

Nr. 35

10. Jahrgang
4. Quartal 1991

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV - Virchowbund

DAZ FORUM

**Der ältere Mensch
in der Zahnheilkunde**

**Umwelt- und Arbeitsschutz
in der Zahnarztpraxis**

**Problematik der
„Begleitleistungen“**

Wieso halten Kronen so lange?



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**DAZ-Jahreshauptversammlung
Referate, Berichte**



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß



Oral-B

Zahnpflege, wie sie sein soll.

Editorial:	305
DAZ-Jahreshauptversammlung Göttingen	
Sozialverträgliche Reformen statt Verweigerung und Ausstieg	309
„Ich weiß, daß Sie es besser könnten“	311
Bericht des Vorsitzenden Dr. R. Ernst	312
Bericht des Pressereferenten	325
Bericht des Referenten für Jugendzahnpflege und Prophylaxe	327
Bericht des Referenten für Qualitätssicherung	330
Bericht des Referenten für Umweltfragen	332
Umwelt- und Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis	335
Zahnarztpraxen in Gewerbegebiete?	345
Zur Problematik der „Begleitleistungen“	351
Gerontologische Zahnheilkunde – Gerodontologie	355
Grundsätze und Empfehlungen des DAZ	
Zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen	369
Zahnmedizinische Betreuung und Behandlung von Behinderten, chronisch Kranken, Krankenhaus- und Heimpatienten	370
Wieso halten Kronen so lange?	372
Pflicht zur Qualitätssicherung	377
MDK: Rahmen für Weiterentwicklung abgesteckt	379
Wenn die Prothese nicht paßt, gehört selbige Ihnen	387
Nicht nur den Kröpfen soll es an den Kragen gehen	388
Kindertee-Geschädigte erhalten Schmerzensgeld	389
Gegendarstellung von Herrn Kimmel	391
Buchbesprechungen	392
Impressum	399



Editorial:	305
DAZ-Jahreshauptversammlung Göttingen	
Sozialverträgliche Reformen statt Verweigerung und Ausstieg	309
„Ich weiß, daß Sie es besser könnten“	311
Bericht des Vorsitzenden Dr. R. Ernst	312
Bericht des Pressereferenten	325
Bericht des Referenten für Jugendzahnpflege und Prophylaxe	327
Bericht des Referenten für Qualitätssicherung	330
Bericht des Referenten für Umweltfragen	332
Umwelt- und Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis	335
Zahnarztpraxen in Gewerbegebiete?	345
Zur Problematik der „Begleitleistungen“	351
Gerontologische Zahnheilkunde – Gerodontologie	355
Grundsätze und Empfehlungen des DAZ	
Zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen	369
Zahnmedizinische Betreuung und Behandlung von Behinderten, chronisch Kranken, Krankenhaus- und Heimpatienten	370
Wieso halten Kronen so lange?	372
Pflicht zur Qualitätssicherung	377
MDK: Rahmen für Weiterentwicklung abgesteckt	379
Wenn die Prothese nicht paßt, gehört selbige Ihnen	387
Nicht nur den Kröpfen soll es an den Kragen gehen	388
Kindertee-Geschädigte erhalten Schmerzensgeld	389
Gegendarstellung von Herrn Kimmel	391
Buchbesprechungen	392
Impressum	399



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

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

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

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

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



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG

Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Editorial

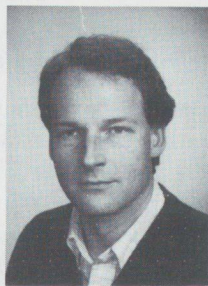
Entwicklung - wohin?

M. Fritz

Eine ansehnliche Gruppierung innerhalb der Zahnärzteschaft formiert sich. Sie fordert im Gegensatz zum Konzept „Grundversorgung“ eine Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es ist hilfreich, sich die Eckdaten der vergangenen Jahre ins Gedächtnis zu rufen, um die zukünftige Entwicklung abzuschätzen. Ende der 70iger Jahre prägten folgende Faktoren das Bild:

- Ein hoher Therapiebedarf unterhielt eine entsprechende Nachfrage zahnärztlicher Versorgung.
- Die Verfügbarkeit zahnärztlicher Therapie war durch die bestehende soziale Absicherung gut.
- Eine angemessene Honorierung begünstigte die Investitionsbereitschaft der Zahnärzte.
- Ein leistungsbezogenes Honorarsystem führte zu einer im internationalen Vergleich beispiellosen „Rationalisierung“ der zahnärztlichen Versorgung.



Die IDZ-Mundgesundheitsstudie beweist den Erfolg dieser Entwicklung eindrucksvoll: Der Versorgungsgrad der Erwachsenen ist sehr gut.

Der Preis zu hoch?

Die Kosten für diesen Erfolg waren allerdings ansehnlich. So erreichten die Ausgaben für die zahnärztliche Therapie die gleiche Größenordnung wie für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung. Angesichts der damaligen Spitzeneinkommen von Zahnärzten entstand die politische Intention, die zahnärztlichen Honorare abzuschmelzen.

Das ist gelungen – eine bittere Erfahrung für alle Kollegen – doch mit welchen Folgen?

Der Rationalisierungsdruck in der zahnärztlichen Praxis nimmt zu. Hier von sind in erster Linie Kollegen betroffen, die sich jetzt niederlassen. Sie sind gezwungen, ihre Praxisstruktur so rationell wie möglich auszulegen, um betriebswirtschaftlich bestehen zu können. Diese Generation jedoch prägt das Gesicht der Zahnheilkunde von morgen.

Rationelle Hochleistung im Akkord?

Im Gesundheitsministerium beschreiben derzeit zwei Schlagworte das gesundheitspolitische Credo: Beitragsstabilität und Wirtschaftlichkeitsreserven. Es ist zu befürchten, daß in unserem Fachgebiet durch eine Budgetierung der Rationalisierungsdruck weiter wächst und sich damit Theorie und Praxis einer guten zahnärztlichen Versorgung immer weiter voneinander entfernen. Der Zug der Qualitätssicherung im engeren Sinne ist vor weit über 10 Jahren ohne Gesundheitspolitiker und leider auch ohne die Zahnärzte abgefahren.

Qualitätskontrolle im heutigen System führt zu Vermeidungsstrategien, nicht zur Verbesserung der Versorgung.

In diese Rahmenbedingungen wird die Idee einer „Grundversorgung“ geboren. Erfahrene Standespolitiker fordern die sofortige Umsetzung, als könnte man die Uhren mit einem Handstreich um 20 Jahre zurückstellen, um dort von vorne anzufangen, wo Fehlsteuerungen einsetzten, die zur heutigen Krise führten. Weder die derzeitigen Praxisstrukturen, noch die Erfordernisse einer sozial ausgewogenen, umfassenden zahnmedizinischen Betreuung der Bevölkerung lassen diese Wende zu, und deshalb ist die Umsetzung des „Liberalisierungskonzeptes“ schon jetzt zum Scheitern verurteilt.

Sollte ein System von Vertrags- und Wahlleistungen fachlich durchdacht und gesundheitspolitisch erwünscht sein, käme allenfalls eine langfristige Umsetzung innerhalb von 10–15 Jahren in Betracht. Anstatt starker Parolen müßte allerdings jetzt über den Weg dorthin nachgedacht werden.

Die Alternative

Dies ist nicht weniger mühsam, als sich Gedanken über die Weiterentwicklung des bestehenden Systems zu machen.

Ich bin überzeugt, daß ein Grundpfeiler der zukünftigen zahnmedizinischen Versorgung eine flächendeckende Prophylaxe innerhalb und außerhalb der Zahnarztpraxis sein muß. Wie dies zu organisieren ist und wieviel das kostet, können wir mittlerweile in mehreren Nachbarländern abgucken.

Unser leistungsbezogenes Honorarsystem muß um Komponenten ergänzt werden, die die intendierte Entwicklung begünstigen. Also z. B. um Anreize für Kollegen, die sich freiwillig auf Qualitätsmerkmale verpflichten oder gegenüber dem Kostenträger Zusagen über die Qualität ihrer Leistung – ähnlich einer Gewährleistung – machen.

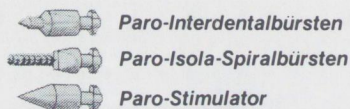
Dies führt zu einer „Entrationalisierung“, besserer Betreuung der Patienten und gerechteren Honorierung der zahnärztlichen Leistung.

Paro Zahnbürste

die kombinierbare



3 verschiedene Ansätze:



Paro-Interdentalbürsten

Paro-Isola-Spiralbürsten

Paro-Stimulator

Kurzer, gerundeter Bürstenkopf, grosser Handgriff und schmale Halspartie gewähren einwandfreie Zugänglichkeit.

Klassische, gerade Form des Griffes bewirkt gleichmässige Kraftübertragung und erlaubt exakte Bürstenführung.

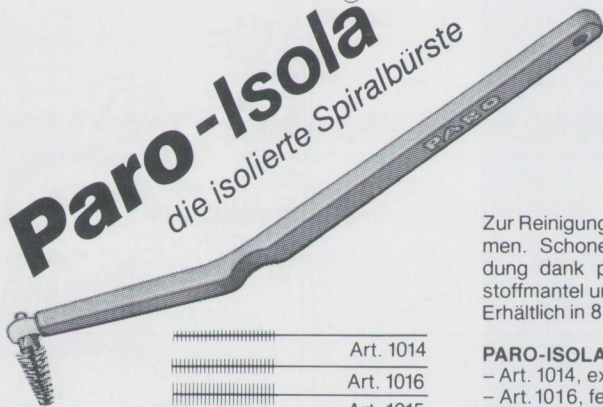
Abgerundete und polierte Tynex-Borsten für eine schonende Massage.

Interdental-Bürsten-Ansatz für die Reinigung schwer zugänglicher Stellen, wie breite Interdentalräume, Nischen und Innenflächen im Frontzahnbereich.

Bzw. Spiral-Bürsten-Ansatz für die Reinigung der Zwischenräume oder mit Stimulator für die Massage des Zahnfleisches.

