diesen „Dschungel“ überschauen, der vor allem durch den mangelnden Konsens zwischen den Bakteriologen (DGHM)

und den Virologen (DVV) im Laufe vieler Jahre entstehen konnte? Und der BGA-Präsident meint da einfach, daß unsere Sachkompetenz ausreiche, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

UV-Box als „Schnellsterilisator“

Vor einigen Jahren erschien in mehreren Fachzeitschriften eine Anzeige, mit der für den Kauf einer UV-Box geworben wurde, die zum Beispiel Wurzelkanal-Instrumente in 15 Minuten sterilisieren könne. Anzeigenleitungen wurden vom Autor auf die Unmöglichkeit einer solchen Wirkung hingewiesen, ohne daß in einzelnen Fällen die Werbung aus dem Anzeigenteil eliminiert worden ist. In einem späteren Prozeß hat das Landgericht Düsseldorf zwar festgestellt, daß die UV-Box kein Sterilisator im angekündigten Sinne sei, aber gleichzeitig im Schriftsatz vermerkt, daß ein Zahnarzt dies wissen müsse. Auch hier die gleiche Situation, wo Sachkompetenz vorausgesetzt wird, die nur in Ausnahmefällen tatsächlich vorhanden ist. Selbst in Lehrbüchern für die Zahnarthelferin und anderswo wurden jahrelang UV-Boxen als „Sterilisatoren“ angegeben, weil man den Aussagen eines einzelnen Anbieters aufgesessen war, ohne die physikalischen Eigenschaften der UV-Strahlen zu kennen.

5000 im Angebot – 30 wirklich erforderlich

Auch jüngste Untersuchungen des Internationalen Instituts für Zahnärztli-

che Praxisführung (seit 1.1.1991 Internationales Institut für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie) haben ergeben, daß die Auswahl und Anwendung der rotierenden Präparationsinstrumente immer noch mit einem hohen Maß an unverständlichem Dilettantismus erfolgen.

Trotz der zahlreichen Publikationen und anderen Informationen (z.B. im BDZ/KZBV-Leitfaden „Das Dental Vademekum 1990/91“) hält die Mehrheit der Zahnärzte noch an unzähligen kantigen Instrumentenformen fest, obwohl auf Grund gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse weltweit abgerundete Präparationsformen empfohlen werden. Ursache für diese Situation ist in der Hauptsache die Unvollkommenheit der Lehre in puncto Präparationstechnik. Dies wurde auch bei einer Analyse von 26 in- und ausländischen Lehrbüchern bestätigt, wo nur fünf der themenbezogenen Beiträge optimale Angaben über die notwendigen Instrumente, die technischen Voraussetzungen und sonstige Arbeitsbedingungen enthielten. In den meisten Fällen sind Texte und Illustrationen widersprüchlich, ungenau und/oder lückenhaft. Daß zu einer guten Präparationstechnik auch eine optimale Absaug- und Beleuchtungstechnik sowie günstige arbeitsphysiologische Bedingungen nach den Regeln für Fein- und Feinstarbeit zu zählen sind, ist für Lehrbücher aus dem Universitätsbereich mit „winzigen“ Ausnahmen kein Thema.

Konsequenzen

Es wird allerhand über Qualitätssicherung geredet, geschrieben und gestritten, ohne daß die in diesem Beitrag ins Blickfeld gerückten Probleme in der Regel erkannt und in die Überlegungen einbezogen werden.

Es wäre doch so einfach, im Rahmen einer fachspezifischen Qualitätslehre für eine Abhilfe zu sorgen. Ob in den USA oder bei uns, überall ist die zahnärztliche Ausbildung ohne den notwendigen Bezug zur Arbeitspraxis, wenn das erforderliche Basiswissen nicht gelehrt wird und so nicht erlernt werden kann.

Es wird immer wieder behauptet, daß Qualitätssicherung zum gegenwärtigen Zeitpunkt im geforderten Umfang allein aus Kostengründen nicht realisierbar sei.

Es entstehen aber keine Kosten, sondern es wird durch das Vermeiden von Fehlern eher Geld gespart, wenn der Zahnarzt besser lernen würde, seine Methoden, seine Arbeitsmittel und seine Werkstoffe auf Grund eigenen Wissens bewerten und unter Umständen entscheidend optimieren zu können.

Aus unserer derzeitigen Gesamtsituation in Lehre, Forschung, Arbeitspraxis und Politik sind Konsequenzen zu ziehen, ohne die unser Weg in die Zukunft einen schlimmen Verlauf nehmen kann. Der „einfache“ Zahnarzt wird in einem Maße im Stich gelassen, das jeder Vernunft und jedem Fortschrittsdenken widerspricht. Es ist wenig tröstlich, daß dies keine spezifisch deutsche Misere ist. Warum können aber gerade wir nicht,

wie schon in den Bereichen Ergonomie und Arbeitssicherheit, die Vorreiter für unseren Berufsstand als Ganzes sein? Trotz aller Probleme sind unsere Ressourcen und unsere Potentiale optimal.

Was fast überall fehlt, ist das eigene Problem- und Verantwortungsbewußtsein. Auch unserer „Elite“ fehlt allzu oft die Kraft des positiven Denkens.

Dr. K. Kimmel
Löhrstraße 139
5400 Koblenz

Milupa verliert Kindertee-Prozeß

Nach einer Meldung der Deutschen Presseagentur hat das Oberlandesgericht Frankfurt/M. zwei Klägern im Rechtsstreit um Zahnschäden Anspruch auf ein „angemessenes Schmerzensgeld“ zugestanden. Streit-Thema war ein Kindertee der Marke Milupa. Die Richter gaben den Behauptungen der Kläger recht, der Genuß des stark gezuckerten Kindertees habe bei den Kleinen erhebliche Zahnschäden verursacht. Dabei sei man der Empfehlung des Herstellers gefolgt, den Kindern den Tee in Schoppenflaschen zu geben, um sie zu beruhigen.

Zur Festsetzung der Höhe des Schmerzensgeldes verwies das Gericht gestern die Klagen an die jeweils zuständigen Zivilkammern des Landgerichts zurück (AZ: 11 U 10/90 und 11 U 44/90).

eh/dpa

ZM 1/91

Bonusheft: Sekretär der Krankenkassen?

Patienten, die ab 1992 den 10prozentigen Zuschuß zum Zahnersatz für Vorsorge haben möchten – sonst fällt er von derzeit 60 auf 50 Prozent zurück –, müssen ab sofort den Vorsorgebesuch beim Zahnarzt in einem „Bonusheft“ von diesem bestätigen lassen. Dieses Bonusheft muß nun über die Zahnärzte an die Patienten weitergegeben und vor allem muß Sinn und Zweck wie Inhalt erklärt werden. Diese Leistung ist allenfalls mit einer Ä 1 (sechs BEMA-Punkte) als „alleinige Leistung“ abrechenbar. Weiterer Aufwand entsteht sicher in der Nachfrage beim Patienten, ob er das Bonusheft mitbringt, wie auch beim jeweiligen Ausfüllen. Hier wird von einzelnen KZVen wie FV-Landesverbänden nun den Zahnärzten empfohlen, nach GOÄ (GOZ) die Ä 16 „Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis“ privat zu berechnen.

In Bayern hat sich eine Initiative gebildet, eine „Solidarische Erklärung“ gegenüber der KZV zu unterschreiben, die Leistung der Ausgabe und Erklärung des Bonusheftes in der Praxis zu verweigern und diese auf die Krankenkassen zurück zu verlagern. In Niedersachsen wurden die Bonushefte für die Zahnarztpraxis sogar von der ausliefernden Druckerei auf Kassenanweisung mit einer Rechnung von 38.000 DM zu Lasten der KZV versehen.

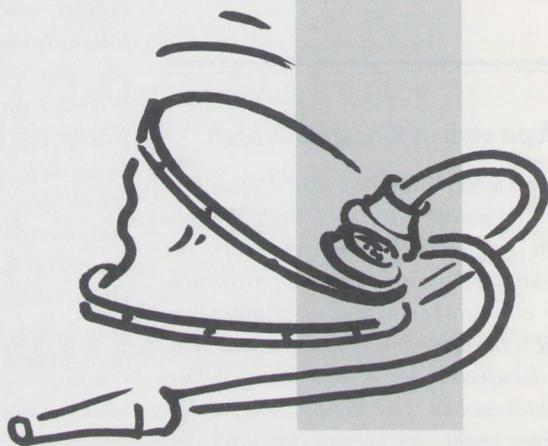
DZW 3/91

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 0611-7110 67
Fax 0611-7110 09

a^{dec}

Brauchen wir eine neue ‚Philosophie‘ der Qualitätssicherung?

Chr. Nielsen

Der auf Seite 49 folgende Beitrag „Qualität statt Kontrolle“ bedarf einer kurzen Einführung, da er neue Aspekte in die ziemlich festgefahrene QS-Diskussion bringt. Sie unterscheiden sich zum Teil auch von DAZ-Positionen, die sich weitgehend an der in der Medizin etablierten Methodik orientieren und die Teilnahme aller Zahnärzte vorsehen. Diese im wissenschaftlichen und epidemiologischen Rahmen nach wie vor gültigen Evaluationsprogramme haben jedoch den Nachteil, daß sie speziell in ambulanten Versorgungsstrukturen auf Widerstand stoßen. Sie kollidieren mit der ‚Psychologie des Freiberuflers‘.

Diese Akzeptanzkrise ist in der Zahnärzteschaft bis heute nicht überwunden. Im Klartext: Auch die ausgefeiltesten QS-Programme bleiben wirkungslos, wenn niedergelassene Praktiker keine unmittelbaren Vorteile für sich darin erkennen können. Das mag ein Armutszeugnis für einen ‚akademischen Heilberuf‘ (Pillwein) sein, es ist aber so. Warum sollten, so meinen viele Praktiker, sie sich auf etwas einlassen, was sich bei Körperschaften und Wissenschaft, sprich: DGZMK, in mehr oder weniger tiefsinnigen Lippenbekenntnissen erschöpft. Das gelegentliche wohlwollende Theoretisieren über Qualitäts-

sicherung in Vorstandsetagen und Elfenbeintürmen konnte nicht darüber hinwegtäuschen, daß die etablierte Standesführung eine konzertierte QS-Verzögerung betreibt. Diese Tatsache bestimmt den derzeitigen Diskussionsstand.

Dem DAZ liegt daran, diese Stagnation zu überwinden und die standesinterne QS-Debatte durch neue Argumente zu beleben. Dies muß gelingen, bevor die Instrumente des Medizinischen Dienstes und anderer Fremdorgane greifen. Im Rahmen des Versorgungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit weitgehender Sachleistung, geregelter Kostenerstattung und noch bestehender Einzelleistungsvergütung, aber auch im Hinblick auf eine sensibilisierte Private Krankenversicherung (PKV) erscheint es uns unverzichtbar, dem wichtigen Prinzip der Qualitätssicherung treu zu bleiben, daß sie generell wirksam sein muß. Der – an sich gute – Grundsatz der Freiwilligkeit könnte dazu führen, daß sich die Schere zwischen gesicherter Qualität und qualitativer Beliebigkeit weiter öffnet. Es kann also nicht (nur) unser Interesse sein, daß die ‚guten Praxen noch besser‘ werden und andere ihre eigenen Standards für ‚ausreichend und zweckmä-

Big' halten. Wie gelingt es, alle am Versorgungssystem Beteiligten zu motivieren, die ‚Regeln der Kunst‘ einzuhalten? Man muß ja nicht alles können. Nur, wenn man es macht, sollte es bestimmten Kriterien entsprechen. Das ist Qualitätssicherung.

Die Kollegen Paschen und Krause vom Hamburger ‚Institut für Qualität-Systeme in Medizin und Wissenschaft e.V.‘ stellen im folgenden Beitrag eine Strategie vor, die sich prononciert auf industrielle QS-Systeme und -Erfahrungen stützt und sie auf den medizinischen Alltag transponiert. Bei der – wohl noch zu leistenden – konkreten Umsetzung dieser Philosophie in ein Qualitäts-Management könnten sich Zahnarztpra-

xen als außerordentlich konstruktive und wegweisende ‚Pilotprojekte‘ für eine neue Form der Qualitätssicherung in der Medizin erweisen und hätten gleichzeitig den Vorteil einer spürbaren Effizienzsteigerung.

Wir hoffen, mit diesem Beitrag manchen QS-willigen aber frustrierten Kollegen anregen zu können, die Diskussion wiederaufzunehmen und dazu beizutragen, daß Qualitätssicherung wirklich ‚die ureigenste Aufgabe des Berufsstandes‘ bleibt. Das ist leider noch nicht sicher.

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

Zahnersatzpaß gefordert

Die Einführung eines „Zahnersatzpasses“ haben das Deutsche Grüne Kreuz und das „Kuratorium perfekter Zahnersatz“ gefordert. Darin sollte aufgeführt werden, aus welchen Materialien die Zahnfüllungen und der Zahnersatz sind, erklärte Prof. Klaus Lehmann, wissenschaftlicher Leiter des Kuratoriums. So könne vermieden werden, daß man ein Sammelsurium unterschiedlicher Metalle im Mund habe. Zur Begründung verwies Lehmann darauf, daß es bei Berührung verschiedener Materialien Probleme geben könne, wie etwa die erhöhte Freisetzung von Metallionen. Da dem Zahnersatz aber seine chemische Zusammensetzung oft nicht von außen anzusehen ist, würde ein Paß, in dem

der Zahntechniker alle verwendeten Materialien detailliert aufführt, bei der Anfertigung weiterer Prothesen sowie bei Reparaturen, aber auch bei Allergien die Werkstoffwahl erheblich erleichtern.

Neben keramischen Werkstoffen und Kunststoff, speziell Plexiglas, werden zahlreiche Metalle verwendet. Es gibt Edelmetall-Legierungen mit unterschiedlichen Anteilen an Gold, Palladium und Platin sowie Nichtedelmetall-Legierungen, die insbesondere Kobalt, Chrom und Nickel enthalten. Unter den Metallen gilt eine Goldlegierung immer noch als verträglichstes und dauerhaftestes Material. Nickel- und Chromlegierungen können für Allergiker ungeeignet sein.