Paro-Isola[®]

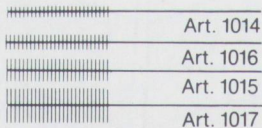
die isolierte Spiralbürste



Art. 1040

**PARO-ISOLA
Halter mit Bürste**

Zur Reinigung von Interdentalräumen. Schonend in der Anwendung dank patentiertem Kunststoffmantel um den Draht. Erhältlich in 8 Grössen:

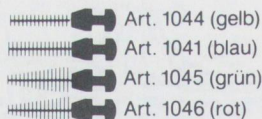


Art. 1014

Art. 1016

Art. 1015

Art. 1017



Art. 1044 (gelb)

Art. 1041 (blau)

Art. 1045 (grün)

Art. 1046 (rot)

PARO-ISOLA ohne Halter

- Art. 1014, ex-fein exsoft, 2,5 mm \emptyset
- Art. 1016, fein soft, 3mm \emptyset
- Art. 1015, medium, 5mm \emptyset
- Art. 1017, medium, 8mm \emptyset

PARO-ISOLA mit Halter

- Art. 1044, exfein exsoft, 2,5 mm \emptyset
- Art. 1041, fein soft, 3mm \emptyset
- Art. 1045, medium 3/7mm \emptyset
- Art. 1046, soft 3/7mm \emptyset

Brush and Floss Art. 1760

Sozialverträgliche Reformen statt Verweigerung und Ausstieg

- DAZ-Jahreshauptversammlung zeigt Alternativen zum Freien Verband auf

I. Berger

Bei der diesjährigen Jahreshauptversammlung in Göttingen vom 11.-13. Oktober präsentierte sich der DAZ als ein für seine Mitgliederstärke und Lebensdauer (man geht ins 12. Jahr) erstaunlich lebendiger und unbürokratischer Verband. Noch immer ist viel zu spüren von der persönlichen Nähe, Spontaneität und Improvisationsbereitschaft der frühen Jahre, die - wenn man den Reden der Vorstandsmitglieder folgt - nunmehr zuende gehen werden im Zuge der Professionalisierung der Geschäftsführung und des Zusammenschlusses mit dem größeren Partner NAV-Virchowbund.

Prof. Dr. Georg Meyer von der Universität Göttingen hatte als erster Referent am Samstagmorgen trotz des ausgedehnten gemütlichen Zusammenseins am Vorabend keine Mühe, bei seinen Zuhörern auf wache Ohren zu treffen: sein Vortrag und Diabilder, die für sich sprachen, riefen beim Praktiker die Einsichten und Ideale der Studienzeit ins Bewußtsein zurück, für den Laien waren sie eine Offenbarung. Zähne und weitere Elemente des Kausystems als Komponenten eines komplizierten und hochempfindlichen physiologischen Regelkreises, die zahnmedizinische Behand-

lung als störender Eingriff in diesen Regelkreis - Prof. Meyer verdeutlichte eindringlich die Notwendigkeit, sich bei jeder Behandlung und Ersatzkonstruktion so weit wie möglich dem natürlichen Vorbild anzunähern (siehe S. 311).

Nach den kritischen und selbstkritischen Worten des Hochschullehrers zu zahnärztlicher Sorgfalt traf das nächste Thema auf vorbereiteten Boden: Dr. Paschen und Dr. Krause aus Hamburg stellten den Begriff Qualitätssicherung und Modelle zahnärztlicher Qualitätssicherung zur Diskussion (ausführliche Artikel beider Autoren hierzu sind veröffentlicht worden im forum 34, S. 259-269); ergänzend gab Herr Dr. Seeger einen Erfahrungsbericht zu den Bemühungen der KZV Tübingen um Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Zum eher verbands- und berufspolitischen Teil leitete der Beitrag des 1. Vorsitzenden der Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ) Dr. Bolstorff, Berlin, über. Die IGZ (seit dem 9.11.1991 auch offiziell konstituiert) bietet mit ihrem „Kon-senspapier“ eine Alternative an zu den Ausstiegsszenarien von FVDZ und

ADZ. Ziel ist, möglichst viele zahnärztliche Organisationen zusammenzuschließen und mit vereinten Kräften hinzuwirken auf eine konstruktive und sozialverträgliche Weiterentwicklung des bisherigen Versicherungssystems. Isoliert betriebene Standespolitik - so Bolstorff - führt ins Abseits; die Zahnärzteschaft muß sozial- und gesundheitspolitische Notwendigkeiten in ihr Konzept integrieren.

Ähnlich stellte dies, nach einem Streifzug durch Geschichte und Entwicklung des DAZ, Dr. Ernst dar, der nach 5jähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender des Verbandes ins 2. Glied zurücktritt. In seinem Rechenschaftsbericht verdeutlichte er auf eindrucksvolle Weise die Ziele und Konsequenzen der sogenannten Liberalisierungsstrategien von FVDZ und ADZ und stellte demgegenüber die Bemühungen von DAZ und IGZ dar, die Erfordernisse einer sozial verantwortlichen zahnmedizinischen Versorgung mit den wirtschaftlichen Notwendigkeiten zahnärztlicher Praxisführung in Einklang zu bringen; sein ausführliches Referat ist auf den Seiten 312-324 wiedergegeben.

Wie bei jeder Jahreshauptversammlung durften auch in Göttingen neben den Berichten aus den Studiengruppen und den Fachreferaten (z.T. abgedruckt auf den Seiten 325-333) die verbandsüblichen Formalia nicht fehlen.

Insbesondere stand eine Satzungsänderung auf der Tagesordnung, die i.w. dazu dient, die Kooperation mit dem

NAV in die Vereinssatzung einzubauen und auf die Umorganisation der Geschäftsführung zu reagieren. Die Berichte der Kassenprüfer waren zur Kenntnis zu nehmen, die Entlastung des bisherigen Kassierers und des Vorstandes zu beschließen und - last not least - standen Vorstandswahlen an. Die einmütigen Abstimmungen und das geringe Gedrängel bei der Kandidatenkür ließen zum einen die funktionierende Kommunikation unter den im DAZ Aktiven erkennen - zum anderen zeigten sie deutlich, daß es beim DAZ nicht um Pfründe und Machtpositionen geht sondern um einen beträchtlichen Einsatz an Zeit und Energie, den gar nicht jede/r Kollege/in neben seiner beruflichen Arbeit leisten kann und will.

Das Wahlergebnis läßt Kontinuität in der Politik des DAZ erwarten, denn mit großer Mehrheit gewählt als 1. Vorsitzender wurde Dr. Michael Fritz aus Lohne, bisher bereits im Vorstand; Dr. Roland Ernst, Edeweicht, Dr. Rolf Lemmer, Bonn, und Dr. Kai Müller, Seefeld, wurden als Stellvertreter auserkoren, und das Amt des Kassierers übernimmt zukünftig Dr. Karl Jürgen Bäumler aus Brühl.

Mit Dank an im DAZ besonders engagierte Mitglieder - vor allem natürlich an den Vorsitzenden Dr. Ernst, aber auch an Dr. Hey für das Projekt Kochsalz-Fluoridierung und die Redaktionsarbeit an forum und Kontakten sowie an Dr. Nielsen für seine professionelle Pressearbeit

- ging die Göttinger Versammlung zuende. Die JHV 1992 wird in Köln stattfinden, mit Unterstützung durch die Kölner NAV-Virchowbund-Geschäftsstelle und das dem DAZ zugeordnete neugegründete Referat Zahnmedizin. Zu hoffen ist, daß die neue Organisationsstruktur dem Verband vermehrte Mitgliederwerbung und -betreuung, die Besetzung zusätzlicher Aufgabenfelder, verstärkte politische Präsenz im Verein

mit NAV-Virchowbund und IGZ ermöglicht und daß dennoch die sympathische Atmosphäre der „Gründerzeit“ erhalten bleibt: die lebendige Kommunikation, die Möglichkeit für jeden, ungehindert von hierarchischen Strukturen eigene Aktivitäten einzubringen, und nicht zuletzt - wie Dr. Ernst in seinem Bericht betonte - der Spaß, den trotz aller kräftefordernden Arbeit das Engagement im DAZ bereiten kann.

„Ich weiß, daß Sie es besser könnten ...“

Th. Murphy

Für den wissenschaftlichen Vortrag der diesjährigen Jahreshauptversammlung des DAZ in Göttingen konnte von der dortigen Universitätsklinik Herr Prof. Dr. Georg Meyer gewonnen werden. Prof. Meyer referierte zu dem Thema:

„Zahnärztliche Sorgfalt – Voraussetzung für die Gesunderhaltung des stomatognathen Systems“.

Er hob zunächst hervor, daß die Elemente des Kausystems nicht einzeln zu betrachten sind, sondern vielmehr Teile eines in sich geschlossenen Regelkreises darstellen, die wie Zahnräder ineinandergreifen. Liegt an einer Stelle dieses Regelkreises eine Störung vor, so kann sich diese an eben dieser Stelle bemerkbar machen. Genausogut ist es jedoch möglich, daß erste Symptome an ganz anderer Stelle sichtbar werden –

quasi im Sinne des schwächsten Gliedes einer Kette, das als erstes nachgibt.

So sind die Funktionsflächen der Zähne auf das Innigste verknüpft mit den Parodontien, den Kiefergelenken, der Muskulatur im Kopf- und Nackenbereich sowie dem Zentralnervensystem. Das Ziel der Zahnbehandlung muß sein, die ursprüngliche, natürliche Form des Zahnes möglichst exakt wiederherzustellen, um die einwandfreie Funktion des Regelkreises nicht zu gefährden. Die Verwendung moderner, härterer Amalgame wie auch die prothetische Rekonstruktion größerer Kaueinheiten fordern dem Zahnarzt besondere Sorgfalt ab.

In anschaulichen Fallbeispielen konnte Prof. Meyer die Auswirkungen neuromuskulärer Inkoordination aufgrund fehlerhafter Kauflächengestaltung zeigen.

Besonders betroffen zeigte er sich über Fälle, in denen Absolventen der strengen „Göttinger Schule“ wider besseres Wissen und Können Behandlungen vornehmen, die die Gesundheit des Kausystems gefährdet oder auch konkret beeinträchtigt hatten.

Häufig aber, so machte der Referent deutlich, ist dem Behandler kein Vorwurf zu machen, auch wenn seine Maßnahme den Regelkreis aus dem Gleichgewicht gebracht haben sollte. Am Beispiel des Wandels der Lehrmeinung über die ideale Position der Kondylen in Zentrik wurde klar, daß auch die Wissenschaft sich auf Irrwegen befinden kann: Viele Patienten sind von ihrem Zahnarzt in bester Absicht „maximal retrudiert“ rekonstruiert worden. Jahre später haben sich oft Schmerzen, Gelenkknacken, Verspannungen und ähnliches eingestellt, weil der Discus, vertrieben vom nach hinten forcierten Gelenkköpfchen, sich aus dem Gelenkspalt heraus in den vorderen Gelenkraum geflüchtet hat.

Folgerichtig schloß Prof. Meyer mit dem Appell, die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Wissenschaft aufmerksam, zugleich aber kritisch zu beobachten. Nicht das Bewährte habe seine Daseinsberechtigung zu beweisen, vielmehr müsse das Neue seine Überlegenheit in jeder Hinsicht zeigen, bevor es das Alte ersetzen könne.

Thomas Murphy



Prof. Meyer

Bericht des Vorsitzenden Dr. R. Ernst

Sehr verehrte Gäste, sehr verehrte Damen und Herren Kollegen, liebe Freunde im DAZ,

dieser in der Tagesordnung etwas nüchtern angekündigte Bericht des Vorstandes hat sich in den letzten Jahren immer mehr zu einer politischen Bilanz des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde entwickelt. Wo und wann böte sich auch eine bessere Gelegenheit

dazu, als hier in der Jahreshauptversammlung. Heute gebe ich diesen Bericht zum fünften Mal, und es wird das letzte Mal sein. Wenn ich bei der heutigen Neuwahl des Vorstandes nicht wieder für das Amt des Vorsitzenden kandidiere, gehen für mich fünf DAZ-Jahre zu Ende, an deren wichtigsten Entwicklungen ich Sie kurz teilhaben lassen möchte.

Der DAZ - Etikett für eine bessere Standespolitik

Als ich 1984 in den Vorstand gewählt wurde, war jede Ratssitzung eine kleine Vollversammlung. Die programmatische Grundsatzarbeit lag einige Jahre zurück, und fast alle Probleme der Zahnärzteschaft schienen für uns lösbar zu sein durch einen Griff in dieses oder jenes Kapitel unserer „Grundsätze und Empfehlungen des DAZ für die kassenzahnärztliche Versorgung“. Unser Problem war, daß außer uns niemand diesen Griff tat. Wir glaubten, dieses Programm sei so logisch, vernünftig und schlüssig, daß man es nur bekannt genug machen müsse, um die Mehrheit der Kollegen zu Anhängern des DAZ zu machen. Daß dies nicht so war – nicht so ist und auch nicht sein kann –, war für mich die schmerzlichste Erkenntnis dieser Jahre. Sie bereitete den Weg zu mehr Realismus und Pragmatismus. Dabei haben wir, so hoffe ich, Utopien und Ideale nicht aus dem Auge verloren.

Aber zurück: Jede Ratssitzung war eine kleine Vollversammlung, es herrschte das Lustprinzip und die Beliebigkeit – Rückschläge und Mißerfolge waren leicht zu ertragen. Form, Stil und Organisation waren kein Thema: der DAZ ließ sich aus dem Schuhkarton verwalten. Kurz: der DAZ existierte als Etikett für eine bessere Standespolitik, aber er existierte nicht als Berufsverband.

Bei meinem Amtsantritt hatte ich mir vorgenommen, ihm mehr davon zu geben, ohne aber die unmittelbare Ver-

bindung des Vorstandes zur Basis, sprich zu seinen Studiengruppen und zu engagierten Einzelmitgliedern, zu schwächen. Dies ist nur zum Teil gelungen, vor allem, weil wir aus Kostengründen darauf verzichteten, eine hauptamtliche Geschäftsstelle einzurichten. Damit mußte der sich ständig vergrößernde Verwaltungs- und Informationsapparat in wenigen Praxen erledigt werden, wobei sich besonders die Praxen von Helmut Diewald in Regensburg und von Hannes Hey/Christian Nielsen/Claudia Wohlgemuth in München große Verdienste erworben haben.

Der DAZ hat sich verändert

Die Anforderungen an Inhalt, Tempo und Form sind ständig gewachsen. Zeiträume von Wochen und Monaten, in denen Probleme gründlich und abgewogen erörtert werden konnten, sind zusammengeschnitten auf maximal wenige Tage – dabei nur noch von einem kleinen Kreis mit Telefax und Telefonkonferenz zu leisten.

Dies hat den DAZ verändert – die Basis an Mitgliedern ist zwar enorm gewachsen, funktioniert aber als Netz für mögliche Abstürze nicht mehr. Die Kontakte zu ihr sind weniger – und was noch schlimmer ist: der aktuelle politische Wissensstand und damit auch das Bewußtsein für die Prioritäten zieht sich auf einen immer kleineren Kreis zusammen. Wir haben dagegen angearbeitet: Das Vorhalten eines schnell erweiterten Vorstandsvertreter (mit mindestens 35 Kollegen), das regelmäßige viermalige Er-

scheinen unseres *forum* und die monatlichen *Kontakte* dienten dem Aufrechterhalten einer qualifizierten Information.

Die fortschreitende Publizität, die Anforderungen von Know-how, Presseerklärungen, gutachterlichen Stellungnahmen, Vorträgen, Reisen und v.a.m. lassen sich aber ohne Reibungsverluste nicht mehr ohne eine zentrale Geschäftsstelle abwickeln – wobei man nicht vergessen darf, daß die Vorstandsmitglieder Hunderte von Kilometern auseinander wohnen und tagsüber ihre Praxis und alle Familien haben.

Kooperation mit NAV und Professionalisierung

Aus diesem Grunde griffen wir gern zu, als sich vor drei Jahren die Chance der Zusammenarbeit mit dem NAV bot. Die Kooperation, sprich die Nachhilfe in Verbandsorganisation, machte hoffnungsvolle Fortschritte, bis mit dem Zusammenbruch der DDR die verbandspolitische Welt völlig neue Prioritäten gesetzt bekam. Darunter hat leider das Tempo und auch die Intensität des Zusammenschlusses von NAV und DAZ gelitten mit der Folge, daß wir erst seit Anfang dieses Monats Oktober 1991 eine Geschäftsstelle beim Referat Zahnmedizin des NAV unterhalten, dessen Name inzwischen um den Namen Virchowbund-DAZ erweitert worden ist. Aus einer Vielzahl von Bewerbern für die Stelle der Geschäftsführerin/Referatsleiterin haben wir mit Frau Berger eine Wahl getroffen, die schon jetzt zu größten Hoffnungen Anlaß gibt.

Die Kooperation mit dem NAV-VB, die wir heute beschließen wollen und die auch einige Satzungsänderungen nötig gemacht hat, erweitert jetzt schon das Spektrum der Vorstandsarbeit ganz erheblich. Unsere Teilnahme an den Vorstandssitzungen des größeren Verbandes hat uns sicherer gemacht in der Einschätzung der politischen Lage, der Durchsetzbarkeit von Ideen, der Gewichtung von politischen Partnern – auf welcher Seite sie auch stehen. Mir persönlich hat sie vor allem auch gezeigt, daß überall nur mit Wasser gekocht wird.

Beitritt zur IGZ

Durch das Zusammengehen mit dem NAV-VB, aber auch durch die kontinuierliche Pressearbeit von Christian Nielsen und die vielen Kontakte, die der Vorstand geknüpft hat, hat sich das Bild des DAZ nach innen wie nach außen gewandelt. Dies hängt unmittelbar zusammen mit dem Zerfall des Freien Verbandes in zwei Lager: das eine, das so weitermachen will wie bisher, und das andere, das sich unter der Führung der ADZ-Länder aus der Verantwortung der sozialen Zahnheilkunde herausstellen will. Immer mehr Kollegen erkennen, daß beide Lager keine akzeptablen Lösungen für die derzeitigen strukturellen und finanziellen Probleme anzubieten haben. Darum hat sich nun außerhalb des FVDZ ein Verband gegründet, der – ausgehend vom Verband der Zahnärzte Berlin unter dem Vorsitz von Herrn Kollegen Bolstorff – diejenigen zahnärztlichen Organisationen vereint, die die

Vertretung zahnärztlicher Interessen im Einklang mit sozial- und gesundheitspolitischer Vernunft suchen. Das Programm des DAZ hat das Programm dieses Verbandes – der IGZ – sehr befruchtet. Wir dürfen in aller Bescheidenheit sagen, daß wir uns in diesem Verband sehr wohl wiederfinden, wenn er sich am 09. November in Berlin zum Verein gründet und sich eine Satzung gibt.

Breitere Basis nötig

Wir beschließen also heute nicht nur eine Fusion mit dem NAV-VB, sondern auch den Beitritt zur IGZ. Beides wird die DAZ-Verbandsarbeit in Zukunft prägen, beides signalisiert aber auch einen Abschnitt und einen Neuanfang. Es wird unser Spektrum erweitern, unsere Möglichkeiten von Einflußnahme und Durchsetzungskraft vergrößern, es wird uns aber auch in die Pflicht nehmen, unsere programmatischen Aussagen der letzten Jahre an der Realität zu messen. Dies wird nicht möglich sein ohne eine Verbreiterung der Basis, ein Mehr an aktiven Mitarbeitern, an Helfern und an Mitgliedern. Diese breitere Basis zu schaffen wird eine der Hauptaufgaben der nächsten Zeit sein. Es sind alle aufgerufen, mitzumachen – ich kann Ihnen auch nach sieben Jahren noch mit gutem Gewissen sagen: die Arbeit hat Spaß gemacht – und sie macht immer noch Spaß!

Ich will die Betrachtung des DAZ-Innenlebens und seiner Verbands-Kontakte nun beenden und mich den Inhalten zuwenden, für die der DAZ steht.

„Wahl“-leistungen für „mündige“ Bürger?

Das Szenario brauche ich hier nicht auszubreiten: der FV-Vorsitzende Bieg, der alle Sozialpolitiker politisch links einstuft, ist von seinem eigenen Verband nicht wieder aufgestellt worden. Wo der noch fundamentalistischere Herr Gutmann nun als neuer Vorsitzender noch Gesprächspartner zur Durchsetzung seiner Vorstellungen finden wird, wird die Zukunft zeigen. Welche Programme und welche berufspolitische Zukunft sich mit Herrn Schad und der KZBV und Herrn Schneider und dem BDZ verbinden, mag auch jeder für sich beurteilen – klarer ist da schon das Programm der ADZ und von Herrn Schirbort.

Als kleinsten gemeinschaftlichen Nenner haben alle vier gemeinsam im vergangenen Monat ein Arbeitspapier vorgelegt; es beschreibt „Vertrags- und Wahlleistungen als Konzept einer Neuorientierung im Bereich Zahnheilkunde“. Es ist veröffentlicht in ZM 18/91 und dürfte Ihnen bekannt sein. Der Inhalt geht zurück auf ein 2 Jahre altes Diskussionspapier aus Bayern, das lediglich aus seinem Dornröschenschlaf erweckt wurde, um dem kürzlich verabschiedeten Konsenspapier der IGZ etwas entgegengesetzt zu können. Ich will Ihnen ein paar Kostproben aus dem Inhalt aber nicht vorenthalten, denn die Sachaussage des Papiers ist nicht zu trennen von seinem Vokabular.