Zahnärztliche Praxis 1/1991

Qualität statt Kontrolle

Die Strategie der fortwährenden Verbesserung für die Zahnarztpraxis

U. Paschen und S. Krause

Die Qualitätssicherung in einer Zahnarztpraxis kann man einer übergeordneten Abteilung für Qualitätskontrolle bei der KZV oder der Zahnärztekammer übertragen, die allen Mitgliedern auf die Finger schaut. Die Kontrolleure sind für die Qualität verantwortlich und werden alle die, die man für unfähig und unwillig hält, erwischen und sie durch Sanktionen zur Besserung zwingen.

Andererseits kann man Qualität zur Aufgabe aller Zahnärzte und ihrer Mitarbeiter machen, indem man ihnen prinzipiell guten Willen und beste Absichten unterstellt. Dem Ansporn, ihr Bestes zu tun, kann man Unterstützung und Vertrauen hinzufügen. Fehler sind möglich, sie geben aber nicht Anlaß zur Ausgrenzung, sondern zum Lernen.

Wie wird Qualität auf Dauer erreicht? Wie wird bessere Arbeit geleistet? Wie würden wir selbst am liebsten arbeiten?

In unserem Gesundheitswesen gibt es beide Methoden der Qualitätssicherung. Sie stehen für Qualitätstheorien, die das Klima der augenblicklichen Diskussion bestimmen. Die eine Methode wird Erfolg haben, die andere nicht.

Qualitätskontrolle

Die jetzige Qualitätskontrolle beruht auf der Vorstellung, daß es darum ginge, den Zahnarzt bei unwirtschaftlichem Verhalten zu ertappen. Das statistische Mittelmaß großer Datenerhebungen wird unbesehen für Qualität gehalten. Im Denken dieser Aktivisten hängt alles an der Kontrolle, Überwachung und Abschreckung. Es werden Maßstäbe festgelegt, an denen die Arbeit gemessen wird. Wer das Ziel nicht erreicht, wird als „schlecht“ verworfen.

Die Theorie der „Qualität des Mittelmaßes“ braucht Kontrollmethoden, die ausgezeichnete Messeigenschaften haben müssen. Sie müssen zugleich sensitiv und spezifisch sein, damit die Übeltäter nicht entwischen und die Unschuldigen nicht Opfer werden. Die statistischen Abweichungen vom Mittel müssen groß genug sein, um für Ausreden keine Chance zu lassen. Komplikationsdichte, Unterschreitung der Haltbarkeitsdauer prothetischer Arbeiten, Überabrechnung sonst seltener Leistungen: gesucht wird nach Fehlern und Täuschungen. Der Erfolg einer solchen

Qualitätskontrolle wird gemessen daran, wie oft man fündig wird.

Qualitätskontrolle fordert von den Kontrollierten den Beweis, daß sie nicht so schlecht sind wie die anderen. Das setzt ein wenig lustiges Spiel in Gang. Die Kontrollierten werden ängstlich, ärgerlich und bockig, aber sie spielen mit. Sie bauen eine Verteidigungslinie auf mit drei Taktiken:

1. Nimm dich vor dem Kontrolleur in acht, traue ihm nicht über den Weg.
2. Nimm Einfluß auf die Datenerhebung und verhindere, daß etwas für dich Schädliches herauskommt.
3. Wenn nichts mehr hilft, mach' jemanden anders verantwortlich. Lenke die Aufmerksamkeit des Kontrolleurs auf ihn.

Jeder Kontrolleur weiß, wie gut das funktioniert. Kein Kontrollsystem ist so gut erdacht, daß sich pfiffige Menschen ihm nicht entziehen könnten. Wenn mit der Aufdeckung von Mängeln gedroht wird, reagieren die meisten mit Abtauchen, selten mit Offenheit.

Wenn erst die Computer gefüllt sind mit den großen Datenmengen, glaubt man entscheiden zu können, wer das Klassenziel erreicht hat und wer darunter geblieben ist. Aber damit wird das Spiel erst angestoßen. Die Deklassierten werden sich wehren, auf die Sozial- und Altersstruktur ihrer Patienten verweisen, auf die ungenügende Mundhygiene oder individuelle Schwierigkeiten. Anschuldigungen und Verteidigun-

gen werden Bände von Stellungnahmen, Rechtfertigungen und Erklärungsversuchen füllen.

Nur ändern wird sich nichts. Denn jedes Eingeständnis eines Fehlers gibt der Auffassung der Kontrolleure recht, Unzulänglichkeiten seien durch mangelnde Leistungsbereitschaft oder gar Unfähigkeit des Behandlers entstanden. Die Ursache der Fehler sei der Mensch, weil er inkompetent, gleichgültig und geldgierig sei. In dieser Lage bedürfe es nur der Kontrolle, um durch Abschreckung und Bestrafung die Menschen an ihre Pflicht zu gemahnen, um die Qualität zu verbessern. Wenn die Theorie sagt, Menschen müßten gezwungen werden, ihr Bestes zu tun, dann werden die Menschen in der Praxis beweisen wollen, daß es nicht besser ging.

Immer mehr nachdenkliche Zahnärzte lehnen ein solches System ab. Sie sehen ein, daß das gewünschte Ergebnis so nicht erzielt wird.

Qualitätsmanagement

So würde nämlich jede Steigerung der Qualität auf der Strecke bleiben. Die Entwicklung der Qualitätstheorien in anderen Bereichen, insbesondere der Industrie, werden überhaupt nicht berücksichtigt. Die Qualitätstheoretiker der Industrie haben nämlich längst gelernt, daß jeder Versuch, die Qualitätskontrolle über statistische Datensammlungen zu intensivieren und zu verschärfen, kostentreibend und wirkungslos ist. Es

gibt längst bessere Wege, auf denen insbesondere die Japaner weltweit auf dem Vormarsch sind.

Wie haben es die Japaner geschafft, mit Produkten wie Fotoapparaten, Videorecordern, Computern und Autos den Weltmarkt zu erobern, die sie gar nicht erfunden haben, die sie aber inzwischen besser herstellen als ihre Erfinder? Die Japaner haben eine neue Sichtweise entdeckt, einen wirksamen Weg, Qualität zu schaffen. Es ist die Theorie des Qualitätsmanagements. Es sind einfache Regeln, aber sie werfen ein ganz anderes Licht auf die komplizierten kooperativen Arbeitsabläufe, die in Industrie, Handel und auch im Bereich der Krankenversorgung bestimmend sind.

Der japanische Weg des Kaizen

Die Japaner haben zuerst entdeckt, daß Qualitätsmängel selten auf einen Mangel guten Willens, Geschicklichkeit oder guter Absichten zurückgehen, sondern daß sie eingebaut sind in die komplexen Produktionsabläufe. Selbst bei schlechten Ergebnissen braucht es nicht an Motivation zu fehlen, es besser zu machen: oft sind die Anleitung mangelhaft, die Arbeitsbedingungen schlecht und die Aufgabenstellung unklar.

Qualität kann viel eher verbessert werden, wenn man voraussetzt, daß jeder sein Bestes gibt. Furcht, hervorgerufen durch Disziplinarmaßnahmen, ist Gift für den Prozeß der Qualitätsverbesserung. Furcht führt zu Mißstimmung,

Unterdrückung von Information und mangelnder Lernfähigkeit. In einer Atmosphäre der Angst konnte ein Auto wie der „Trabant“ in 30 Jahren in keinem Punkt mehr verbessert werden. Die Japaner entwickeln inzwischen jährlich ein neues Modell.

Das Kernstück der japanischen Revolution ist, das Wachstum der Erfahrung in den Alltag der industriellen Produktion eingeführt zu haben. Spitzenleistung in der Produktion kann man nicht dem Glücksfall überlassen. Der moderne Qualitäts-Manager kümmert sich weit mehr um den Lernprozeß und die Zusammenarbeit mit dem typischen Mitarbeiter als um die Bestrafung des Versagers.

Qualitätsverbesserung funktioniert durch die Verschiebung der gesamten Kurve der Produktion nach oben, wenn auch nur langsam, statt ständig auf dem Schwanz der Mängel herumzuschlagen. Die Japaner nennen das Kaizen – die fortwährende Suche nach Gelegenheiten, den Prozeß zu verbessern. Ein Sprichwort drückt das am besten aus: „Jeder Fehler ist ein Schatz“. In der Entdeckung des Unvollkommenen liegt die Chance zur Verbesserung.

Fortwährende Verbesserung der Qualität hängt, so die Theorie, immer davon ab, ob es gelingt, den Produktionsablauf besser zu verstehen und ihn anzupassen aufgrund der Eigenart des Prozesses selbst. Bei jeder Arbeit entstehen Kenntnisse darüber, wie man es besser ma-

chen kann. Wir nennen das Erfahrung. Das Problem besteht darin, wie kann Erfahrung in jeden Arbeitsprozeß einfließen, um erkannte Fehler, Verschwendungen und Wiederholungen zu vermeiden?

Wenn der Lernprozeß durch korrekte Information über die gewünschten Ergebnisse, klare Regeln für die Arbeit und gewissenhafte Selbstüberwachung der Produktion vorangetrieben wird und die Bereitschaft zur Suche nach besseren Lösungen vorhanden ist, dann ist das Potential für eine Qualitätsverbesserung grenzenlos.

Wie weit entfernt ist unsere Zahnarztpraxis von „Kaizen“? Nicht daß die Idee der kontinuierlichen Verbesserung der Medizin fremd wäre. Selbstvervollkommnung, fortwährendes Lernen, die Jagd nach Perfektion sind vertraute Themen im medizinischen Unterricht und der Geschichte unseres Faches.

Aber wir finden uns weit ab von solchem Denken, wenn wir über Qualität im Alltag sprechen. Die Kontrolleure suchen nach Fehlern, die Standesorganisationen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen versuchen, sich als „vorzüglich“ zu rechtfertigen. Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen sind selten Partner in der fortwährenden Verbesserung, meistens spielen sie jeder ein anderes Spiel.

Es soll hier nicht der völligen Preisgabe von Überwachung und Disziplin das

Wort geredet werden. Auch in Japan gibt es eine Polizei. Politisch gesehen ist es absolut notwendig, Regeln aufzustellen, um die ewig sich selbst Überschätzenden und die gefährlich Inkompetenten zu überführen. Aber wie geht es mit dem Rest von uns? Wir alle sind eingebunden in Abhängigkeiten. Die Behandlung eines Patienten ist auch in der zahnärztlichen Praxis weitaus kooperativer orientiert, als wir uns bewußt machen: Es ist eine Zusammenarbeit mit der Zahnarzhelferin, dem Zahn-techniker, den Material- und Geräteherstellern und selbstverständlich dürfen die Kostenträger und die Erwartungen und die Möglichkeiten der Patienten nicht ausgeblendet werden: Wie frei sind wir in unseren Entscheidungen? Wie oft sind wir doch zu Kompromissen gezwungen, für die wir dann am Ende allein einstehen müssen! Wie können wir die Gewißheit gewinnen, daß alles so gut geht, daß wir die Verantwortung übernehmen mögen?

Sicherheit durch Qualität

Zuerst müssen wir Zahnärzte selbst als die Verantwortlichen die Führung übernehmen im Qualitätsmanagement unserer eigenen Praxen. Wir brauchen eine Vision vom Zahnarzt, der sich der Aufgabe einer fortwährenden Qualitätsverbesserung stellt. Das gefährliche sich gegenseitige Belauern der Leistungserbringer und der Kostenträger muß ersetzt werden durch die Definition der gemeinsamen Ziele. Es muß Schluß sein mit der Unterstellung, der eine wolle das

Geld nur verschwenden, das ihm der andere nicht gönnt.

Zweitens, Investitionen in die Qualitätsverbesserung müssen grundlegend und substantiell sein. In der Industrie hat die Qualitätsverbesserung zu hohen Gewinnen aus der Kostenreduzierung geführt. Das könnte man in der Zahnmedizin genauso erreichen. Damit würden endlich Mittel frei, um qualitätsverbesserte Arbeit adäquat zu vergüten. Qualität muß sich auszahlen für den Zahnarzt und für den Patienten. Wirtschaftlichkeit läßt sich durch bloße Kostendämpfung nicht erreichen – die Arbeitsprozesse und Behandlungsbedingungen müssen so eingerichtet werden, daß der Zahnarzt mit geringerem finanziellen und personellen Aufwand qualitativ bessere Ergebnisse erzielt.

Drittens muß der Patient als Leistungsempfänger, d.i.: als Kunde entdeckt werden. Jede paternalistische Bevormundung des Patienten hat zu unterbleiben. Seine Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis ist genauso einer selbstkritischen Beurteilung zu unterwerfen, wie seine Unzufriedenheit. Beides ist keineswegs immer ein Qualitätsmaßstab für Erfolg und Mißerfolg.

Viertens müssen wir den Patienten und seinen Kostenträger ernst nehmen in ihrem Anspruch auf eine verlässliche Qualität. Wir müssen ihnen den Anspruch zugestehen, daß wir als Zahnärzte den Nachweis für die erwartete Qualität zu erbringen haben. Wir Zahnärzte

müssen uns selbst zum Prinzip der Qualitätsnachweisführung bekennen. Wir dürfen die Qualitätssicherung nicht an übergeordnete Qualitätskontrollinstanzen abgeben – nicht einmal an solche der Standesorganisationen.

Fünftens müssen moderne technisch und theoretisch ausgearbeitete Konzepte zur Verbesserung der Behandlungsmethoden in den Zahnarztpraxen ihren Platz finden. Qualitätsverbesserung muß als eigene umschriebene Aufgabe anerkannt werden. Die Pioniere der Qualitätsverbesserung haben ein reiches Erbe hinterlassen, mit dem sich Arbeitsprozesse analysieren und verbessern lassen. Bisher haben sie in unserem Arbeitsbereich keine Beachtung gefunden.