- Es ist die Rede vom „mündigem Bürger und seiner Patientensouveränität“.

- Er kann „frei wählen zw. den Angeboten von Gesundheitsleistungen“.
- Die „Privatautonome Gestaltung zwischen Arzt und Patient“ eröffnet „Direktbeteiligungs- und Gestaltungsrechte“.
- Sie bringt die „Wiederherstellung von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung“ durch die „Liberalisierung des Leistungsrechts“ in „Vertrags- und Wahlleistungen“.
- Dabei geht es um „Wahlleistungen, die sich der einzelne nach seinen Bedürfnissen beschaffen kann“.
- Sie tragen „den individuellen Präferenzen des Patienten Rechnung“.
- „Die GKV muß daher für alle Altersstufen individuelle Prophylaxe durch die Zahnärzte zur Verfügung stellen.“
- „Die Kostenerstattung schafft für Zahnarzt und Patient die Möglichkeit, sich den indiv. Bedürfnissen und Wünschen des Patienten anzupassen.“
- „Damit ist sichergestellt, daß aufwendigere Leistungen vom Versicherten nachgefragt werden können, ohne daß die Wahl- und Gestaltungsrechte des Versicherten behindert werden.“
- Die „Liberalisierung des Leistungsrechtes“ wird „als eine Grundvoraussetzung einer ordnungspolitischen Neuorientierung der GKV“ dargestellt.
- „Festzuschüsse sind für Vertragsleistungen unabdingbar. Ansteigende Eigenbeteiligung des Patienten entsteht durch die Zunahme von ergänzenden und komplementären Wahlleistungen.“

Man muß kein Sprachforscher sein, um die Rabulistik zu erkennen. Hier wird die Realität von Alltagssituationen in Nebelwolken gehüllt. Der in der Regel dem Zahnarzt unterlegene Patient hat faktisch kein fachliches, sondern ausschließlich ein meist unfreiwilliges finanzielles Mitgestaltungsrecht. Das hat aber mit freier Wahl und Privatautonomie (was das auch immer ist) nichts zu tun, wenn er nicht bezahlen kann, was der Zahnarzt ihm vorschlägt und die Kasse nicht erstattet. Diese ausgekochte Perfidie hat erste Erfolge: es gibt inzwischen Sozial-Politiker und Journalisten, die auf den Leim gehen. Sie merken nicht, daß dies kein Liberalismus, sondern Sozial-Darwinismus ist. Er ermöglicht denen, die bisher gut versorgt wurden, eine noch aufwendigere Versorgung, und denen, die sich bisher nur knapp mittelwertigen ZE leisten konnten, finanziert er nur noch den minderwertigen – oder gar keinen mehr.

Zwei-Klassen Zahnheilkunde und Zwei-Klassen Zahnärzteschaft

Es gibt aber für Arzt und Patient keine Therapiefreiheit ohne Finanzierungssicherheit für ein breites Leistungsspektrum, und indikationsgerechte Therapiefreiheit ist keine betriebswirtschaftlich ausgerichtete Therapiebeliebigkeit. Diese Liberalisierung verlagert die Nachfrage zugunsten des zahlungskräftigen Teils der Bevölkerung und ist sozialpolitisch ein Rückschritt.

Aber auch das Gefälle innerhalb der Zahnärzteschaft wird größer: gut ausge-

stattete und gut gelegene Praxen werden gut zahlende Patienten komfortabler versorgen können als bisher. Sie werden mehr Zeit (weil weniger Patienten) und mehr Geld (weil die besser zahlen) zur Verfügung haben. Aber schlechter gelegene Praxen in einem sozial schwächeren Umfeld werden noch mehr Abstriche von ihrer Behandlung machen müssen als bisher, weil ihnen durch die Abwanderung der Selbstzahler und die Einschränkung des Therapiespektrums durch die Grundversorgung der positive Teil der Mischkalkulation fehlt, mit dem sie bis dahin die Qualität ihrer Sozialpraxis mitfinanziert haben. Dieser Aspekt ist der schmutzigste der ganzen Liberalisierungsdiskussion. Die Bereicherung einer Minderheit von „etwas besseren“ Zahnärzten wird auf dem Rücken ihrer Kollegen und ihrer Patienten ausgetragen.

Wollen wir dieser Entsolidarisierung unseres Berufsstandes in Clevere und weniger Clevere mit noch größeren Einkommensgefällen als bisher tatenlos zusehen? Sollen wir die Sorge um die gerechte Verteilung ärztlichen Honorars weiterhin als Neid gegenüber dem Tüchtigen (!?) abqualifizieren lassen? Nicht mehr der kranke Mensch stünde im Mittelpunkt des Arztinteresses, sondern der nachfragende Kunde als Objekt und Faktor einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation.

Der Ausgrenzung medizinisch nicht notwendiger Leistungen ist zuzustimmen – aber welche sind das? Die Mola-

ren-Endodontie, die einfache Brücke und die PAR-Chirurgie gehören sicher nicht dazu. (Diese 3 Leistungen z.B. will das Konsenspapier aus dem GKV-Katalog streichen). Die Einschränkung des Kassenzuschusses auch für notwendigen Zahnersatz ist nur akzeptabel, wenn das dort eingesparte Geld gesundheitspolitisch sinnvoll eingesetzt wird (z.B. für Honoraranhebung für Kons, Endo und vor allem für Prophylaxe auch vor dem 12. Lebensjahr und auch für Fissurenversiegelungen zumindest bei Risiko-Kindern).

Kostenerstattung neben Sachleistung - ein echtes Stück Liberalisierung

Dennoch könnte Kostenerstattung das Sachleistungssystem dort ergänzen, wo es gesundheitspolitisch unbedenklich ist, z.B. bei Zusatzleistungen, die außerhalb des BEMA nachgefragt und erbracht werden dürfen. Eine Reduktion des derzeitigen Leistungskataloges lehnen wir aber ab: Der BEMA beschreibt mit Abstrichen in der Prothetik die zahnärztliche Grundversorgung. Medizinisch indizierte Behandlung darf nicht durch Finanzierungshindernisse erschwert werden.

Schulz-Bongert kann ich gut folgen, wenn er das Kostenerstattungssystem auf der ganzen Linie neben das Sachleistungssystem stellen will. Er fordert für Zahnarzt und Patient die Wahlmöglichkeit auf der ganzen Linie. Er weiß, daß dazu eine Gesetzesänderung nötig ist. Diese Forderung nach Gesetzesänderung trage ich mit ihm! Selbstverständ-

lich müßte es möglich sein, alle Patienten nach GOZ zu behandeln – warum nur Beamte und Privatversicherte mit hohem Einkommen? Auch bei Privatbehandlung behalten alle gesetzlich Krankenversicherten Rechtsanspruch auf Erstattung der Kassenleistung im Rahmen der Verträge. Dies würde uns vor bedrohlichen Einzelverträgen mit Krankenkassen schützen, dies würde Praxen in teuren Lagen ihre Betriebskosten leichter tragen lassen, dies würde anspruchsvollen Kassenpatienten ihren Kassenanteil bewahren – kurzum, dies wäre ein echtes Stück Liberalisierung.

Aber: Das ist ja gar nicht die Kernforderung des sogenannten Liberalisierungskonzeptes. Es geht darin doch gar nicht um Wahlfreiheit – worum es geht, erleben wir gerade in Niedersachsen mit den sogenannten Begleitleistungen zum Zahnersatz. Es geht nicht um Liberalisierung, es geht um Ausgrenzung. Dies darf - und man kann es nicht häufig genug sagen - nicht zu Lasten der Bevölkerung und ihrer Zahnärzte gehen, für die eine Reduzierung des Sachleistungssystems nicht einen Gewinn, sondern einen Verlust an Wahlfreiheit bedeutet.

Das sogenannte Liberalisierungskonzept will das Sachleistungssystem ersetzen. Ihm wird eine mangelnde Ethik vorgeworfen, weil es dem Patienten die neuesten Entwicklungen der modernen Zahnheilkunde vorenthält. Tatsache ist, daß das neue Surrogat Patienten ihres fehlenden Geldes wegen von bewährten und erprobten Leistungen des bisherigen

Systems abschneidet. Auch das ist ein Beispiel für rabulistische Wortverdrehung. Es soll der mündige Bürger sich das Implantat mit Eichenlaub und Schwertern kaufen dürfen, aber doch nicht auf Kosten der einfachen Brücke für Otto Normalverbraucher! Dies ist unethisch, und wir lehnen es ab, uns daran zu beteiligen. Das sogenannte Liberalisierungskonzept stellt die soziale Aufgabe unseres Berufes in Frage. Es ist kein Modell, sondern es folgt dem falsch verstandenen Vorbild USA, wo Zahnärzte hohe Preise erzielen, wo sich aber infolge der unsozialen Basisversorgung 30 % der Bevölkerung keinerlei zahnmedizinische Behandlung leisten kann, wo infolgedessen heute intensiv an Wegen zu einer sozialen Krankenversicherung gearbeitet wird.

Der ärztliche Anspruch der Zahnärzte

Wenn die Zahnärzteschaft ihre gesellschaftliche und ihre Selbstachtung retten will, besinnt sie sich auf ihren ärztlichen Anspruch. Und der kann nur lauten: Wir müssen alles daran setzen, eine Bevölkerung so flächendeckend wie möglich vor Erkrankungen des Gebisses zu schützen. Dazu sind alle Bereiche der Prophylaxe einzusetzen. Risikogruppen – das sind diejenigen mit viel Karies, nicht etwa die mit viel Geld! – sind individuell, qualifiziert und kostendeckend zu betreuen. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, wird man ehrlich den Bürger vor die Alternative stellen können: entweder Du putzt oder Du

zahlst. Solange wir aber Prophylaxe-Entwicklungsland sind, ist die Privatisierung der daraus entstehenden Schäden unmoralisch, weil sie den kleinen Mann ungerechterweise mehr trifft.

Mit Genugtuung stelle ich am Ende meiner Amtszeit fest, daß es gelungen ist, ein von interessierter Seite in der Kollegenschaft lanciertes Mißverständnis zu korrigieren, nämlich: das des DAZ als selbsternannte Elite-Truppe der deutschen Zahnärzte, mit dem man uns vor Jahren zu isolieren versuchte. Die das sagen, wissen genau, daß dafür ganz andere Kreise und Zirkel zuständig sind, die sich in ihren gnathosophischen Höhenflügen einen Dreck darum kümmern, ja geradezu davon leben, daß der Kollege um die Ecke schlechte Füllungen macht und Sanierungskonzept für ein Fremdwort hält.