In jeder Praxis gibt es Prozesse, die verbesserungsfähig sind: mit welchen Hilfsmitteln werden Indikationen gestellt? Wie werden Materialien beurteilt? Wie werden Befunde dokumentiert? Wie werden Zahnarztpraxen instrumentell und apparativ ausgerüstet und betrieben, so daß Zweifel an der Qualität ausgeschlossen sind?

Sechstens müssen die Praxisinhaber selber ihre eigene Qualitätsnachweisführung organisieren. Dabei sollten sie sich der Beratung und der Mitarbeit professioneller Qualitätsingenieure bedienen. In Finanz- und Steuerangelegenheiten ist es für viele Zahnärzte längst zur Selbstverständlichkeit geworden, sich von Fachleuten beraten zu lassen.

Die Qualitätsingenieure können der internen Qualitätssicherung und -nach-

weissführung der Zahnärzte durch regelmäßige Überprüfung bei Patienten und Kostenträgern Glaubwürdigkeit verleihen.

Der Beitrag der Kostenträger

Ohne Zweifel: Kostenträger, die von den modernen Prinzipien der Qualitätsverbesserung lernen, können als Partner eine hilfreiche Rolle spielen. Sie können mit ordentlichen Meßinstrumenten Meßdaten hervorbringen, die zuerst den Patienten und ihren Zahnärzten selbst dienen. Dabei ist der zentrale Vergleich der Daten wichtiger als die zentrale Datensammlung. Das Voneinanderlernen wichtiger als der Leistungsvergleich.

Nichts gegen Leistungserfassung und ihre differenzierte Anwendung – ohne sie weiß der Praktiker nicht, was er, quantitativ gesehen, eigentlich tut. Der Irrtum liegt in dem naiven und untheoretischen Glauben, eingebettet in einen Friedhof von Meßdaten, daß die Erfassung und Veröffentlichung von Leistungsdaten den sonst hartgesottenen Leistungserbringer dazu zwingen können, das Niveau seiner Versorgung und seine Effektivität zu verbessern. Die Kostenträger sollten sich bei der Industrie sensibilisieren lassen für die Kosten und die mangelnde Effektivität von Kontrollmaßnahmen. Ihr Geld ist besser angelegt, wenn sie für den Willen zur Änderung eingefahrener Strukturen technische und finanzielle Hilfe leisten durch die Erarbeitung von exemplari-

schen Modellen der Qualitätsmethodik und ihrer wissenschaftlichen Grundlagen.

Kostenträger und Leistungserbringer sollten sich auch davor hüten, Minimalstandards für alle aufstellen zu wollen. Als sei schon „Qualität“, was nicht schlechter ist als das Mittelmaß! Qualitätsingenieure wissen, wie schnell sich solche Mindestanforderungen ändern.

Jeder Leistungserbringer, der sich der Qualitätssicherung verschreibt, muß spezifische Feststellungen für seine Aufgaben entwickeln. Er selbst stellt die Algorithmen für seine Behandlungsstrategien auf. Zum Beispiel wird er Regeln aufstellen für grundlegende Handlungen („welche räumlichen und apparativen Möglichkeiten bietet meine Praxis? welche Materialien verwende ich? wie validiere ich die von mir verwendeten Verfahren? wie definiere ich Sinn, Zweck und Ziel meiner Behandlung? wie beurteile ich Erfolg und Mißerfolg? wie lerne ich daraus?). Idealerweise sind solche Beschreibungen an die örtlichen Bedingungen angepaßt und werden einer fortgesetzten Erfassung und Überprüfung unterzogen.

Der Beitrag des Arztes

Computer sind moderne Arbeitsmittel, die die Bearbeitung dieser Aufgaben erst ermöglichen. Aber es sind nur Hilfsmittel – die Qualität unserer Arbeit sichern sie nicht, das werden wir Zahnärzte selbst tun müssen. Dazu müssen wir

die Schwierigkeiten in unserem Selbstverständnis überwinden: wir sind nicht nur die einsamen Agenten von Erfolg und Mißerfolg, sondern müssen uns durch gewissenhafte Qualitätsnachweisführung selbst dazu bringen, besser zu arbeiten als vorher. Wenn wir diesen Weg beschreiten und in einem auf unsere Praxis abgestimmten Qualitätshandbuch alle unsere Behandlungsabläufe offenlegen, werden Maßnahmen überflüssig werden, die uns von außen durch wie auch immer ersonnene „Standards“ „auf den rechten Weg“ bringen wollen.

Auch der Zahnarzt ist in seiner medizinischen Tätigkeit eingebettet in ein Netz von Abhängigkeiten. Qualität bleibt ihm versagt, wenn von den vielen Faktoren, die den Erfolg bestimmen, nur einer vernachlässigt wurde. Auch er wird von Fehlern eingeholt, die er gar nicht verursacht hat. Und doch wird man ihn dafür verantwortlich machen. Der Arzt, der jeden Prozeß in höchster Qualität leisten kann, ist ein Mythos. Er muß immer einen schmerzlichen Kompromiß eingehen zwischen seinen therapeutischen Möglichkeiten und den Beschränkungen der Therapierbarkeit bestimmter Patienten.

Praxisinhaber, die die Prinzipien der fortwährenden Verbesserung anwenden, werden sehen, daß größere Effizienz, niedrigere Kosten und mehr Zeit den Dank zufriedener Patienten schaffen. Sie werden sich in die Lage versetzt sehen, Entscheidungen im Vertrauen auf ihre Richtigkeit treffen zu können; Proble-

me zu lösen, statt sie zu unterdrücken; Patienten und Kostenträger für sich zu gewinnen, statt mit ihnen über Kosten und Qualität in Streit zu geraten.

Verschwenden wir unsere Zeit nicht mit der Theorie der Qualitätskontrolle – die Erfahrung der Industrie hat sie widerlegt. Sie ist ersetzt durch das Qualitäts-Management der fortwährenden Verbesserung – mit großem Erfolg, nicht nur in Japan und nicht nur in der Industrie. In den USA haben diese Prinzipien inzwischen auch unter Zahnärzten Anerkennung gefunden. Machen auch wir uns an den Aufbau entsprechender Qualität-Systeme!

*Dr. med. Ulrich Paschen
Dr. med. dent. Stephan Krause
Osterstr. 116
2000 Hamburg 20*



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

15.04.1991

Zum Ausgang der Wahl zur Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin

P. Scharf

Die Fraktion Gesundheit in der Zahnärztekammer Berlin, die strikteste Oppositionsgruppe gegen die Politik des FVDZ, freut sich darüber, ihre Position gehalten zu haben (nunmehr 8 statt 7 Delegierte).

Das schlechte Abschneiden des FVDZ trotz immensen Einsatzes und des mit ihm liierten UDZ beweist, daß die übergroße Mehrheit der Kolleginnen nicht bereit ist, dem Ausstieg aus der GKV zu folgen.

Das gemeinsame Handeln der gemäßigten Berufspolitiker, die den GKV-Ausstieg ablehnen, kann auch in den anderen Ländern dem Wohl der Bevölkerung und dem Ansehen der Zahnärzte nutzen.

Die Fraktion Gesundheit fordert alle Kolleginnen, die in Zukunft ihren sozialen Auftrag im Rahmen der GKV erfüllen wollen, sich stärker an der berufspolitischen Auseinandersetzung zu beteiligen:

- Verlassen Sie den Freien Verband deutscher Zahnärzte
- Werden Sie aktiv.

Nach Ansicht der Fraktion Gesundheit darf die Forderung nach Trennung der zahnärztlichen Behandlung in eine Basis- und private Zusatzversorgung allenfalls unter drei Prämissen im Rahmen der kommenden Krankenkassenreform diskutiert werden:

1. Alle Bürger müssen den gleichen prozentualen Anteil ihres Einkommens an die GKV als Beitrag abführen.
2. Die Basisversorgung beinhaltet eine zahnärztliche Versorgung „nach den Regeln der (zahn-)ärztlichen Kunst unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik“ (BSG 1974).
3. Das Schwergewicht der zahnärztlichen Versorgung muß stärker, auch durch Vergütungsumstrukturierung, auf die Prophylaxe und Frühbehandlung verschoben werden.

Peter Scharf
Großbeerenstr. 82A
1000 Berlin 61

Externa: Erfreuliches Ergebnis für eine Splittergruppe!

Unter der Rubrik ‚Interna‘ berichtet ‚Der Freie Zahnarzt‘ 1/91 über ein ‚erfreuliches Ergebnis für den Freien Verband‘. Unter dem Listenführer Prof. Dr. Raimund Harndt habe der Landesverband Berlin, 16% aller Stimmen erzielt: Ein beachtliches Ergebnis!‘, so der Vorsitzende Bieg.

Diese frohe Botschaft des FVDZ veranlaßt uns, an eigene Wahlerfahrungen zu erinnern: In München erreichte der DAZ bei der KZVB-Wahl 1988 24% aller abgegebenen Stimmen, bekam wegen der restriktiven Wahlordnung selbstverständlich kein Mandat und wurde vom bayerischen Freien Verband als ‚unbedeutende Splittergruppe‘ abqualifiziert, die aus diesem Ergebnis ableiten möge, daß ihre berufspolitische Mitverantwortung nicht gefragt sei. –

Gilt das analog in Berlin?

Wir hoffen nicht. Mit zum Beispiel 16% der Stimmen sollte der Freie Verband in Berlin den angemessenen Einfluß haben. Nicht mehr, nicht weniger. Schon aus Gründen einer demokratischen Kultur in unserem Berufsstand.

Urteil zu Inlayprovisorien

Seit Einführung der neuen GOZ gab es Probleme mit der Berechnung von provisorischen Inlays. In Ermangelung einer zutreffenden Gebührennummer hat die BLZK empfohlen, hilfsweise die Gebühren-Nr. 227 anzuwenden, weil die provisorische Einlagefüllung mit dem dort beschriebenen Leistungsinhalt der provisorischen Krone aus fachlicher Sicht weitgehend identisch ist. Einige Amtsgerichte sind dieser Auffassung bisher nicht gefolgt. Sie haben entweder die Aussage des Bundesarbeitsministeriums übernommen, daß die Anfertigung von

provisorischen Einlagefüllungen Bestandteil der Gebühren-Nrn. 215–217 sei oder darauf hingewiesen, daß eine entsprechende Leistungsbeschreibung vergessen worden sei und daher bis zu einer Novellierung der GOZ die Provisorien auch nicht berechnet werden könnten.

Nun hat das Landgericht München I als bisher einziges höherrangiges Gericht die Berechnung der Inlayprovisorien analog der Gebühren-Nr. 227 für rechtens erklärt (Az 310 11 363/90 vom 5.12.90). Zur Begründung führt das Gericht an, daß eine Regelungslücke besteht, weil die temporäre Versorgung bei einer Inlayversorgung von keiner Gebührennummer erfaßt ist. Das Gericht hält die Aussage (des Arbeitsministeriums) für falsch, daß durch die gegenüber der alten GOZ höhere Gebühr für Inlays das Provisorium mit abgegolten sei. Auch aus der Systematik der GOZ heraus muß genauso wie bei Kronen auch ein Inlayprovisorium gesondert berechnungsfähig sein.

Wir gehen davon aus, daß nunmehr die Querelen mit einigen Versicherungen und den Beihilfestellen zu diesem Thema beendet sind. Wir empfehlen Ihnen, bei Schwierigkeiten auf dieses Urteil hinzuweisen.

*Dr. Wolf-Dieter Seeher
Referat Praxis und Wissenschaft/GOZ
der BLZK*

Nr. 2/1991

Münchener Zahnärztlicher Anzeiger

Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

*Ein Münchner
Unternehmen mit
Tradition!*

**Testen Sie unsere
Leistungsfähigkeit...**

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

**... wann immer
Sie können!**

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

Veranstaltungsankündigung:

Die Zahn-, Mund- und Kieferklinik Witten-Herdecke
veranstaltet in Zusammenarbeit mit dem
GMP-Arbeitskreis „Psychologie und Zahnheilkunde“
am 20. April 1991
ein Symposium über das Thema

Ethik und Zahnheilkunde

„Zielprojektionen für die Entwicklung der Zahnheilkunde können nicht formuliert werden, ohne die Tragfähigkeit ethischer Grundlagen zu bedenken. Jede gesellschaftliche Entwicklung, die das Wohl aller betrifft, wurzelt in einer Basis von Normen und Werten, die frei von Einzel- oder Gruppenegoismen von jedem einzelnen als Maßstab für die Bewältigung seiner persönlichen alltäglichen Berufsprobleme benutzt werden können. Ohne konkrete Handlungsgrundsätze bis in den erfahrbaren Alltag hinein ist eine Berufsethik wertlos. ...

„Ärztliches, also auch zahnärztliches Handeln macht vor diesem Hintergrund nur Sinn, wenn die Tätigkeit ausgerichtet ist auf die Mehrung der Gesundheit der Bevölkerung“.

Auszug aus den „Grundsätzen und Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde“ (DAZ; 1990)

Der „mündige Patient“ mit *Eigenverantwortung* für seine Gesundheit: Störfaktor, Chance oder nützliches Argument zur Flucht aus der *ärztlichen Verantwortung*?

Inwieweit ist *Gesundheitsfürsorge* Pflicht des Zahnarztes?

Inwieweit hat der Patient ein *Anrecht auf Kranksein*? >„Fürsorgeauftrag“ versus „Autonomie des Patienten“ <

Der *Entscheidungsprozeß* in der Zahnheilkunde: wer entscheidet nach welchen Kriterien?

Übertherapie: wird zuviel und am falschen Ende therapiert?

Ist moderne Zahnheilkunde *Luxus*?

Was kann bzw. muß die Solidargemeinschaft bezahlen?