Unsere Patienten haben immer noch ein gutes Bild von uns: nach einer Umfrage von EMNID vom Mai 91 genießen Ärzte und Zahnärzte das höchste Ansehen, während Politiker und Versicherungsvertreter weit unten liegen. Dennoch wird die Merkantilisierung von einflußreichen Publikationsorganen der Zahnärzte heftig betrieben: unser Gewissen wird ausgehöhlt, wir werden aufgefordert, aus dem Sozialvertrag auszuweichen.

Entsprechend schillernd sind die Szenarien der Berufsausübung, die uns allerorten ins Haus flattern. Empfiehlt uns der Augsburger Marketing-Professor allen Ernstes für die Zukunft die Ge-

meinschaftspraxis mit dem Rechtsanwalt, gibt es auch andere Kombinationen, die Erfolg versprechen. Ich denke da – nach erfolgter Deregulierung der Kammergesetze – an die Gemeinschaftspraxis mit dem Heilpraktiker, der umsatzbeteiligt und auftragsgemäß Störfelder sucht und in der Regel findet und den Patienten zum Zahnarzt zurückschickt mit dem dringenden Auftrag, alle alten Füllungen zu entfernen und gegen neue amalgamfreie – neuerdings auch compositefreie – zu ersetzen. Das Team läßt sich bei Bedarf um Allergologen, Laborärzte, Internisten usw. erweitern, je nach Finanzkraft und „privatautonomer Mündigkeit“ des Patienten.

Sicher wird in der zahnärztlichen Kunst in Zukunft die kaufmännische Seite mehr als bisher eine Rolle spielen. Betriebswirtschaftlich geprägte Therapiebeliebigkeit wird einen größeren Stellenwert bekommen gegenüber indikationsbezogener Therapiefreiheit. Es folgt einem leicht nachvollziehbaren Rechenexempel: Um auf denselben Umsatz zu kommen, muß nach Einführung der Grundversorgung, der Festzuschüsse und des abgespeckten Versicherungskreises die Minderheit der zahlungsfähigen Patienten den Ausgleich für den dann ausgefallenen Umsatz liefern. Es werden an die Mündigkeit des Patienten erhebliche Anforderungen gestellt werden, wenn sie sich gegen die dann betriebswirtschaftlich bitter notwendige Übertherapie wehren müssen.

Die GKV - als Selbstbedienungsladen mißbraucht

Um es zum wiederholten Male zu sagen: Es gibt in diesem System notwendige Leistungen, die nicht kostendeckend in der erforderlichen Qualität erbracht werden können. Es gibt heute schon Kollegen, die nur noch mit enger geschnaltem Gürtel oder unter weiter Auslegung der Gebührenordnung und des BEMA existieren können. Gerade diesen Praxen helfen aber Ausstiegsszenarien wenig. Wir brauchen ein zuverlässiges und kollegiales Feed-back, eine Standesorganisation, die uns kollegial und uneigennützig hilft, die aber unsere Probleme nicht zum Kanonenfutter ihrer Machtpolitik macht. Wenn es einen Grund für den Verfall der GKV gibt, dann ist es der, daß man sie nicht davor schützen konnte, zum Selbstbedienungsladen aller Beteiligten zu verkommen. Der Gedanke des behutsamen Umgangs mit dem Gemeinwesen ist gewichen dem rücksichtslosen aasgeierhaften Zerfleddern des Kranken bei lebendigem Leibe. Dabei versäumen aber die, die die dicksten Brocken kauen, nicht, darauf hinzuweisen, daß das Opfer selbst schuld und viel zu alt war. Dies wird jedenfalls nicht die Todesursache sein – es wird eher an der Gefräßigkeit seiner fetten Kinder zugrunde gehen.

Darum: *Nein* zur Rückgabe des Sicherstellungsauftrages! Die Kassen würden als Antwort eigene Behandlungseinrichtungen schaffen, die ihre Leistungen unter verzerrten Wettbe-

werbsbedingungen anbieten könnten. Einzelverträge mit Zahnärzten würden abgeschlossen, die selbstverständlich Pflichten beinhalten, von denen wir uns im Augenblick noch keine Vorstellungen machen (angefangen von Zeitverträgen über variable Punktwerte je nach Marktangebot bis zu Gewährleistungsfristen und Garantiezusagen).

Chance zur Selbstkontrolle ungenutzt - stattdessen: Fremdkontrolle und Medizinischer Dienst

Und da ich gerade die Kassen erwähne: Noch ein Wort zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Er ist vom Gesetzgeber gar nicht für die Zahnmedizin gemacht worden. Wenn er aber eines Tages zu dem gefürchteten Instrument wird, als das er jetzt schon hingestellt wird, dann hatte er nur darum eine Chance, weil die eigene KZV ihre Pflicht zur Sicherstellung nicht mehr wahrgenommen hat. In völliger Verkenning der Lage glaubt eine KZV, die ihrer Pflicht auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und ordnungsgemäßer Honorarverteilung nicht nachkommt, damit würde ein Mehr an Freiheit geschaffen. Genau das Gegenteil ist der Fall. Dieser neue, scheinbar rechtsfreie Raum ist vom GRG längst ausgefüllt: vom Medizinischen Dienst und nicht mehr von uns.

Durch die Verweigerung einzelner KZVen, besonders Niedersachsen, Bayern und Nordrhein haben wir Selbstkontrolle verspielt und Fremdkontrolle eingehandelt. Das sicherste Mittel gegen

den Medizinischen Dienst ist ein sauberes Prüf- und Gutachterwesen in den Händen der eigenen Selbstverwaltung. Nur selbst gewählte und interessenunabhängige Kollegen, die nur ihrem Gewissen und den Verträgen verpflichtet sind, sind in der Lage, gutachterlich zu wirken. Der Medizinische Dienst als bei den Kassen angesiedelte Körperschaft wird sie nie ersetzen können.

Dabei ist die GKV keineswegs am Ende: Wer sagt denn, daß die Ausgaben für die Zahnmedizin nur so schnell steigen dürfen wie die Grundlohnsumme? Nach dem SGB V trifft dies nur für die Beitragssatzstabilität und die Gesamtvergütung zu (§ 71 und § 141 SGB V). Die Honorare der Ärzte haben damit aber nur mittelbar zu tun: sie nämlich steigen laut § 85 (3) SGB V mit den Praxiskosten, und § 72 spricht von angemessener Vergütung. Sie glaubhaft nachzuweisen, ist eine Verpflichtung unserer Standesführung, die andere ist, mit der anderen Seite (Krankenkassen und Sozialpolitikern) überhaupt erst einmal wieder partnerschaftlich ins Gespräch zu kommen.

Zahnmedizinische Wissenschaft - vor den falschen Karren gespannt oder im Elfenbeinturm

Und damit wäre ich beim sozial- und berufspolitischen Umfeld der Zahnärzteschaft. Überall wo Zahnärzte mit gekauften Gutachten oder bestellten Gutachtern in der Öffentlichkeit auftreten, erregen sie Befremden und bewirken Isolation. Es sind immer wieder diesel-

ben Namen von Juristen, Soziologen, Betriebswirten etc., die vor den Karren gespannt werden. Doch das ist nur ein Problem. Es gibt noch ein anderes: Sehr hilfreich bei der Weiterentwicklung der Zahnheilkunde wäre auch die zahnärztliche Wissenschaft. Ich rede nicht von Werkstoffkunde, Kronenrändern und Laserforschung. Ich rede von internationalen Erkenntnissen in der Prophylaxe, der Qualitätsforschung, der Beratung und Bewertung bei Vorgängen, die nicht nur die Wissenschaft selbst, sondern auch das Objekt der Wissenschaft, nämlich den Menschen und seinen Behandler mit einschließen. Bedauerlicherweise hat sich das Präsidium unserer wissenschaftlichen Muttergesellschaft zum Sprachrohr der Inhaber von ein paar großen Lehrstühlen zurückentwickelt und betreibt Berufspolitik nach außen erkennbar nur mit einem Sektglas in der Hand. Gelegentlich nimmt es vom BDZ noch beflissen Aufträge GOZ betreffend entgegen, die aber – schon im Eigeninteresse – gern erledigt werden.

Eine Einbindung in die öffentliche wissenschaftliche Diskussion um die Bedingungen einer modernen Zahnheilkunde lehnt sie aber ebenso kategorisch ab wie die um die notwendige Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung von Studenten und Berufsanfängern. Die aktive Beihilfe zur Liquidation der Kinderstomatologie und das fehlende Engagement für eine praktikable Qualitätssicherung sind nur zwei der schmerzlichsten Beispiele. Dringend nötige öffentliche und mutige Diskus-

sionen um die Rahmenbedingungen einer modernen Zahnheilkunde fallen Elfenbeinturmdenken zum Opfer, das am Ende des 20. Jahrhunderts gespenstisch anachronistisch erscheint und seine Wurzeln vermutlich im Berufsamtentum findet.

Es ist dringend zu hoffen, daß in der DGZMK eine Generation von jungen Wissenschaftlern heranwächst, die im Austausch mit Soziologen, Psychologen, Pädagogen, Kommunikationsforschern, Sozialökonomern u.a. Fachrichtungen die Scheuklappen ablegt, sich auch mit Bereichen zu beschäftigen, die unmittelbar neben unserem Fach liegen und deren Nicht-Einbeziehung unsere Weiterentwicklung auf Schritt und Tritt behindert. Hochnäsigkeit und Selbstgerechtigkeit sind schlechte Kommunikationsmittel – sie reichen nicht einmal über den Tellerrand hinaus, und besondere wissenschaftliche Qualifikationen weisen sie auch nicht aus. Ich will niemandem zu nahe treten; möglicherweise finden diese Kontakte schon an manchen Lehrstühlen statt: Wirkungen auf die Tätigkeit der DGZMK in der Öffentlichkeit habe ich noch nicht erkennen können.