Anmeldung von Referaten (bis 31. Jan. 1991) und Anfragen an:

„Ethik-Tagung“ Universität Witten-Herdecke Fakultät ZMK-Heilkunde
Pf 4045, 5810 Witten 4
Tel.: 02302-398-33

Live aus dem Schlachthof

Chr. Nielsen

Er selbst bezeichnet sich gern als ‚Fundamentalist‘. Eine species, die sich durch Kompromißlosigkeit und Sendungsbewußtsein auszeichnet. Seine Auftritte haben die Aura des Fanatismus, wie Zeugen seiner Auftritte immer wieder erschrocken feststellen. Seine Anhänger fühlen sich stark, wenn er den ‚bayerischen Dolch blitzen läßt‘, um Widersachern der Freiheit das Fürchten zu lehren. Dritte wiederum halten Dr. Ralph Gutmann (58) für einen schädlichen Radikalen, dem es gelingt, verunsicherte Kollegen um sich zu scharen. Mit demagogischem Geschick werden ‚Verelendungsängste‘ geschürt und Feindbilder projiziert, die die Zahnärzteschaft um Freiheit und Brot brächten: Krankenkassen, Politiker, begehrliche Patienten, nicht zuletzt Weichlinge aus den eigenen Reihen. Da gelten ‚konsequente Konfliktstrategien‘ und ein schlichtes Opportunitätsprinzip.

Bei der Hauptversammlung des FVDZ im Oktober 1990 blitzte der Dolch wieder einmal, Gutmann setzte an, diesmal ‚eine heilige Kuh zu schlachten‘: die ‚Sozialverpflichtung des Zahnarztes‘. Dieser hätte ‚gar keine, sondern lediglich eine hippokratisch-ethische dem Patienten gegenüber, der vor ihm sitzt‘. Beifall auf allen Rängen. Gutmann wurde im Bundesvorstand seines Verbandes bestätigt.

Uns irritiert vor allem, daß solche Sprüche kritiklos von einer Delegiertenversammlung akzeptiert werden. Niemand erwartet einen Aufschrei des Entsetzens, aber eine betroffene Diskussion um zahnärztliches Selbstverständnis und Berufsethos hätte Vieles relativieren können. Ist das Desinteresse daran bereits das Symptom einer tiefen Ethik-Krise?

In unserem freiheitlichen System ist es erlaubt, allen möglichen Unsinn zu verbreiten, den Maulhelden und Fundamentalisten herauszukehren. Grenzen setzen hierzulande – wenn schon nicht ein ‚Gewissen‘ – Gesetze, Ordnungen, demokratische und soziale Prinzipien. Für uns Zahnärzte gelten Berufsordnungen der Kammern, die Rechte und Pflichten festlegen. Zu den ‚besonderen Pflichten‘ gehört bereits in § 1 der ‚Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit‘.

Da schützt Herrn Gutmann auch nicht sein gestelzter Hinweis auf ‚hippokratisch-ethische Verpflichtungen‘ gegenüber ausgesuchten Personen, die bereit sind, sich seinen Honorarvorstellungen zu unterwerfen. Würde Gutmann den Hippokratischen Eid kennen, wäre ihm aufgefallen, daß dieser sich für seine Absichten denkbar schlecht eignet. Hippokrates zum Kronzeugen für den freien Wettbewerb im Gesundheitswe-

gen machen zu wollen, dürfte deshalb nur ignorant oder zynisch sein.

Da es sich bei der erwähnten Hauptversammlung wohl um ein öffentliches Forum und nicht um einen standespolitischen Stammtisch gehandelt hat, erwarten wir eine Stellungnahme derjenigen, die in körperschaftlicher Verantwortung für die Wahrung der Berufsordnung Sorge zu tragen haben. Kann es sich unser Berufsstand (noch) leisten, den ohnehin ramponierten Ruf durch hochrangigste Schwadronneure und verbale Messerstecher à la Gutmann restlos versauen zu lassen? Die willfähigen Claqueure sind dabei das noch größere Übel.

Was taugt die vielbeschworene Selbstverwaltung, wenn sie nicht in der Lage

ist, stante pede solche Verbalradikalismen zurückzuweisen? Viele Kolleginnen und Kollegen, vermutlich auch die interessierte Öffentlichkeit erwarten hier unmißverständliche Klarstellungen. –

Auf eine Anfrage vom 17.10.1990 an die zuständigen Instanzen Bayerische Landes Zahnärztekammer und zahnärztlicher Bezirksverband München – Körperschaften des öffentlichen Rechts –, ob Gutmanns Äußerungen mit der Berufsordnung in Einklang zu bringen sind, wurde uns am 30.1.1991 mitgeteilt, daß hier keine Kollision mit der Berufsordnung zu erkennen sei.

*Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitzstr. 44
8000 München 70*

Hippokrates' Eid: syn. Asklepiadenschwur: Ich schwöre bei Apollon, dem Arzt, u. bei Asklepios, bei Hygieia u. Panakeia u. bei allen Göttern u. Göttinnen, die ich zu Zeugen anrufe, daß ich nach bestem Vermögen u. Urteil diesen Eid u. diese Verpflichtung erfüllen werde: „Ich werde den, der mich diese Kunst lehrt, meinen Eltern gleichachten, mit ihm d. Lebensunterhalt teilen u. ihn, wenn er Not leidet, mit versorgen, seine Nachkommen meinen eigenen Brüdern gleichstellen u. sie die Heilkunst lehren, wie sie diese erlernen wollen, ohne Entgelt u. ohne Vertrag. Rat-schlag u. Vorlesung u. alle übrige Belehrung will ich an meine eigenen Söhne u. an die meines Lehrers wei-

tergeben, sonst aber nur an solche Schüler, die nach ärztl. Brauch durch d. Vertrag gebunden u. durch d. Eid verpflichtet sind. Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz u. Frommen der Kranken nach bestem Vermögen u. Urteil u. von ihnen Schädigg. u. Unrecht fernhalten. Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödl. Gift verabreichen od. auch nur e. solchen Rat erteilen. Auch werde ich nie e. Frau ein Mittel zur Vernichtung keimenden Lebens geben. Was ich bei d. Behandlung od. auch außerhalb d. Behandlung im Leben der Menschen sehe od. höre, werde ich verschweigen u. solches als Geheimnis betrachten.“

Quelle: Pschyrembel

Kritisches über den Freien Verband

Es ist nicht das erste Mal, daß sich Mitglieder des Freien Verbands kritisch zu Wort melden, weil sie vor allem mit der Art der Auseinandersetzung nach innen und außen nicht einverstanden sind.

Im folgenden geben wir einen Briefwechsel zwischen dem Herausgeber des renommierten Philipp-Journals, Dr. Schmidseher, und dem Landesvorstand des Freien Verbands in Bayern wieder sowie eine weitere Stellungnahme zu den Kammerwahlen in Bayern.

Sehr geehrter Herr Dr. Schmidseher,

im September 1990 fanden in Bayern die Kammerwahlen statt. Bei dieser Gelegenheit haben Sie als Mitglied des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte gegen den Freien Verband auf einer Gegenliste kandidiert.

Es ist noch festzuhalten, daß diese Gegenliste mit einem politischen Programm angetreten ist, welches sich gegen die Ziele des Freien Verbandes richtet.

Damit haben Sie gegen die Satzung und die Grundsätze unseres Verbandes verstoßen. Ihre Mitgliedschaft bei uns ist deshalb weder erwünscht noch zumutbar.

Im Namen des Landesvorstandes, welcher darüber in seiner Sitzung am 22. September beraten hat, ersuchen wir Sie, unseren Verband zu verlassen und uns Ihre Austrittserklärung umgehend zukommen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Landesvorstand:

Dr. Ralph Gutmann, Landesvorsitzender

Dr. Ralf Cahn, Bezirksgruppenvorsitzender

Sehr geehrter Herr Kollege,

Ihr Schreiben vom 25. September d.J. habe ich zur Kenntnis genommen.

Mehrfach habe ich die Sprache und den Ton, in dem Sie Standespolitik betreiben, kritisiert. Ich bin der Meinung, daß dies uns Zahnärzten sehr geschadet hat und auch weiterhin schaden wird. Deshalb unterstütze ich die unabhängige Wählergemeinschaft. Dies ist eine Gruppe engagierter Zahnärzte, die mit den Ergebnissen der Standespolitik nicht zufrieden ist: Zahnärzte, die nicht nur kritisieren, sondern selbst aktiv mitgestalten, d.h. handeln wollen und z.B. in Form der Wählergemeinschaft gehandelt haben.

Bitte teilen Sie mir mit, welche Programmpunkte der unabhängigen Wählergemeinschaft sich gegen welche Ziele des Freien Verbandes richten.

Sehr geehrter Herr Kollege, es ist möglich, daß Ihre Art & Weise, mit Andersdenkenden umzugehen, in dem Sie sie schlicht „hinausschmeißen“ - eine Absicht, Sie werden sich erinnern, die Sie mir gegenüber schon einmal äußerten - Ausdruck mangelnden Demokratieverständnisses ist. Um mein Urteil zu verifizieren/revidieren, werde ich mir erlauben, Zahnärzte aus dem hiesigen Raum von Ihrem Schreiben in Kenntnis zu setzen, verbunden mit der Frage, ob Zahnärzte mit Ihrer Einstellung unsere Interessen vertreten sollten.

Gegen die Ziele des FVDZ ist im Prinzip nichts einzuwenden, gegen den Stil jedoch alles. Also bleibe ich im FVDZ und hoffe, daß in Zukunft noch mehr Kollegen sich per Stimme für einen demokratischen Stil entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Schmidseher

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

im September dieses Jahres wurde ich von bayerischen Zahnärzten als Delegierter für die Wahl zum Münchner Bezirksvorstand (ZBV) und die Vollversammlung der bayerischen Landes-zahnärztekammer (BLZK) gewählt.

Ich schloß mich der unabhängigen Wählergemeinschaft (UWG) an. Hierin sind Zahnärzte, die mit den Ergebnissen unserer Standespolitik unzufrieden sind, mit dem proletarischen Umgangston, den permanenten Kampfparolen des Herrn Gutmann und der Freien Verband (FV)-spitze (siehe auch Anlage Briefwechsel Gutmann/Schmidseder).

Inzwischen fanden die Wahlen statt. Hier einige Anmerkungen:

I. Wahl des Vorstandes des zahnärztlichen Bezirksverbandes (BLZK)-München.

Mit Abstand die meisten Stimmen erhielt Kollege Scheufele. Immerhin wurden 17 Delegierte der UWG und 23 des FV gewählt. Trotzdem kam in den ZBV-Vorstand kein Delegierter der UWG. Nur Delegierte des FV bilden den Vorstand.

II. Wahl der Delegierten zur Vollversammlung der Bayerischen Zahnärztekammer.

Bei der Vollversammlung ging es um 3 entscheidende Themen:

1. Die BLZK tritt aus dem BDZ aus.

2. Gründung einer Arbeitsgemeinschaft der Zahnärztekammern (ADZ), die die Rechte und Pflichten des BDZ übernehmen soll.

3. Wahl des Präsidenten der BLZK. Nach meinem Verständnis sollte ein Delegierter die Interessen seiner Wähler, der Zahnärzte, vertreten.

zu 1. Wenn wir Bayern uns entschließen den BDZ zu verlassen, so darf dies nicht erfolgen, ohne daß wir Zahnärzte über das Für und Wider vorher informiert werden. Auch sollte vorher gefragt werden, ob wir mit solch einem wichtigen Schritt, der unsere Standespolitik entscheidend markiert, einverstanden sind.

Meine Frage an Sie: Wie weit wurden Sie von der BLZK vorher informiert und befragt? (Fragebogen Nr. 3)

zu 2. Sicher wissen Sie nicht viel über die ADZ – ich auch nicht. Mir lag auch kein Programm der ADZ (Ziele, Rechte, Pflichten, Kosten etc.) vor. Nun sollte ich über den Eintritt entscheiden. Mein Antrag lautete: Vertagung der Abstimmung, bis ein Programm vorliegt.

Mit überwältigender Mehrheit der „Freien“ Verbandsdelegierten wurde mein Antrag abgelehnt.

Dem Vorstand der BLZK wurde eine Blancovollmacht erteilt, die ADZ zu gründen und ihr beizutreten.

Meine Frage an Sie: Wurden Sie von der BLZK über die ADZ informiert? (Fragebogen Nr. 4)

zu 3. Der bisherige BLZK-Präsident Dr. König zog seine Kandidatur zurück. Es wurden daraufhin aufgestellt: Dr. Lindhorst und Dr. Kastenbauer – als Vize nur ein Kandidat: Dr. Grummt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben mich zum Delegierten zur Vollversammlung der BLZK gewählt. Doch ich bin kein Stimmvieh des Freien Verbandes.

Wir müssen wieder demokratische Bezüge zu unserer Standesorganisation herstellen.

Auch wir Zahnärzte sollten gefragt werden, wer in unseren Namen verantwortlich handelt. Deshalb bitte ich Sie, den Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Josef Schmidseher

P.S. Die Auswertung dieser Befragung wird im PHILLIP JOURNAL 2'91 publiziert. JOURNAL 6'90 erscheint in wenigen Tagen.

Wie die Redaktion in Erfahrung gebracht hat, haben 500 Kolleginnen und Kollegen den Fragebogen an Dr. Schmidseher zurückgeschickt. Auf die Ergebnisse, veröffentlicht in einem der nächsten Philipp-Journale, darf man gespannt sein.

Jeder schluckt 1 137 Tabletten pro Jahr!

Jeder Bundesbürger konsumiert im Durchschnitt 1 137 Tabletten im Laufe eines Jahres. Die Patienten sollten jedoch daran denken, daß der Griff zu Medikamenten nicht immer notwendig sei, teilte Bayerns Innenstaatssekretär Günter Beckstein in München mit. Er riet eindringlich von einer dauernden Selbstbehandlung mit rezeptfreien Arzneimitteln ab. Leichte Beschwerden würden oft auch ohne Medikamente abklingen. Gegen Kopfweh helfe zum Beispiel oft ein Spaziergang. Er warnte vor der falschen Vorstellung, Arzneien könnten eine ungesunde Lebensweise wettmachen.

dpa/FAI

Hamburg

Nach langjähriger Aus- und Weiterbildung möchte ich (Zahnarzt, 36 Jahre, DAZler) jetzt in die Praxis.