Neue Bundesländer sollten kein Experimentierfeld sein

Und noch ein weiteres Thema muß ich in diesem Bericht ansprechen: Ich meine die Entwicklung der Berufsausübung in den neuen Bundesländern. Durch die permanente mißbräuchliche Nutzung von Körperschaftsgeldern für die Ziele

des Freien Verbandes mit gleichzeitiger massiver Unterdrückung der freien Meinungsbildung innerhalb der zahnärztlichen Öffentlichkeit hat sich in den neuen Bundesländern eine gefährliche Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Kollegen und der Darstellung der Bedürfnisse entwickelt. Gerade im Osten, wo die Kollegen ihr Berufsbild von einem Jahr aufs andere völlig ändern mußten, wäre die Übertragung der Sicherheit unseres Systems hilfreich gewesen. Wir wissen das aus vielen Einzelgesprächen. Statt dessen wird der Osten überschwemmt mit Missionaren, die die Unsicherheit der Kollegen ausnutzen, um ein großes Experimentierfeld zu eröffnen. Statt den Kollegen die Sicherheit zu geben, die unser System mit seinen bewährten und überschaubaren Strukturen bietet, werden sie mit Sandkastenspielen konfrontiert, deren Auswirkung sie noch weniger als wir hier im Westen beurteilen können und unter denen sie und ihre Patienten leiden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern, es tut uns leid, daß wir nicht in der Lage sind, Sie davor zu schützen. Der DAZ besitzt noch nicht die Verbandsstrukturen, um über Einzelkontakte hinaus Aufklärungsarbeit zu leisten. Wo wir darüber hinaus auf politischer oder publizistischer Ebene tätig werden konnten, haben wir gehandelt. Ich danke dafür allen, die sich selbstlos daran beteiligt haben.

Kernaussagen und Kernforderungen des DAZ

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich zum Schluß die Kernaussagen und die Kernforderungen zusammenfassen:

1. Das Sachleistungssystem deckt immer weniger das gesamte Spektrum der modernen Zahnheilkunde ab. Es engt den Spielraum eines sich stürmisch weiterentwickelnden Fachgebietes ein. Es beschränkt Therapiefreiheit, wenn es seinen Anspruch auf umfassende Versorgung nicht aufgibt. Es ist zu ergänzen durch Kostenerstattungsmodelle, die in echter Wahlfreiheit für Zahnarzt und Patient flexibler auf geänderte Anforderungen reagieren können. Dabei muß das bisherige Spektrum aber in voller Breite erhalten bleiben. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und Zahnärzten wird nicht aus ihrer Verantwortung entlassen – im Gegenteil, es wachsen ihr neue und verantwortungsvolle Aufgaben zu, um die Versicherten und die Kollegenschaft treuhänderisch vor Mißbrauch zu schützen.

2. In den BEMA sind Qualitätsanreize und Qualitätsvorgaben einzubeziehen. Dies setzt die Kontinuität angemessener Vergütungen (nach SGB V § 72) voraus.

Als Beispiele seien genannt:

- a. die erweiterte O1 mit PAR-, Hygiene- und Funktionsbefund
- b. die Anhebung der Endodontie-

Honorare mit Rö-Nachweis

- c. die Erweiterung der Prophylaxe auf alle Altersstufen mit Fissurenversiegelung bei Risiko-Kindern
- d. die Politur von Füllungen
- e. die Wiederherstellung der Honorierung der Behandlungsplanung.

Diese Liste ist nicht vollständig!

3. Im Rahmen des § 63 SGB V sind Gewährleistungsmodelle zu erproben. Dabei darf der Charakter des Dienstvertrages nicht infrage gestellt werden.

4. Ja zum chronologischen Krankenschein. Die positive Einstellung zur Dokumentation und zum Datenaustausch ausschließlich in der Praxis und in den eigenen KZVen oder Kammern zur Stärkung des Feedback der eigenen Leistung muß gefördert werden.

5. Die Beitragssatzstabilität ist kein bestimmender Faktor für die Kosten von Gesundheitsleistungen. Politiker, die solche Zusammenhänge in Gesetze schreiben, machen sich verantwortlich für Systemverdrossenheit, Leistungsunlust und Ausstiegsinitiativen. Staatliche Intervention ist erforderlich am Anfang der Kette, die zu Zahnerkrankungen führt, bei Gesundheitserziehung und Basisprophylaxe, nicht aber am Ende, wo die Schäden behoben werden müssen. Kommunale und regionale Initiativen zur Breitenprophylaxe sind systematisch und flächendeckend zu fördern. Prophylaktische Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung, wie z.B. Koch-

salzfluoridierung, verdienen demonstrative und fiskalische Unterstützung.

6. Zahnärztliche Aus- und Weiterbildung ist zu verbessern. Die Schwerpunkte sind von restaurativer zu präventiver ZHK zu verschieben. Dazu sind Approbationsordnung und Kapazitätsordnung zu reformieren. Geeignete Vorschläge liegen auf dem Tisch.
7. Ostdeutschen Kolleginnen und Kollegen ist sofort der volle Punktwert zu gewähren. Nur so werden die Flucht in die Masse und die daraus folgenden qualitativen Defizite zu verhindern sein. Die fünf neuen Bundesländer sind kein Experimentierfeld für Marketingstrategien. Die Kollegen brauchen unsere solidarische Unterstützung, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist.

DAZ-Lobby für mehr Gesundheit

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

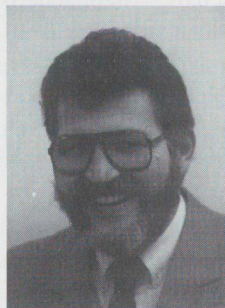
Politik des DAZ hat sich immer verstanden als Lobby für mehr Gesundheit. Er vertritt die Interessen derjenigen Zahnärzte, die dieses Ziel teilen. Sein Ziel ist die Verankerung der Chance der Bürger auf Zahngesundheit – durch Prävention und Therapie – als soziale Norm dieser Gesellschaft wie das Wahlrecht, das Recht auf sauberes Trinkwasser und die freie Meinungsäußerung.

Erst eine Standesführung, die dieses Ziel erreicht hat, hat das Recht, vom dann mündigen Bürger zu verlangen, den bei ihm entstandenen Schaden selbst

zu bezahlen. Eine ärztliche Berufspolitik, die aber die Behebung nicht ausschließlich selbstverursachter Schäden zum Luxus einer Bevölkerungsmindertheit erklärt, steht zu recht im gesellschaftlichen Abseits.

Liberalisierung hat etwas mit Freiheit zu tun. Freiheit hat aber zwei Richtungen. Sie darf nicht länger in unsere Gehirne eingehämmert werden als Freiheit wovon – von Zwängen, von Einschränkungen und von sozialen Verpflichtungen. Sie muß wieder verstanden werden als Freiheit wozu – zu Humanität, zu Zuwendung, zu kritischem Selbstbewußtsein. Überlassen Sie die Zukunft der Zahnheilkunde, der qualifizierten und humanen Versorgung unserer Patienten, die Zukunft unserer Praxen und das Ansehen unseres Berufsstandes nicht ein paar maßlos überdrehten Provinzdemagogen und ihrem Anhang.

Ärztlicher – auch zahnärztlicher – Berufsalltag ist undenkbar ohne Caritas, Ethos und Idealismus. Große Worte – ich weiß! Aber zu groß, um auf sie in der Politik zu verzichten?



Dr. Roland Ernst

Bericht des Pressereferenten

Chr. Nielsen

Zur Lage

Das berufspolitische Weltbild vieler Kollegen ist durch das jahrzehntelang beanspruchte Meinungs- und Medienmonopol des FVDZ nicht selten so vernebelt, daß auch neutrale Informationen aus anderen Quellen auf gewohnheitsmäßige Barrieren stoßen. Dieses Akzeptanzproblem belastet die Öffentlichkeitsarbeit des DAZ bis heute. Deshalb steht neben der Informationsvermittlung und Meinungsbildung auch immer der Abbau von Vorurteilen im Vordergrund.

Zur Arbeit

Für den Berichtszeitraum ist festzustellen, daß der DAZ in den zahnärztlichen Medien zunehmend präsent ist und als Berufsverband ein positives und etabliertes Profil gewinnt. Anfragen und Informationswünsche sind relativ häufig. Bei der Weitergabe von Pressemitteilungen an bundesweit erscheinende Organe wie ZM, DZW, ZWR, Dental-Spiegel u.a. gibt es keine Schwierigkeiten oder Benachteiligungen. Mit den Redaktionen und der „Informationsstelle der Deutschen Zahnärzte“ bestehen normale Kontakte. Reibungslos klappt die Zusammenarbeit mit der Pressestelle des NAV-Virchow-Bundes, hier sind weitere Gemeinsamkeiten vorgesehen.

Seit der JHV 1990 wurden Pressemitteilungen zu folgenden Themen veröffentlicht:

- 10/90 Ergebnisse der DAZ-Vorstandswahlen
- 11/90 Zahnarzt bleibt Sozialberuf!
- 11/90 NAV - starker Partner für den DAZ
- 11/90 Stellungnahme zur Grundversorgung
- 12/90 Monopol des FVDZ gebrochen!
- 12/90 DAZ verurteilt Bevormundung der ostdeutschen Kollegen
- 12/90 Politik für Zahnärzte und Patienten
- 01/91 Berufsethik wahren!
- 01/91 Realistisches Sachverständigen-gutachten
- 02/91 DAZ fordert verstärkte Hilfen für ostdeutsche Kollègen
- 03/91 Stellungnahme zum Themenbereich Individual- und Gruppenprophylaxe im Sachverständigen-gutachten 1991
- 03/91 DAZ fordert Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz
- 05/91 Bonusheft - ein Denkfehler!
- 06/91 Bald keine „Zahnärzthelferinnen“ mehr!
- 06/91 DAZ verurteilt Diskriminierung ostdeutscher Kinderstomatologen
- 06/91 Mehr Gerechtigkeit durch Novellierung des SGB-V
- 06/91 DAZ wehrt sich gegen Verleumdungskampagne des FVDZ
- 07/91 DAZ erreicht Zulassung von fluoridiertem Speisesalz

08/91 NAV-Virchow-Bund fordert systematische Kariesprophylaxe

09/91 Appell an Eltern: Schultüten richtig füllen!

09/91 DAZ: TV-Werbeverbot für Süßigkeiten!

Neben den Pressemitteilungen konnten einige Leserbriefe und Gastkommentare plaziert werden, es erfolgten telefonische Stellungnahmen Redaktionen und Patienten gegenüber. Themen mit ungewöhnlich großer Außenwirkung waren ‚Kochsalzfluoridierung‘, ‚TV-Verbot für Süßigkeitenwerbung‘ und ‚Helferinnenmangel‘, – sie führten zu insgesamt 7 Rundfunkinterviews und einem Fernsehinterview. Standesinterne Konflikte provozierte unser demonstratives Eintreten für die ostdeutsche Kollegenschaft und erhaltenswerte Strukturen der ‚Kinderstomatologie‘.