Welche(r) Inhaber(in) einer qualitätsorientierten Praxis ist interessiert an einer Sozietät und / oder (eventuell späteren) Übergabe?

Über Ihren Anruf würde ich mich freuen!

Thomas Murphy

Klinik: 0431 - 597 2802

Wohnung: 040 - 389 83 84

Fortbildungsprotokolle: Prothetik und Endodontie

Wir zitieren aus Kursmitschriften von Dr. Robert Teeuwen, Geilenkirchen

Überlebensrate von Zahnersatz

Vortrag von Prof. Kerschbaum in
Aachen am 3.12.1988

Herausnehmbarer ZE

Modellgußprothese (mit Kl gehalten):

10J. funktionstüchtig, getragen – wird allerdings länger getragen.

Nach 10 Jahren sind 50% 1x oder mehrfach repariert worden bzw. ersetzt worden durch neuen ZE – Ausgenommen von der Betrachtung ist Immediatersatz

Plattenprothese:

3-4 J. funktionstüchtig (in dieser Statistik ist allerdings auch der Interimsersatz enthalten!)

Bis zu diesem Zeitpunkt 50% repariert.

Die Kunststoffplattenprothese hat nur ihre Indikation als Interimsversorgung oder als Aufbauprothese, wenn in kürzerer Zeit eine Totalprothese angesteuert wird.

Auch bei einem Restzahnbestand von z.B. nur den 3ern ist daher eine Modellgußprothese indiziert.

Kombiarbeiten:

Kronenverankerte Modellgußprothesen halten im Durchschnitt nicht länger als klammergehaltene Kombiarbeiten, vermitteln nur einen höheren Kaukomfort und ggf. eine bessere Ästhetik.

Bei Kombiarbeiten sind Teleskopkronen zu bevorzugen, wenn diese auch mit ästhetischen Nachteilen (bes. in der OK-Front) verbunden sind. Extrakoronale Attachments und Stege schneiden schlechter im Ergebnis ab als Teleskopkronen.

Ein herausnehmbarer Ersatz ist erst indiziert, wenn sämtliche Molaren fehlen. Freundprothesen bei vorhandener Front werden meist nicht getragen. Schaltprothesen möglichst vermeiden.

Zwischenlücken lieber durch festen ZE ersetzen. Zum Ersatz von 2 fehlenden Zähnen ist niemals ein herausnehmbarer ZE indiziert – auch nicht bei schlechter Mundhygiene.

Brücke/partielle Prothese (Modellguß)

Zufriedenheit der Patienten:

- Brücke: immer zufrieden
 - PP: 10% unzufrieden
- Klinische Halbwertszeit
- Brücke: 15-25 Jahre
 - PP: 8-10 Jahre

Je älter ein Patient bei Eingliederung einer Brücke ist, desto langlebiger wird die Brücke sein.

Definitive Brücken frühestens ab 20 Lj. Frontzahnluckenschluß in früheren Jahren durch Adhäsivbrücken.

Verlustraten von Klebebrücken: ca. 10%/Jahr.

Die kürzeste Lebenserwartung haben 2-gliedrige Brücken, d.h. Anhängerbrücken mit 1 Pfeilerzahn: nach 8 Jahren 15% Verlust (an 67 Fällen dokumentiert).

Vielgliedrige Brücken (9-gliedrig und mehr) haben ebenfalls eine geringe Lebenserwartung.

Die längste Lebenserwartung haben nach der Statistik 5-gliedrige Brücken.

Pfeilerzahnverlust innerhalb der ersten 5 Jahre nach Eingliederung ist zurückzuführen auf technische Mängel oder Indikationsfehler (Verlust: 5% in den ersten 5 Jahren).

Einzelkrone

Survivalrate von Einzelkronen geringer als von Brücken. Die beste Prognose hat die einfachste Krone – nämlich die metallene Vollkrone (Vollgußkrone oder Bandkrone). Die schlechteste Prognose hat die Porzellan-Jacketkrone. Sie hat deshalb in der Kassenpraxis nichts zu suchen. Die zweitschlechteste Aussicht haben stiftverankerte Einzelkronen: nach dem 6. Jahr bereits 18% Verlust.

Kronen-Verlust nach dem 10. Jahr:

- metallische Vollkrone: 3%
- metallkeramische Krone: 7%

Die Abplatzrate metallkeramischer Kronen liegt bei 3% (Untersuchung an VMK auf Edelmetallgerüstbasis).

In Anbetracht der höheren Kosten der Porzellan-Verblendkronen im Vergleich zu Kunststoff-Verblendkronen sind die beiden Kronenformen in etwa gleich zu bewerten, auch wenn die Kunststoff-Verblendkronen aus kosmetischen Gründen eher erneuert werden müssen.

Die Kunststoffvollfrontzahnkrone, präpariert im Tangentialschliff, hat zwar eine reduzierte Lebenserwartung (in 10 J. 44% Verlust), ist aber erheblich billiger als die Verblendkrone. Ökonomisch gesehen dürfte es bei VMK überhaupt keinen Verlust, d.h. 0%-Verlust, geben, um den finanziellen Verlust bei Eingliederung dieser Kronenform wettzumachen.

Teilkronen sind aufgrund der hohen Sekundärkariesanfälligkeit kritisch zu bewerten. Jedenfalls sind sie schlechter als ihr guter Ruf.

Kunststoffinlays sind der „Wegwerfzahnheilkunde“ zuzuordnen – hohe Bruchgefahr und Kariesanfälligkeit, da mit Composit eingesetzt wird. Da schneidet die Amalgamfüllung besser ab: 50% halten 5-7 Jahre.

**Zur selben Thematik referierte
Prof. Körber, Kiel
am 01.02.1989 in Duisburg
– unter anderem:**

Von einer festen Brücke wird heute erwartet, daß sie mindestens 10 Jahre im Mund verbleibt (Gerichtsurteil!).

Von einer Teleskopkrone sind mindestens 6-8 Jahre in situ zu verlangen.

Will ein Patient trotz schlechter Prognose eine Krone, dann muß er die Kosten voll selbst tragen, da die Überkronung solcher Zähne nicht richtliniengemäß ist (abdingen).

Ein halbes Jahr ist bis zum Kronenabdruck nach folgenden vorbereitenden Maßnahmen zu warten:

- PAR-Behandlung
- CP
- Endo

Nach Ketterl treten bei 50% der CP-Behandlungen Spätfolgen auf – deshalb ist die halbjährige Wartezeit bis zur Krone das Minimum. Schließlich kann ja ein Langzeit-Provisorium eingesetzt werden, welches zweimal abgerechnet werden darf.

Eine chirurgische Totalausräumung möglichst unterlassen!

Manche Patienten hatten danach eine psychogene Prothesenunverträglichkeit. Wenn es irgendwie geht, sollte man sich daher besser therapeutisch „einschleichen“ und noch 2-4 extraktionsreife Zähne stehen lassen, die dem Patienten

den Übergang zur Totalprothese erleichtern. Wenn die letzten Zähne dann tatsächlich innerhalb von 6-12 Monaten fallen, ist das nicht mehr so tragisch.

Lehrmeinung und Richtlinien sind nicht immer in Einklang zu bringen.

Nach neuester Lehrmeinung ist zum Schluß der Lücken 1/1 eine Brücke auf den 2-ern möglich unter folgender Voraussetzung:

- lange Wurzeln der 2er
- PAR-frei
- Eckzahnführung gegeben

Sind zwei medizinische Versorgungsmöglichkeiten gleichwertig, dann ist die kostengünstigere zu wählen. So ist ein Kombi-ZE denkbar mit 4 Kronen und den 2 Möglichkeiten:

I. 4 VMK + 2 Ceka

II. 4 TK's

Die Teleskopkronen-Versorgung ist billiger und auch noch besser (vgl. Kerschbaum).

**Zuletzt einige Aspekte
aus einem Endodontiekurs von
Prof. Tronstad
am 28./29.04.1989 in Karlsruhe**

Bei eröffneter Pulpa ist in 97-98% der Fälle eine Pulpektomie (= VitE) indiziert. In Zukunft wird es vielleicht mal möglich sein, eine entzündete vitale Pulpa vital zu erhalten.

Insofern eine zu kurze WF auch nur ebenso kurz instrumentiert wurde, bleibt

das zurückgebliebene Gewebe vital, da es mit dem periapicalen Gewebe in Verbindung steht und von dort versorgt wird. Wurde tiefer instrumentiert als abgefüllt wurde, so bleibt das Restlumen nicht leer, sondern blutet voll. Das Blutkoagulum wird später im Sinne einer Wundheilung organisiert.

Die Prognose eines wurzelbehandelten Zahnes hängt ab von Methode und Wurzelfüllgrad.

Das Ergebnis ist eindeutig: Beste Prognose bei WF 1-2 mm vor radiologischem Apex. Bei 10/10 WF liegt der Erfolg schon um 20% schlechter. Das Ergebnis einer überstopften WF ist noch schlechter. Deshalb ist eine kürzere WF immer noch besser als eine zu tiefe. Wird bemerkt, daß man überinstrumentiert, dann dem am besten keine Beachtung schenken und dafür Sorge tragen, daß die WF stimmt. Der überinstrumentierte Bereich wird sich mit Blut füllen und sich später organisieren.

Elektronische Längenmessungen sind relativ unzuverlässig. Die Geräte sind nur günstig bei

- Schwangeren zur Vermeidung von Röntgen
- calcifizierten Kanälen
- unsicherer röntgenologischer Darstellung von Wurzelspitzen (obere Molaren)

Die motorische WK ist nur für Grobarbeit geeignet. Am besten sind die Geräte:

- Sonic 3000
- Canalfinder-System

Für das Giromatic System gibt es jetzt die sehr guten RISPI-Feilen.

WK-Richtlinien (nach Tronstad)

Diese sollen nur als grobe Richtschnur dienen, wie stark die einzelnen Zähne aufzubereiten sind. Grundsätzlich sollten alle Zähne viel stärker aufbereitet werden, als es nach den älteren Methoden üblich ist.

Z.B. Zahn 2/2

WK bis Stärke 100-120

bei gerader Wurzel

WK bis Stärke 40-70

bei gebogener Wurzel

Die hohe Mißerfolgsquote bei 2/2 beruht darauf, daß die Wurzel grazil ist bei relativ weitem Kanallumen. Es ist bis zu 120 aufzubereiten.

Gebogene Wurzelkanäle sind normalerweise auch eng. Sie lassen sich nicht stärker aufbereiten als bis zur Stärke 35/40. Ein gekrümmter Kanal kann nur mit einem vorgebogenen WK-Instrument bearbeitet werden. Hierbei wird die Außenkrümmung des Kanals besonders stark bearbeitet. Perforationsgefahr besteht beim mesio-buccalen Kanal von -16 und 26.

Zur WK eines oberen Molaren setzt Tronstad für einen Allgemeinzahnarzt die Zeit von einer Stunde an. Er kennt einen Endodontisten, der es auch in 40 Minuten schafft.

Wurzelfüllmittel: N₂ wird vom Referenten abgelehnt wegen der Zusätze von Paraform-Aldehyd, Blei und Quecksilber.

ber. *Endomethasone* wird abgelehnt wegen des Zusatzes von Cortison. *Dia-ket* wird abgelehnt, da es nicht mehr aus dem Kanal zu entfernen ist. Alle Wurzelfüllmittel auf der Basis von Zinkoxyd-Eugenol werden abgelehnt, da sie sich mit der Zeit auflösen.

Namentlich genannt als gutes Wurzelfüllmittel wurde von Tronstad nur AH 26.

Nur in Ausnahmefällen (Zeitmangel) darf eine temporäre WF gemacht werden – am besten mit einem Calcium-Hydroxyd-Präparat. Aufgrund des hohen pH-Wertes werden Bakterien abgetötet und der Kanal ist vor Reinfektion geschützt.

Bei pulpitischen Beschwerden des Patienten und gleichzeitigem Zeitmangel des Zahnarztes können WK/WF unterbleiben. Es wird dann eine Pulpotomie vorgenommen und der Pulpenstumpf mit einem Zinkoxyd-Eugenol-Präparat abgedeckt.

Standardisierte WF-Technik nach Tronstad

Diese ist eine abgewandelte Form der lateralen Kondensationstechnik. Der Unterschied liegt in der erheblich stärkeren Aufbereitung der Wurzelkanäle bis zum Apex und darin, daß der „master-point“ in seiner Größe identisch ist mit der zuletzt verwendeten, dicksten WK-Nadel. Man muß allerdings wissen, daß die genormten Guttapercha-Stift-Größen gewisse Variationen in ihrer

Stärke aufweisen. So kann ein Guttapercha-Stift der Größe 40 sowohl 35,40 oder 45 groß sein.

Nach abgeschlossener WK soll der „master-point“ leicht festklemmen. Mit diesem point in situ Rö anfertigen, um festzustellen, ob sich der Stift auch tatsächlich an der gewünschten Stelle befindet. Evtl. muß noch einmal der Kanal mit dem letzten Reamer nachgearbeitet werden. Glaubt man, daß der Stift stimmt, wird dieser im coronalen Bereich markiert und nach Herausnehmen dort abgeknipst. Zeigt die Röntgenaufnahme an, daß der Stift o.k. ist, wird die WF vorgenommen – dies aber nicht maschinell, sondern manuell. Als Träger für die WF-paste nimmt man Papier-spitzen oder einen Lentulo. Der beschickte Träger wird mit den Fingern im Kanal gedreht, sodaß die gesamte Kanalwand beschichtet wird. Der „master-point“ wird eingeschoben, nachdem auch dieser mit WF-paste beschickt wurde. Dieser Stift müßte jetzt die apicale Hälfte des Kanals wandständig abschließen.

Nach Beschicken mit WF-paste werden nun noch weitere Guttapercha-Hilfsstifte nachgeschoben, die nur bis zur Hälfte des Kanallumens reichen werden. Mit dem Spreader werden diese angedrückt, als Hilfsstifte genügen in 90% der Fälle die dünnen Stifte („thin“).