Ein Pressespiegel konnte aus Zeitgründen leider nicht erstellt werden.

Weitere Presse- und Öffentlichkeitsaktivitäten wurden durch die Kollegen Ernst, Fritz, Lemmer und Witte wahrgenommen sowie insbesondere durch

Hannes Hey, der mit professioneller Unterstützung eine breite Kampagne zur Einführung des fluoridierten Speisesalzes betreut.

Dank und Bitte

Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen für Hilfe und Kritik, wünsche mir jedoch für eine noch erfolgreichere Öffentlichkeitsarbeit des DAZ weitere Themenvorschläge, Meinungsäußerungen, (formlose Roh-) Texte, flankierende Leserbriefe zu aktuellen Themen, ‚Fundsachen‘ aus der öffentlichen und Fach-Presse.

Die Bedingungen, in den Leserbriefspalten der bundesweiten Fachmedien eine auch kontroverse berufspolitische Diskussion zu führen, sind zur Zeit günstiger als je zuvor. Es wäre deshalb ein Fehler, diese Chancen verantwortungsbewußter Meinungsbildung ungenutzt verstreichen zu lassen. Ein Pressereferent allein ist damit überfordert.

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

Bericht des Referenten für Jugendzahnpflege und Prophylaxe

M. Witte

„Wo wäre die deutsche Zahnärzteschaft heute, wenn sie nicht die erste gewesen wäre, die dies (gemeint ist die zahnärztliche Prävention als Weg zur Zahngesundheit) verfolgt hätte. Der Glaubwürdigkeitsverlust des deutschen Zahnarztes wäre unausweichlich gewesen.“

H.-H. Bieg (DFZ 6/91)

Individualprophylaxe

Die Vertragspartner haben in fast 2jährigen Verhandlungen den § 22 SGB V (Individualprophylaxe) ausgestaltet. Der Vertrag ist seit dem 1. 1. 91 in Kraft. Wie sollte der Einstieg in die Individualprophylaxe besser ausfallen (höhere Leistungsbewertung, Einbeziehung der Fissurenversiegelung, Festsetzung des Beginns individualprophylaktischer Maßnahmen ab dem 12. Lebensjahr), wenn als Gegenleistung die Zahnärzteschaft keine sozialmedizinische Verantwortung im Rahmen der Gruppenprophylaxe trägt.

Gruppenprophylaxe

Fast 3 Jahre nach Inkrafttreten des SGB V steht die Umsetzung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlung in Rahmenvereinbarungen auf Länderebene in Niedersachsen, Bremen, Hamburg,

Nordrhein, (Bayern) und im Saarland noch immer aus. Ob allerdings die in den übrigen alten Bundesländern abgeschlossenen Vereinbarungen geeignet sind, die Gruppenprophylaxe wirklich auf den Weg zu bringen? – Die Akzeptanz der Dokumentationsbögen zur Erfolgskontrolle gruppenprophylaktischer Maßnahmen ist bei den Landesarbeitsgemeinschaften nicht sonderlich groß.

Ein Lichtblick ist Berlin: Die Gruppenprophylaxe wird im wesentlichen von speziell geschulten Zahnärzthelferinnen durchgeführt, die Untersuchung erfolgt durch den Zahnarzt.

In den neuen Bundesländern Sachsen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern soll die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften in Kürze erfolgen.

Gesundheitspolitisches Aktionsprogramm des BDZ

Der Abschnitt Prophylaxe im BDZ-Aktionsprogramm für die 90er Jahre wurde einer kritischen Wertung unterzogen (DAZ Forum 10, 111 (1991)).

Kochsalzfluoridierung

Wenn wir Arbeit und Erfolge des DAZ einmal kritisch durchleuchten, dann

steht ganz oben als besondere Leistung unseres Verbandes, daß die Zulassung von fluoridiertem Speisesalz erreicht wurde – und dies ist ganz alleine dem jahrelangen, zähen Bemühen von Hannes Hey zu verdanken. Das Bundesgesundheitsministerium erteilte die Genehmigung zum Vertrieb des französischen Produktes „SEL FLUJOSAL“. Der DAZ hat eine Informationsstelle für Kariesprophylaxe gegründet und einen wissenschaftlichen Beirat ins Leben gerufen, dem Hannes Hey als Sprecher, Prof. Marthaler, Prof. Strubelt, PD Dr. Einwag, Dr. Hirschmann, Doz. Dr. Hetzer, Dr. Reihlen, Dr. Päßler und Dr. Micheelis angehören. Informationsblätter und Broschüren für Verbraucher und Meinungsbildner liegen vor.

Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Tagung Ende Januar in Bad Laer stand unter dem Thema „Strukturen der Jugendzahnpflege in den neuen und alten Bundesländern“. Die VertreterInnen aus den zuständigen Länderministerien in den neuen Bundesländern wiesen auf ihre Prophylaxeerfolge hin und forderten eindringlich eine Fortsetzung der prophylaktischen und kurativen Tätigkeit. Es zeigte sich einmal mehr, daß die Kinderzahnärzte weder bei unseren Ständevertretern noch bei den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Fürsprecher finden. Allein unsere „Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege und Prophylaxe in der

Bundesrepublik Deutschland“ fanden eine positive Würdigung durch die Vertreterin aus Brandenburg.

Vereinigung der AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Auf der Jahrestagung 1991 in Erfurt erhielt der neugewählte Vorsitzende der AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK Prof. Wetzel auf der Mitgliederversammlung den Auftrag, Vorschläge für eine Vereinigung der AG mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (ehemals Kinderstomatologie) zu erarbeiten und an die DGZMK heranzutragen. Der eher schlechte Bericht in „ZM Aktuell“ führte zu einer heftigen Intervention des DGZMK-Präsidenten Nolden. In einem Schreiben an den KZBV-Vorsitzenden heißt es: „In ZM-Aktuell wird ein Artikel in großer Aufmachung ... publiziert, in dem sehr einseitig die Tendenzen einer Gruppe der Arbeitsgemeinschaft dargestellt werden.“ Des weiteren disqualifiziert Nolden in einem Schreiben an die Mitglieder der AG die ehemalige Gesellschaft für Kinderstomatologie als eine Vereinigung mit vornehmlich berufs- und hochschulpolitischen Aktivitäten. Auf einem Fragebogen werden die Mitglieder der AG vor die Wahl gestellt: Erhalt der AG oder Vereinigung mit der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Die Mitglieder sollen sich mehrheitlich für den Erhalt der AG ausgesprochen haben. Die DGZMK kann

dank ihrer massiven Einflußnahme abermals den „Erfolg“ buchen, die Entwicklung der Kinderzahnheilkunde gebremst zu haben.

DAJ-Informationsveranstaltung

Eine Informationsveranstaltung des Zusammenschlusses „Deutscher Ausschuß für Jugendzahnpflege“ (DAJ) im Juni stand unter den Themen:

- Umsetzung des § 21 auf der Grundlage der Rahmenempfehlung,
- Dokumentation und statistische Auswertung der Gruppenprophylaxe.

Aus der Sicht der Zahnärzteschaft referierte Boehme mit folgenden Schwerpunkten:

- Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften in den neuen Bundesländern nach westdeutschem Vorbild,
- Obuleuteprogramm der niedergelassenen Zahnärzte,
- Aufgabe der Einheit von Prävention und Behandlung in der kinderstomatologischen Betreuung,
- Ablehnung einer Intensivbetreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe.

Immerhin – wir sind bei der Gruppenprophylaxe auf qualifiziertes Hilfspersonal angewiesen.

Zahlreiche Kollegen aus den neuen Bundesländern äußerten ihre Bestürzung. Für die Zahnärztlichen Mitteilungen boten die Referate wenig Differenzen „und somit wenig Diskussionsbedarf“. Der Vertreter der Krankenkassen präsentierte ein Konzept zum Erhalt be-

währter Strukturen der kinderzahnärztlichen Betreuung in den neuen Bundesländern. Am Rande der Tagung konnten Kontakte zur DAJ-Geschäftsführerin Dr. Goepel geknüpft werden.

Tag der Zahngesundheit am 25. Sept. 91

Der DAZ hat sich an dem Aktionstag nicht beteiligt. Der Medienrummel wird ohne nachweisbaren Einfluß auf die Mundgesundheit bleiben. Mit dem Aktionstag wurde die Chance vertan, Aktivitäten auf unterer Ebene in Gang zu setzen und die Zahnärzteschaft dauerhaft in die Gruppenprophylaxe einzubinden.

Pressemitteilungen/Stellungnahmen

Neben 3 Pressemitteilungen wurde eine Stellungnahme zum Themenbereich Individual-/Gruppenprophylaxe im Jahresgutachten 1991 des Sachverständigenrates erstellt.

Welche Aufgaben stehen unmittelbar an?

- die rechtlichen Voraussetzungen für die Herstellung von fluoridiertem Speisesalz müssen vorangetrieben werden,
- der niedersächsische „Müsli-Erlass“ (Verbot des Süßigkeitenverkaufs an Schulen) hat Modellcharakter für andere Bundesländer,
- die Einbindung von Kinderärzten und Gynäkologen in die Kariesprophylaxe (in Bayern wurde ein Anfang gemacht),

- die Veröffentlichung der IDZ-Mundgesundheitsstudie steht bevor und bedarf einer Bewertung,
- die Mitarbeit an der Novellierung der GOZ-Positionen für „Prophylaktische Leistungen“ wird gebraucht.

Meinem(r) Nachfolger(in) wünsche ich Erfolg, viele Ideen und neuen Schwung.

*Dr. Manfred Witte
Hunoldstr. 62 c
2906 Hundsmühlen*

Bericht des Referenten für Qualitätssicherung

Chr. Nielsen

Zur Lage

Die Stagnation zahnmedizinischer Qualitätssicherung (QS) ist noch nicht überwunden. Das Postulat der BDZ/KZBV-Arbeitsgruppe ‚Qualitätsfragen‘, ‚Qualitätssicherung sei ureigenste Angelegenheit des Berufsstandes‘ hat noch keine konkrete Umsetzung erfahren. Dies kritisieren auch das Gesundheitsministerium und der Sachverständigenrat, die wiederholt glaubwürdige und systematische QS-Programme angemahnt haben.