Bei der Arbeit mit dem Spreader darauf achten, daß dieser die Guttaperchaspitzen nicht wieder herauszieht. Deshalb den Spreader vor dem Herausziehen bewegen und lockern.

Die standardisierte Technik funktioniert nicht gut bei gebogenen Wurzeln, bei stark gebogenen Wurzeln überhaupt nicht. Man muß dann auf die laterale Kondensationsmethode zurückgreifen.

Ist ein Stiftaufbau im Zahn notwendig, muß nach vollendeter WF ein Teil der Guttapercha (sofort oder später) entfernt werden – dies großzügig, aber vorsichtig

- mit heißem Instrument (Tronstad nimmt einen dicken Reamer, der 5–7 mm erhitzt wird. Zur Guttapercha-Entfernung benötigt er 1 Min.)
- mit großem Bohrer (Rosenbohrer, WK-Bohrer) Der Bohrer darf dabei nicht in den Stift eindringen. Er könnte den Stift herausziehen. Außerdem besteht die Gefahr einer „via falsa“.

Mit der instrumentellen Aufbereitung werden bereits 90% der Bakterien entfernt. Es wird zugestanden, daß es u.U. genügt, die Bakterienanzahl zu reduzieren. Mit dem Rest wird der Körper möglicherweise alleine fertig.

Ein Problem stellen die Seitenkanäle und die Dentintubuli dar, die ebenfalls infiziert, aber einer mechanischen Reinigung nicht zugänglich sind. Eine Reinigung kann nur chemisch erfolgen.

Was die Dentintubuli angeht, so sklerosieren diese im Laufe des Lebens von apical an aufwärts. Mit dem 50. Lebensjahr sind alle Dentintubuli sklerosiert bis auf die im Zahnhalsbereich befindlichen. Diese sind erst mit dem 70. Lebensjahr sklerosiert.

Da die Zahnhals-Dentintubuli erst in so späten Jahren sklerosieren, ist es verständlich, daß es bei freiliegenden Zahnhälsen zu einer Infektion der Pulpa kommen kann.

Bei der Gangrän-Behandlung sind ergänzende chemische Mittel einzusetzen. Das Mittel der Wahl ist Natriumhypochlorit (Na O Cl). Selbstverständlich können auch weitere Mittel benutzt werden wie z.B. H_2O_2 . Kein Mittel ist jedoch so wirksam wie Na O Cl. Deshalb sind weitere bzw. andere Mittel überflüssig.

Es ist nicht notwendig, nach Verwendung einer WK-Nadel sofort zu spülen. Gespült wird erst nach mehreren Arbeitsgängen, dann aber großzügig.

Tronstad ist sich nicht sicher, ob durch Spülen mit EDTA das Behandlungsergebnis wirklich verbessert wird. Alle bisherigen Statistiken über Erfolge von Gangrän-Behandlungen liegen nur vor für Behandlungen ohne Beseitigung der Schmierschicht.

Unter keinen Umständen kann EDTA das Na O Cl ersetzen.

EDTA löst kein organisches Gewebe auf.

Wird nicht unter Kofferdam gearbeitet, soll man nach Tronstad auf die stark ätzenden Lösungen Na O Cl und EDTA verzichten und anstatt dessen sterile Kochsalzlösung zum Spülen wählen. Man kann hierfür Anästhesie-Lösungen nehmen, weil diese in erster Linie Na Cl enthalten.

Bei akuten Gangrän-Schmerzen wird nur trepaniert und keine WK gemacht. Der Zahn wird offen gelassen. Wird eine WK begonnen, muß sie in derselben Sitzung zu Ende geführt werden. Zum Unterschied von der VitE wird bei der Gangrän in der WK-Sitzung keine WF vorgenommen. Die WF folgt erst in einer folgenden Sitzung, nachdem eine *medikamentöse Einlage* lange genug eingewirkt hat.

Chemische Desinfektion nach WK heute wieder mit

Ca (OH)₂ pH 12

- wirkt als Depot-Desinfizienz
- stoppt die Exsudation vom Apex
- stoppt Resorption am Apex

Ein echter antibakterieller Effekt wird erst erzielt bei pH 11. Der hohe pH-Wert des Kalziumhydroxyds sinkt aber durch den Kontakt mit dem Exsudat ab. Deshalb sollte die Einlage nach 2 (-3) Wochen entweder durch eine WF ersetzt werden – in Tronstads Klink geschieht dies in 90% der Fälle – oder durch eine neue Einlage ersetzt werden, die aber nun für 3 Monate (evtl. bis zu einem Jahr) verbleiben kann. Eine neue Einlage wird aber nur dann eingebracht, wenn seitens des Patienten noch Beschwerden angegeben werden.

Die Exsudationsphase wird in den ersten 2 Wochen gestoppt.

Die Regenerationsphase schließt sich an. Normalerweise ist nach 3 Monaten nichts mehr von einem Herd zu sehen.

Das Ca (OH)₂ gibt es als Fertigpräpa-

rate. Viel billiger ist die Beschaffung von Ca (OH)₂-Pulver in der Apotheke. Die Mischung wird bei Gebrauch jedesmal frisch angesetzt mit NaCl (ggf. Anästhesie-Lösung). Die Mischung wird mit einem möglichst dicken Lentulo eingebracht. Man drückt mit einem Guttapercha-Stift nach (nicht im Kanal lassen) und drückt dann auch noch mit einem Wattebausch kräftig gegen das Kanallumen.

Die Kavitätenwände sollen frei sein von Ca (OH)₂-Rückständen, bevor die provisorische Füllung appliziert wird. Am besten geht man so vor, daß man das Calxyl tief unten in der Kavität mit Watte abdeckt und dann mit Wasser aussprays.

Dr. Robert Teeuwen
Berlinger Ring 98
5130 Gellenkirchen

Buchbesprechungen

Arzneitherapie – was gibt es Neues?

G. Fülgraff, K. Quiring

2. Aufl., 240 Seiten, Gustav Fischer Verlag Stuttgart 1989

Das vorliegende Buch ist geschrieben, um Ärzten zu helfen, in der Flut von Pharmaka den Überblick zu behalten, ihnen zu ermöglichen, ein auf ihre Patienten abgestimmtes, persönliches Sortiment zu gestalten und auf dem aktuellen, wissenschaftlichen Stand zu halten.

Dabei geht es weniger um die Vorstellung neuer Arzneistoffe, sondern um Aufzeigen therapeutischer Konzepte, ihre Bewertung aufgrund neuer klinischer Therapiestudien, besserer Kenntnis von Krankheitsursachen und -verläufen, Lehren, die aus „Karrieren“ bestimmter Arzneimittel gezogen werden können.

Das Buch ist ein Versuch, „das, was auf dem Arzneimittelmarkt in Mode ist, von dem zu trennen, was bleiben wird.“

Dieses Ziel ist erreicht worden. Dank der Tatsache, daß beide Autoren profunde Kenner der Materie sind, (G.F. ist

ehemaliger Präsident des BGA, K.Qu. Geschäftsführer der Transparenzkommission) ist es ihnen dazu noch gelungen, diese schwierige und trockene Materie verständlich, leicht und flüssig lesbar, umfassend, aber kurz und übersichtlich aufzubereiten und zu vermitteln.

Der erste, etwas allgemeine Teil, beinhaltet z.B. Aspekte wie Preise und Kosten, auch im europäischen Vergleich, Auswirkungen von Transparenz-, bzw. Negativlisten auf Ausgaben der GKVen, Arbeit der verschiedenen Kommissionen des BGA, die Wege, Ziele und Schwierigkeiten der Pharmaforschung jetzt und in Zukunft, die Generikaproblematik, Unterschiede in Chemie und Wirkung von Arzneien aus natürlichen Quellen zu synthetisch hergestellten, Umgang mit der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung etc. . Die kritischen Bewertungen der Autoren, zusammen mit praktizierbaren Lösungs-

vorschlägen für viele Probleme empfehlen das Buch als Pflichtlektüre jedes Pharmaforschers und -prüfers.

Der zweite Teil gibt einen umfassenden Überblick über die einzelnen Pharmaka, sinnvoll unterteilt in Arzneimittelgruppen (z.B. Betarezeptorenblocker, Antihistaminika etc.) oder Krankheitsbilder (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Übergewicht etc.).

Jedes Kapitel enthält die Beschreibung der biochemischen und pathophysiologischen Veränderungen während einer Krankheit, die Wirkungsmechanismen der möglichen Arzneimittelsubstanzen, ihre Anwendung, Alternativen, mögliche Risiken unter Berücksichtigung der neuesten Forschungsergebnisse. Zum

Schluß folgt meist eine kritische Würdigung des Vorausgegangenen zusammen mit Empfehlungen an Ärzte, Gesetzgeber und Hersteller.

Den Autoren ist es gelungen, mit ihrem Buch für alle, die sich mit diesem umfangreichen und komplexen Gebiet Pharmakologie beschäftigen, einen sehr gut verständlichen, umfassenden, kritischen und, wie ich meine, unverzichtbaren Ratgeber zu verfassen, der bei weiter Verbreitung zu mehr Gesundheit bei den Patienten und zu Einsparungen bei den Versicherern führen würde.

Angelika Ernst
Waldblick 2

2905 Edewecht-Friedrichsfehn

Ausgabenentwicklung 1. – 3. Quartal 1990

(Ausgaben je Mitglied in Prozent)

	OKK	BKK	IKK	Ang.-EK	GKV insg.
Ärzte	5,8	3,9	7,2	6,3	5,8
Zahnärzte	3,6	1,5	0,7	3,0	2,9
Zahnersatz	- 4,9	- 18,0	- 0,5	- 7,3	- 7,8
Arzneimittel	4,7	5,2	7,2	5,1	5,0
Heil- und Hilfsmittel	6,9	8,8	8,3	6,4	7,0
Krankenhauspflege	6,4	7,5	7,1	7,0	6,7
Krankengeld	11,0	12,0	14,3	3,4	9,6
Insgesamt	6,3	6,3	7,7	5,6	6,1
Grundlohnsumme	5,3	4,6	6,4	4,7	5,1
Einnahmen	5,2	4,0	5,4	4,1	4,5

Zahnärztliche Mitteilungen 2/91 - 81. Jahrgang

Amalgam – Pro und Contra

Gutachten – Referate – Statements – Diskussionen –

2. erweiterte Auflage 1990; IDZ – Materialienreihe Band 1

Auf Initiative des jetzigen „Institutes der deutschen Zahnärzte“ (IDZ) fand 1981 das erste Amalgam-Symposium statt.

Obwohl als Ergebnis der kontroversen Diskussion festgestellt wurde, daß „im Seitenzahnbereich aus wissenschaftlicher und standespolitischer Sicht die heute gebräuchlichen, hochwertigen Amalgame bei sachgemäßer Verarbeitung das Füllungsmaterial der Wahl sind“; fand bereits 1984 das zweite Symposium „Amalgam-Aussagen von Medizin und Zahnmedizin“ statt.

Dies zeigt, welchen Stellenwert die Amalgamdiskussion in der Öffentlichkeit und in der Zahnärzteschaft einnimmt. Der vorliegende Band referiert die Vorträge und Diskussionen dieser beiden Symposien. Dazu wurde das Amalgamgutachten von Prof. Rietke, Tübingen, von 1985 mit hinzugenommen.

In der 2. Auflage kommen u.a. noch die aktuelle Diskussion auf der Grundlage der Untersuchungen von Dr. Daunerer hinzu.

Das Buch bietet einen sehr guten Überblick über den aktuellen Stand der Amalgam-Diskussion. Leider zeigt es

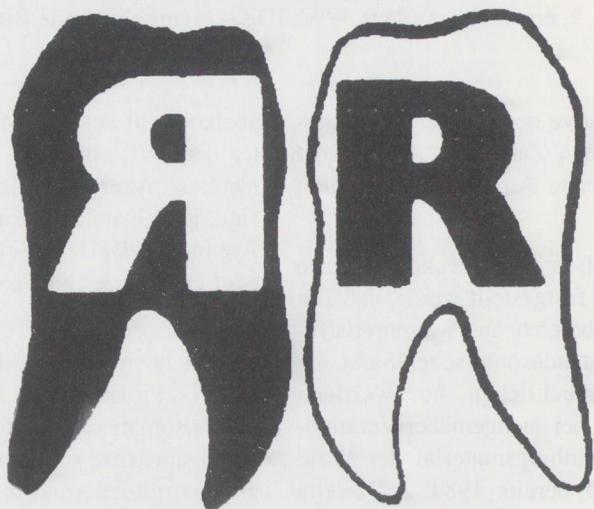
aber auch, in welchem Maße die Vertreter der „Wissenschaft“ und der sogenannten „Alternativ-Medizin“ unfähig sind, auf einander einzugehen und die Argumente der Gegenseite zu verstehen oder gar in ihre Gedankenwelt zu integrieren.

Bezeichnenderweise konnte der Vortrag von Prof. Müller – Fahlbusch über psychosomatische Hintergründe einer Amalgam-Unverträglichkeit aus Zeitgründen mit den Amalgamkritikern nicht diskutiert werden.

Trotz dieser Mängel halte ich es für ein wichtiges Buch, das man, sowohl als Amalgamgegner als auch als Amalgambefürworter, kritisch gelesen haben sollte.

*Dr. Joachim Buck
Dobbenstr. 7
2900 Oldenburg*

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 (09974) 1515
Keramik · Frästechnik · KfO · Edelmetall · Prothetik · Stahl

— Auro — Galva — Crown

AGC

Vollwerternährung und Zahnheilkunde – Die Bedeutung für die Prävention

Kurzreferat zur Medizinischen Woche Baden-Baden 1990

W. E. Wetzel

Die Ernährungssorgfalt stellt neben der Oralhygiene, der Resistenzsteigerung der Zahnhartsubstanz und der Versiegelung von Zahnfurchen und -grübchen eine wichtige Säule zur Prophylaxe gegen Zahnkaries und Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) dar. Da diese wesentlich aus Zivilisationseinflüssen resultierenden Krankheiten immer häufiger und bei immer jüngeren Patienten auftreten, bedarf es gerade im Ernährungsbereich früher präventiver Maßnahmen. Was bedeutet, daß über gründliche Ernährungsanamnese die jeweils kariesbegünstigenden Einflüsse erkannt und über eingehende Beratung und Ernährungslenkung hilfreich zahngesundheitsfördernde Strategien angeboten werden. Aus unserer Erfahrung läßt sich für die Vollwerternährung ein sehr hoher Stellenwert im Bemühen um wirksame zahnärztliche Vorbeugung ableiten. Leider müssen beispielsweise pränatale Schmelzbildungsstörungen beim Fetus häufig schon auf vermeidbaren Calcium- und/oder Vitamin-A-Mangel im mütterlichen Organismus zurückgeführt werden. Auch erlauben unterschiedliche Kariestypen beim Kleinkind durchaus Rückschlüsse auf spezielle Ernährungsunsit-

ten. Die Empfehlungen des Referenten für eine aus zahnärztlicher Sicht vollwertige Ernährung reichen über die kontrolliert reduzierte Zufuhr isolierter Zucker und der Vermeidung klebrig-weicher Speisen, über die Förderung einer kauaktiven Ernährungsweise durch naturbelassene Nahrungsmittel zur Sicherstellung ausreichenden Speichelflusses und zur Funktionsstraffung des Zahnhalteapparates, bis hin zur Kennzeichnung modischer Trends, die im besonderen zu Zahnerkrankungen führen (z.B. „Zucker-Saugerflaschen-Syndrom“).

*Prof. Dr. Willi-Eckhard Wetzel,
Schlangenzahl 14, 6300 Gießen*

DER
VITAST

SCHNEEGENERATOR

Dr. Ulrich Happ
Zahnarzt

Vorteile Kohlendioxidschnee zu FCKW

Kohlendioxidschnee ist zahnfreundlicher:
FCKW-Spraytest verursacht im Vergleich besonders schnellen Temperaturabfall und damit die Gefahr von Schmelzsprüngen, bei Kohlendioxidschnee läßt sich der Temperaturabfall durch den Anpreßdruck bis max. -55°C steuern. **.

Kohlendioxidschnee ist aussagekräftiger:
Durch die große Kältereserve (-78°C) reagiert ein vitaler Zahn auch bei großen Füllungen oder Überkronung positiv.

Kohlendioxidschnee ist umweltfreundlicher:
Ozon-Schicht wird nicht angegriffen, Treibhauseffekt 1360 mal geringer als bei FCKW-²
Mit Ausnahme der 1x-Pellets entsteht kein Abfall, die CO₂-Flaschen sind wieder füllbar, d.h. zum Dauergebrauch vorgesehen.

Kohlendioxidschnee ist hygienischer:
VITAST setzt 1x-Pellets (1/2-Watte-stäbchen) sowie autoklavierbare Träger ein.

Vorteile VITAST zu anderen CO₂-Geräten

VITAST ist rationeller:
Ohne viele und komplizierte Manipulationen lassen sich in 1/2-1 Sekunde Prüfkörper herstellen.
Ein Prüfkörper ist c. 2 Minuten zur Überprüfung von 2 Quadranten einsetzbar.

VITAST ist kostengünstiger:
Ist CO₂ im Vergleich zu FCKW in der 1x-Spraydose schon kostengünstiger, so benötigt VITAST im Vergleich zu anderen CO₂-Geräten nur noch c. 1/6tel der Kohlendioxidsäure.

VITAST ist praxisingerechter:
Durch den geringen CO₂-Verbrauch könnte das Gerät kleiner und ansprechender gestaltet werden, sodaß es sich als Stand- oder Wandgerät gut in das Bild der Zahnarztpraxis einfügt.

* * *

*1 M. Wichmann:
Temperaturverlauf im Schmelz bei Anwendung von Kälte tests
Dtsch Zahnärztl Z 46, 25-27 (1991) 1

*2 Griefhammer, Hev, Hennicke, Kalberlah:
Ozonloch und Treibhauseffekt
Ein Report des öko-Institutes
ISBN 3 499 12603 6 januar 1990



Spodenteich 1
D-2000 HAMBURG 1

Leserbriefe

**Alternative Gedanken
zur alltäglichen
Zahnheilkunde**

In alten Zeiten, ganz am Anfang der Kultur, da gab es die Schamanen, die Medizinmänner. Die waren aber keineswegs geachtet, sondern sie waren Außenseiter, mit den Dämonen im Bunde, denn sie konnten in den Lauf der Welt (magisch?) eingreifen. Man ging nur zu ihnen, wenn man sie brauchte.

Und dann gab es nochmal welche, die hatten ihre Hütte etwas abgelegen vom Dorfe. Das waren die „Schmiede“. Es waren die, die mit dem Feuer umgehen konnten und Werkzeuge schufen. Die Menschen damals haben es gespürt, daß die „Technik“ gegen den Lauf der Welt ist.

Wir Zahnärzte – wir sind Schamanen und Schmiede zugleich –, man kommt mit Ängsten zu uns und nur, wenn man uns braucht. Und unser Wohlstand auf dieser Basis könnte einem unheimlich werden. Tun wir Gutes?

Ein Beispiel, wie es jeden Tag passiert: Ein Kind mit einer dicken Backe, ausgehend vom Milch-4-er. Es weint und schreit, ich brauche den Zahn ja nur kurz

und sogar schmerzlos zu trepanieren und dem Kind ist geholfen. Was wäre ohne mein Eingreifen passiert?

- Das Kind hätte erleben müssen, daß es Schmerzen gibt auf der Welt; nehmen wir heutzutage unseren Kindern nicht zu oft ihr Leid, auf das sie entwicklungsmäßig angewiesen sind?
- Das Kind hätte drei Tage Schmerzen gehabt und es hätte sich eine Fistel gebildet.
Die Mutter wäre am Bett geblieben bei ihrem Kind, und das Kind hätte erfahren, daß in schlimmen Zeiten die Mutter für es da ist.
- Das Kind hätte das Vertrauen zur Mutter gefestigt, statt erschüttert, als es gegen seinen Willen in den Zahnarztstuhl gezwungen oder getrickt wurde.
- Das Kind hätte auch zu mir keine Abneigung entwickelt und wäre später besser zu behandeln.

Und von hier aus könnte man weiterphilosophieren: Sind Milchzahnfüllungen wirklich wichtiger als die „Seele des Kindes?“

Und: Verhindern wir nicht mittels Zahnersatz, daß die Menschen ihre Lebens/Altersphase akzeptieren?

Und: Verändern und nivellieren wir nicht die Typen durch KFO Behandlungen?

Und: Wieviele iatrogene Granulome und Folgeschäden setzen wir durch (noch so exakte) konservierende Behandlung

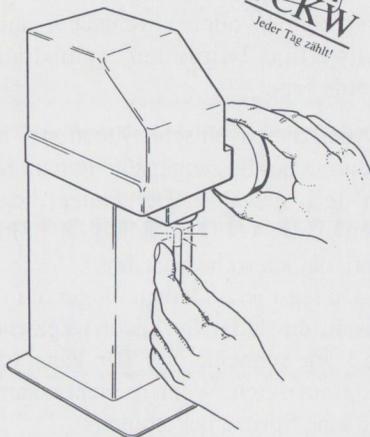
DER

VITAST

SCHNEEGENERATOR

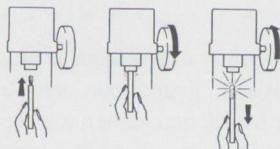
erzeugt Schneespitzen
(-78° C) zur
Vitalitätsprüfung
der Zähne

Stop!
FCKW
Jeder Tag zählt!



UMWELTFREUNDLICH
Kohlensäureschnee

EINFACHE BETRIEBUNG



Als Stand-
oder Wandgerät
verwendbar

Höhe: 315 mm
Tiefe: 130 mm
Breite: 142 mm

MEDEQ
MEDICAL EQUIPMENT GMBH
Spadenteich 1
D-2000 HAMBURG 1

auf die Dauer, wenn wir beginnend pulpitische Zähne noch retten?

Dann: Wir müssen damit rechnen, daß an der Herdlehre und an den Theorien der Akupunktur was dran sein könnte:

Vielleicht stören wir ja *doch* durch die galvanischen Elemente, ja vielleicht nur durch die Metalle viele sensible biologische Gleichgewichtssituationen. Angeblich können auch chronische, unterschwellige Pulpitiden wahnsinnige Herde sein.

Auch die psychische Situation – und wenn es der bestangepaßte Patient ist – ist doch gewaltig: Der Patient begibt sich in eine völlig unbiologische Situation, die ich so beschreibe:

„Du legst jetzt Deinen Finger auf den Tisch, du darfst ihn nicht wegziehen, und ich schneide ihn Dir ganz ganz langsam durch. Wenn es wehtut kannst Du eine Spritze bekommen.“

Und die Menschen, die gegen so etwas ein „natürliches“ extremes Abwehrverhalten haben, gelten bei uns als neurotisch.

Und wir, wir müssen uns abstumpfen, automatisch, gegenüber den Reaktionen der Menschen, denen wir (körperlichen und psychischen) Schmerz zufügen. Ist das nicht ein fürchterlicher Verlust für uns? (Dafür werden wir auch gut honoriert).

In anderen Kulturen können manche Menschen angeblich empfinden, wenn soviel unterdrückter Haß, Aggression,

Ängste undsoweiter auf sie projiziert werden. Und wir sind täglich acht Stunden lang, ein Leben lang das Ziel. Ist das nicht die klassische, religiöse Situation der Verwünschung und Verfluchung? In anderen Kulturen hätte sowas unvorstellbare menschliche Folgen.

Wissen wir denn heutzutage überhaupt, was wir bei einer Zahnextraktion alles tun? Die Zähne sind ja außerordentlich stark psychisch und emotionell besetzt. Wenn Sie ein feines Auge haben, haben Sie sicher auch schon erlebt, wie sehr manchmal jemand erschüttert wird, wenn Sie ihm oder ihr den letzten Schneide- oder Eckzahn extrahieren. Sie entfernen da gewaltsam seine symbolische Wehrhaftigkeit, ihren Charme (!!), deren Macht! Sie befördern ihn oder sie aus der Gruppe derer, die noch was zu sagen haben, zu den Alten. Ihr Patient läßt das alles bei Ihnen auf dem Schwebetisch, im Abfallbecher.

Ich meine, in solchen Situationen das „Entsetzen“, den Schock, wie das alles im allerersten Moment auf mich bezogen wird, manchmal wahrnehmen zu können. Und ich stelle mir vor, es wäre viel natürlicher, er beißt sich seinen letzten Zahn selbst auf oder knackt ihn sich ab.

Haben Sie schon mal jemanden einfühlsam („aktiv zuhörend“) nach den Gefühlen gefragt, die er während einer Zahnextraktion hatte, oder beobachten Sie einmal bei der nächsten „Gelegenheit“ ganz genau ihre eigenen Empfindungen.

Zum Schluß möchte ich noch erinnern an die Veröffentlichung in der ZM 5/81: „Weisheitszähne sichern die Vollkommenheit des Ganzen.“ Da wird die Bedeutung jedes Zahnes für alle Organe und für alle Seinsstufen nach der buddhistischen Lehre referiert. Und die buddhistische Lehre ist 3000 Jahre alt...

Ich selbst führe meine Praxis natürlich

auch nicht anders als Sie, aber manchmal denke ich an solche Dinge, und bei meinem „therapeutischen Handeln“ habe ich doch hin und wieder gesunde?, krankhafte? Zweifel an der Zahnheilkunde als solcher.

Dr. Günter Hartlieb
8860 Nördlingen

Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 1990

– aus dem Bericht des Präsidenten Dr. Bunke

(Nieders. Zahnärztebl. 25, 621 (1990))

„Ein wissenschaftlich epidemiologischer Datenvergleich ergab, daß beim Kariesbefall der 12Jährigen die WHO für die ehemalige DDR 5,5 Prozent für 1986 angibt, während die DDR 3,5 Prozent angab. Die BRD liegt nach der WHO bei 4,1 Prozent.“

Wir stellen hierzu fest:

1. Die WHO gibt für 1986 bei den 12Jährigen der BRD einen DMF-T von 6,2 (!) an (Quelle: Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland – Bericht des Instituts der Deutschen Zahnärzte zum Forschungsprojekt „Dringliche Gesundheitsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland“ im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit).
2. Die DDR veröffentlicht für 1990 (!)

einen DMF-T von 3,28 bei den 12Jährigen (Quelle: Informationsblatt/Ges. Kinderstomatologie der DDR Nr. 33, März 1990).

3. Die bevölkerungsrepräsentative Erhebung des Instituts der Deutschen Zahnärzte zum Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahre 1990 (!) ergibt für die 12Jährigen einen DMF-T von 4,1 (interpoliert aus den Ergebnissen der 8/9- und 13/14Jährigen).

Es spricht nicht für die Seriosität eines Kammerpräsidenten, wenn epidemiologisches Zahlenmaterial wissenschaftlich oder auch unwissentlich in derartig unqualifizierter Form aufbereitet wird, und es stellt sich auch die Frage, wie sich dann noch Bedenken gegenüber DDR-Statistiken aufrechterhalten lassen. m.w.

Tray- ein- lagen

Packung mit 250 Blatt
Art.-Nr. 06055

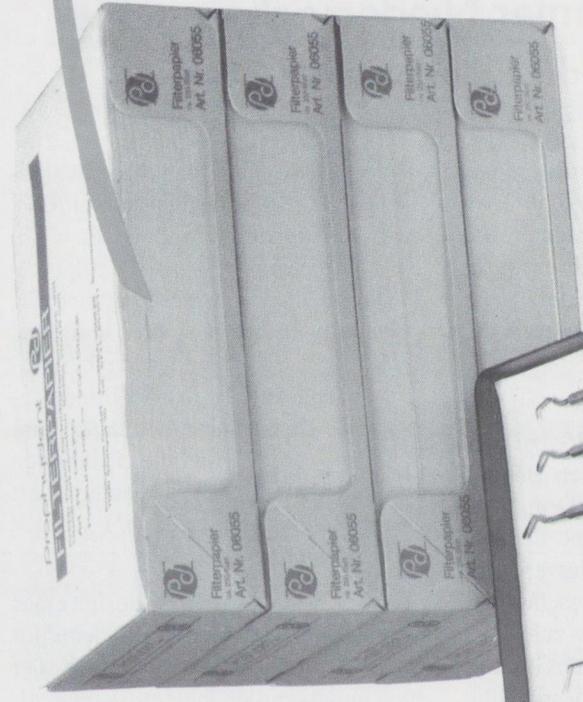
DM 8,90

ab 6 Packungen je

DM 8,63

ab 12 Packungen

DM 8,37



Format 28 x 18 cm.
Ideale Unterlage
für Normtrays,
Schwebetisch etc.

Jahrestagung 1991 der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK

Die 10. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK findet statt als Gemeinschaftstagung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde vom

21. – 23. März 1991 in Erfurt

Als Schwerpunkte sind folgende Themenbereiche vorgesehen:

1. Präventive und therapeutische Betreuungsaufgaben im Milch- und Wechselgebiss
2. Kariesprävention mit Fluoriden

Wegen der nur eingeschränkten Reservierungsmöglichkeiten für Hotelbetten bitten wir die Interessenten an dieser Tagung, sich baldmöglichst zu wenden an:

Herrn OA Dr. J. Trautmann, Nordhäuser Strl. 74, 0-5010 Erfurt oder
Herrn OA Dr. A. Schulte, Waldeyerstraße 30, 4400 Münster

Vom Zahnarzt zum Seewolf?

Mehr als 50 Prozent der Ausfallzeiten der Seeleute an Bord sind durch Erkrankungen der Zähne bedingt. Zahnärzte aus dem ganzen Bundesgebiet haben jetzt den eingetragenen Verein „Zahnärzte helfen Seeleuten“ gegründet. Ziel des Vereins ist die zahnärztliche Versorgung von Seeleuten an Bord sowie an ihrem Einsatzort, vornehmlich in der Hochseefischerei und auf Forschungsfahrten. Mitglied kann jeder in Europa approbierte Zahnarzt werden. Jedes Mitglied verpflichtet sich, innerhalb von

drei Jahren vierzehn Tage unentgeltlich an Bord zu arbeiten. Nach einer mit der Seeberufsgenossenschaft geschlossenen Abmachung werden die an Bord erbrachten Leistungen nach GOZ abgerechnet. Diese Einnahmen sollen zur Unterhaltung der Bordarbeitsplätze und zur Bestreitung der Vereinsausgaben dienen. Interessenten können sich melden bei:

Dr. Hans Bäter, Lauenburg (04153/5 19 18) oder Dr. Achim Walter, Aachen (0241/87 03 30).

ZM 1/91

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 Gewebeerletzung.
- 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 hufr d
6906 Leimen. Telefax (06224) 773 83

Gescheiterte Gesundheitsreform?

Dem Artikel „Geschöpfte Patienten“ von W. Hofmann aus der ZEIT Nr. 52 sind die folgenden Zitate entnommen:

...Auch die Pharmaindustrie wurde durch die Gesundheitsreform zur Kasse gebeten. Die Pillendreher sollten ihre Preise nicht mehr nach Belieben kalkulieren können. Patienten erhalten nur noch solche Arzneien kostenlos, deren Preis einen festgelegten Betrag nicht übersteigt. Auf alle Arzneien, für die es keine Festbeträge gibt, wird eine Rezeptgebühr von drei Mark erhoben; vom 1. Januar 1992 an werden es fünfzehn Prozent des jeweiligen Preises sein, maximal aber fünfzehn Mark. Die Patienten werden so am meisten gebeutelt. Allerdings war das gewollt.

Das Opfer, das die Pharmaindustrie bringen sollte, wurde beim Gerangel um die Reform immer weiter reduziert. Nun sieht es sogar so aus, als würde die Branche fast ungeschoren davonkommen. Zwar hat sich gezeigt, daß die Festbeträge ihre Wirkung nicht verfehlt haben. Allerdings machte die Pharmaindustrie diese Einbußen mehr als wett, indem sie die Preise der Medikamente, für die es keine Festbeträge gibt, stark erhöhte. Zudem können die Arzneimittelhersteller frohlocken, weil das Ziel, achtzig Prozent aller Medikamente in die Fest-

betragregelung einzubeziehen, kaum erfüllt werden wird. Bisher wurden erst knapp 35 Prozent der Mittel berücksichtigt. Die weiteren Verhandlungen sind ins Stocken geraten. Schon wird davon gesprochen, daß dieser Teil der Gesundheitsreform gescheitert ist...

... Der teuerste Posten im Gesundheitswesen sind die Kosten für die stationäre Behandlung, die jährlich rund vierzig Milliarden Mark verschlingen; das ist knapp ein Drittel aller Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgerechnet auf diesem Sektor hat die Gesundheitsreform keine Kostensenkung bewirkt. Zwar können die Krankenkassen nun unwirtschaftlichen Kliniken kündigen. Doch haben sie von diesem Recht bislang so gut wie keinen Gebrauch gemacht. So blieb denn auch alles beim alten: Der Bettenberg wurde nicht abgebaut, und nach wie vor gibt es eine hohe Quote von Fehlbelegungen. Schlimmer noch: Nachdem die Kliniken ihrem Personal gerade erst eine Anhebung der Löhne und Gehälter um bis zu dreißig Prozent bewilligt haben, steigen die Kosten im stationären Sektor bedrohlich an.

Entsprechend schlecht sieht das Ergebnis der Gesamtreform für die ersten neun Monate 1990 aus. Die Ausgaben der Krankenkassen sind insgesamt um

6,3 Prozent gestiegen. Sie liegen damit einen Prozentpunkt über dem Zuwachs der Grundlöhne, deren Anstieg Maßstab für die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sein sollte, da die Einnahmen lohnbezogen sind. ...

... Blüms Jahrhundertwerk läuft Gefahr, nur eine Kostenverlagerung zu bewirken. Da nur wenig Aussicht besteht, daß Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie tatsächlich ihre geplanten Sparbeiträge voll einbringen, könnten die Versicherten am Ende die Dummen sein. Ein enger Mitarbeiter von

Blüm bekennt denn auch: „Die Unausgewogenheit bei den bisherigen Einsparungen macht uns Sorgen. Wir wollten ja nicht nur bei den Versicherten zulangen, sondern alle in die Pflicht nehmen.“

Daß die Zahnärzte ihre Pflicht erfüllt haben, zeigt die Statistik der AOK-Ausgaben:

Die Kosten für die zahnärztliche Behandlung lagen 2,7 % unter dem Zuwachs der Grundlöhne, die Zahnersatzausgaben sogar um 11,2 % darunter (die Red.)

Leistungen der Ortskassen (AOK)		
Ausgaben	je Mitglied (in Mark)	Veränderung gegenüber 1989 in %
Arzt-Behandlung	499,73	5,8
Zahnarzt-Behandlung	137,65	3,6
Zahnersatz	90,04	-4,9
Arzneimittel	438,24	4,7
Heil- u. Hilfsmittel	163,38	7,0
Krankenhaus	983,93	6,4
Krankengeld	223,69	11,0
Schwanger- u. Mutterschaftsgeld	52,16	11,5
Sterbegeld	32,12	-1,7
Summe	2620,94	

Gebrauchsinformation, bitte aufmerksam lesen!

ATOMex 2000 mg

Zur Vorbeugung und Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen im Atomkrieg

Tabletten zum Einnehmen

Eigenschaften

Mit Atom-ex® steht ein Arzneimittel für alle unmittelbar Überlebenden eines Atomkrieges zur Verfügung. Die Überlebenden sind sichere Todeskandidaten. Sie werden zwangsläufig an ihren erlittenen Verletzungen nach Stunden, Tagen, Wochen und Monaten unter entsetzlichen Qualen sterben. Für sie bietet Atom-ex® mit einer verlässlichen Soforttötungs-Wirkung schnelle Hilfe. Wenige Sekunden nach Einnahme erfolgt in schmerzloser Weise der Tod. Atom-ex® bewirkt den sofortigen Todeseintritt unabhängig von der Art der vorliegenden Verletzungen und Erkrankungen.

Anwendungsgebiete

Alle Verletzungen und Erkrankungen, die bei einem Atomkrieg in Europa bzw. 3. Weltkrieg millionenfach auftreten werden.

1. Druckverletzungen durch die gewaltigen Überdruckwellen der Atombombenexplosionen, die sich mit

Überschallgeschwindigkeit ausbreiten.

- Weichteilverletzungen und Knochenbrüche durch das durch-die-Luft-geschleudert-werden von Menschen, durch einstürzende Gebäude und umherfliegende Gegenstände.
 - Einrisse innerer Organe: Einrisse der Lunge, der Leber, der Milz mit massiven inneren Blutungen.
2. Verbrennungsverletzungen: Durch die Hitzestrahlung der Atombombenexplosionen selbst und durch die überall entstehenden Feuerausbrüche und Flächenbrände.
3. Strahlenkrankheiten durch die freigesetzte radioaktive Strahlung der Atomexplosionen.
- Befall des Nervensystems: Bei hohen, radioaktiven Ganzkörperdosen. Der Tod tritt in Stunden bis Tagen unter schweren Krämpfen ein.
 - Befall von Magen und Darm: Bei mittleren radioaktiven Ganzkörperdosen. Der Tod tritt in 3-5 Tagen

unter Übelkeit, Erbrechen und Durchfällen ein.

- Befall des Knochenmarks: Bei geringen radioaktiven Ganzkörperdosen. Der Tod tritt in Wochen bis Monaten unter Blutarmut, Blutungsneigung und allgemeiner Abwehrschwäche ein.

Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen

Atom-ex[®] braucht in der „tödlichen Region“, dem Zentrum der Atombombenexplosion, in der bei Hunderttausenden der Todeseintritt sofort zu erwarten ist, nicht mehr angewandt werden.

Besondere Hinweise

Führen Sie Atom-ex[®] stets mit sich. In einem Atomkrieg können Sie keinerlei medizinische Hilfe außer Atom-ex[®] erwarten. Telefonverbindungen, Straßen, Fahrzeuge, Krankenhäuser werden zerstört sein. Das medizinische Personal wird genau wie Sie selbst zu den Soforttoten oder zu den dahinsiechenden Todeskandidaten gehören.

Glauben Sie nicht, daß sich durch den z.Zt. betriebenen Ausbau des Zivilschutzes Ihre entsetzliche Lage in einem Atomkrieg verbessert. Auch Schutzräume und Bunker werden dann zur tödlichen Falle: Atombombenexplosionen erzeugen gewaltige Großfeuer und orkanartige Feuerstürme, die allen vorhandenen Luftsauerstoff verbrauchen. Auch wenn Sie in einem Bunker sitzen, sind Sie keinesfalls geschützt, Sie werden ersticken.

Zur Beachtung

Atom-ex[®] ist ein Arzneimittel mit absolut tödlicher Wirkung. Vor seinem Gebrauch sollten Sie alle anderen Maßnahmen zur Verhinderung eines Atomkrieges ergreifen. Persönliches Eintreten für den Frieden und für Abrüstung in Gesprächen mit Verwandten, Freunden und Bekannten. Beteiligung an Unterschriftenaktionen, Teilnahme an Friedensaktionen und Mitarbeit in Friedensinitiativen mit dem Ziel, ein atomwaffenfreies Europa zu schaffen.

In allen Zweifelsfällen fragen Sie sich selbst, was Sie persönlich im Rahmen Ihrer Lebensbedingungen zur Stärkung der Friedensbewegung beitragen können. Nur eine Massenbewegung kann den Rüstungswahnsinn stoppen.

Das MUSTER ist keine ATOMex-Tablette. Wir hoffen, solch ein mögliches Präparat muß nie eingesetzt werden wie auch die vom Innenministerium massenhaft eingelagerten Psychopharmaka zur Beruhigung von Panikpatienten im Katastrophenfall.

Sie können das MUSTER beruhigt essen, es ist ein zuckerfreies KAUGUMMI. Etwa so lange, wie Sie es kauen können, so lange ist die maximale Vorwarnzeit der modernen Atomraketen! Wir werden dann nicht helfen können.

Nach einer Aktion der Saarländischen Ärzteinitiative gegen Atomenergie überreicht von

Zahnmediziner für den Frieden,
Kapellenstr. 2, 2000 Hamburg 74

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde



Der DAZ stellt sich vor:

Berufsverband

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

Aufbau

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

DAZ-Mitglieder erhalten zusätzlich das aktuelle Informationsblatt KONTAKTE

Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

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

Standespolitik

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

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufspro-

Qualität

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

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

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Der DAZ fordert:

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

Delegation

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

- Prophylaxe und Hygieneaufklärung
- Ernährungsberatung
- Behandlungsassistentenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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

DAZ forum

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

Impressum

- **Redaktion:**
Dr. Hanns-W. Hey
- **Anschrift der Redaktion:**
DAZ *forum*
Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70
Tel.: 089-7250246
Fax: 089-7250107
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 1.500 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, so wenden Sie sich bitte 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, 7809 Denzlingen
DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. G. Albers, Borsteler Chaussee 17, 2000 Hamburg 61
DAZ-Studiengruppe Oberpfalz, Dr. K. Plecher, Auf der Schanze 1, 8490 Cham
DAZ-Studiengruppe Oldenburg, R. Tödtmann, Oldenburger Str. 291, 2902 Rastede
DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

Hauptgeschäftsstelle und Pressereferat des DAZ

Lindenschmitzstr. 44, 8000 München 70,
Tel.: (089) 7 25 02 46, Fax: (089) 7 25 01 07

- 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