Durch die Arbeiten einzelner Praktiker und Wissenschaftler sowie die anhaltende bzw. wachsende QS-Bereitschaft verschiedener Verbände (DAZ, VDZM, IGZ, aber auch BdB, PKV u.a.) scheint sich die zahnmedizinische Qualitätssicherung jedoch derzeit in eine neue Phase weiterzuentwickeln: Die ‚Definitionsphase‘, also Grundlagenforschung, Fachvokabular, Sichtung internationaler und allgemeinmedizinischer Erfahrungen u.a., ist weitgehend geklärt. Der

nun nächste Schritt führt in die ‚Anwendungsphase‘, in der beherrzte Erprobungsmodelle, Konsens-Konferenzen, Standards, Evaluationen, Qualitätszirkel, neue Dokumentations-Bewertungen etc. die Aktivitäten bestimmen (sollen). Parallel dazu warten die §§ 135 und 136 SGB-V (Qualitätssicherung) darauf, mit Leben erfüllt zu werden.

Die offizielle, bisher einhellig vertretene Hinhaltetaktik wird neuerdings in einigen KZV-Bereichen nicht mehr mitgetragen. Zunehmende Aktivitäten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) veranlassen die Körperschaften, auch eigene QS-Initiativen zu starten. So evaluiert die KZV Tübingen bei allen ZE-Gutachten diagnostische Überlegungen, die Qualität der Vorbehandlung und die Richtigkeit der Indikation. Damit folgt sie einem alten DAZ-Vorschlag, standesintern die Ergebnisse (!) zahnärztlichen Handelns zu evaluieren und daraus die Konsequenzen weiterer Qualitätssicherung abzuleiten.

Dieses Vorgehen entspricht den Prinzipien medizinischer Qualitätssicherung, den Vorgaben des SGB-V, den Empfehlungen des Sachverständigenrates und nicht zuletzt dem gesunden Menschenverstand. Die Tübinger Aktion verdient Unterstützung und Verbreitung!

Zur Arbeit

Für das QS-Referat gab es im Berichtszeitraum keine größeren Aufgaben. Soweit möglich, wurde eingehende Literatur gesichtet/gesammelt; schon quantitativ stößt man bald an Grenzen. Teilnahme an gelegentlichen QS-Diskussionen, Offenheit für alle Vorschläge, die geeignet sein können, die Zahnärzteschaft zur qualitativen Eigenverantwortung zu sensibilisieren. Die DAZ-eigene Gewichtung der Ergebnisqualität steht nicht zur Disposition.

Im DAZ gibt es inzwischen eine Reihe von Kollegen und Studiengruppen, die sich in Fragestellungen der Qualitätssicherung einarbeiten. Der DAZ-Vorstand ist besonders dankbar dafür, daß sich

*Dr. Harald Strippel,
Georg-Voigt-Str. 3, 3550 Marburg,
Tel. 06421-283215/63970*

bereit erklärt hat, für alle QS-Fragen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Kollege Strippel gehört zu den wenigen Zahnmedizinern, die die QS-Literatur überblicken und qualifizierte Vorstellungen zu Problemen der Methodik, der Dokumentation, zur Diskussion von

Standards und Kriterien entwickelt haben.

Inner- und außerhalb der Studiengruppen bitte ich alle Kolleginnen und Kollegen, an einem Netzwerk der Qualitätssicherung mitzuwirken, Kontakte zu suchen und anzubieten, populistische Leerformeln (,voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung' u.ä.) kritisch zu hinterfragen, dafür Sorge zu tragen, daß der Fortgang der Qualitätssicherung nicht stockt oder in eine falsche Fährte gerät. Der DAZ will die Richtung mitbestimmen, aktiv teilnehmen an der zu erwartenden Diskussion um Struktur-, Prozeß- und Ergebnis-Standards. In dem Maße, wie unser Verband den Start in die Definitionsphase initiiert und befruchtet hat, muß es möglich sein, die praktische Umsetzung der Qualitätssicherung als ,Angelegenheit des Standes' mitzuprägen.

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

Bericht des Referenten für Umweltfragen

U. Happ

In dem seit nunmehr 2 Jahren bestehenden Referat wurde schnell erkannt, daß mit dem Schlagwort „Umwelt...“ die Problematik sehr unzureichend definiert und von Verschiedenen verschieden interpretiert wird. Dieses führte zu einer Beschreibung der vorgenommenen Aufgaben: Arbeits- und Umweltschutz in der Zahnarztpraxis.

Der Umweltfrage nehmen sich zahlreiche Gruppen an. Es wurde von unserer Seite versucht, Kontakte herzustellen und Zusammenarbeit zu vereinbaren mit dem Ziel, daß vielleicht *arbeitsteilig* in diesem umfangreichen Tätigkeitsfeld ein gemeinsames Konzept erstellt und als *praktikable Anleitung* den KollegInnen an die Hand gegeben werden könnte. Dieses führte bislang leider nicht zum Erfolg: jede Gruppe „brösel“ offenbar lieber alleine vor sich hin oder „profilier“ sich allein mit ihren Ergebnissen.

Unser Umweltverständnis beinhaltet im wesentlichen Vorsorge: durch unsere Arbeit soll kein unnötiger Schaden für Mensch und Umwelt entstehen. Dabei beschränken wir uns nicht auf die Empfehlung von z.B. Energiesparbirnen oder Recyclingpapier (denn das wäre nicht berufsspezifisch); auf der anderen Seite gehen wir jedoch auch nicht so weit, daß wir die Behandlung von Umweltge-

schädigten einbeziehen (denn das wäre keine Prophylaxe). Wir versuchen, Probleme zu erkennen, zu definieren, einzugrenzen und Lösungen zu finden, die im Praxisalltag realisiert werden und eine Arbeitserleichterung darstellen können. Den Vorschlag, gebrauchtes Alginat und Gips einzeln zu sammeln und zu recyceln, sehe ich zumindest so lange nicht als positiven Beitrag, solange nicht gleichzeitig gesagt wird, wer die Sammlung anschließend zu welchen Kosten oder Vergütungen abnimmt. Es kann nicht Sinn des Umweltschutzes sein, daß wir im Keller unsere eigenen Sondermüll-Deponien anlegen. Gut hingegen ist der Vorschlag, im Mietshaus mit den anderen Praxen, Büros oder dergl. zu vereinbaren, daß z.B. einmal pro Woche das Altpapier von allen Mietparteien zusammengetragen und (ggf. kommerziell) entsorgt wird. So wird ein Wirtschaftsgut kostengünstig zurückgewonnen bei Einbindung und Entlastung der einzelnen Teilnehmer sowie Reduzierung des Müllaufkommens.

Umwelt- und Arbeitsschutz ist Aufgabe der Verursacher, also von uns. Es wäre eine wichtige Aufgabe unserer Berufsvertretungen, der Kammern, hier Eigeninitiative zu entwickeln und Vorarbeit zu leisten, um unser Ansehen zu

mehren und Schaden und Folgekosten vorzubeugen. Unser Bericht 1990 stellte diese Problematik dar – geschehen ist in unseren Standesorganisationen seitdem wenig.

Umwelt- und Arbeitsschutz ist auch ein Wirtschaftsfaktor geworden, und es wäre eine wichtige Aufgabe unserer Kammern, hier regulierend zugunsten ihrer Mitglieder einzugreifen. Auch davon ist wenig zu bemerken.

Der DAZ hat in seinen 1989 veröffentlichten „*Konzeptionen zum Umwelt- und Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis*“ zahlreiche Probleme angesprochen und Lösungen vorgeschlagen. Eigene Vorschläge konnten ausführlich in Artikeln vorgestellt werden – im FORUM und in den KONTAKTEN, im ARTIKULATOR, in DIE ZAHNARZTHELFERIN und im DENTAL-MAGAZIN – und auf diesen Wegen Eingang in die Praxen finden. Oder es konnte die Dental-Industrie angeregt werden, unseren Vorschlägen zu folgen (z.B. Am-Kapsel-Rücknahme).

Zur Realisierung von Entsorgungs- und Beratungskonzepten wurde die, dem DAZ nahestehende, Firma „medservo“ gegründet. Da von den Kammern boykottiert, konnte das praxis-individuelle, umfassende Entsorgungskonzept

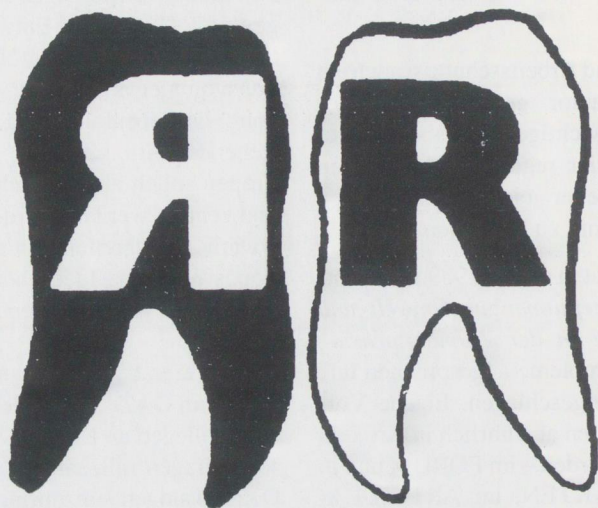
leider nicht eingeführt werden. Das Beratungskonzept bezüglich Quecksilberdampf-Reduzierung und Amalgamabscheidung wird hingegen erfolgreich angewandt. Um weitere Entwicklungen zu realisieren, wurde ein größeres Investitionsvolumen notwendig, was zur Gründung der ebenfalls dem DAZ nahestehenden Firma „medeq“ führte. Beide Firmen sollen als Möglichkeit gesehen und genutzt werden, auf dem Markt innovativ einzugreifen und eigene, in der Praxis geborene Ideen bei angemessenen Kosten verwirklichen zu können.

Das Referat „Arbeits- und Umweltschutz im DAZ“ bittet alle Kolleginnen und Kollegen an Umwelt- und Arbeitsschutzfragen mitzuarbeiten und eigene Detaillösungen einzubringen bzw. als Beitrag zur Veröffentlichung an die FORUM-Redaktion zu schicken. Nur so können umweltgerechte Methoden auf breiter Basis Eingang in zahnärztliche Praxen finden und dadurch der Gesamtheit Nutzen bringen.

Im folgenden werden unsere ständig erweiterten Konzeptionen zum Arbeits- und Umweltschutz vorgestellt.

Dr. Ulrich Happ
Spadenteich 1
2000 Hamburg 1

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

Konzeptionen zum Umwelt- und Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis

Aus dem Referat Arbeits- und Umweltschutz des DAZ

J. Bremer, U. Happ, A. Maurer

Viele Forderungen zum Umwelt- und Arbeitsschutz tangieren unsere beruflichen Verpflichtungen als zahnmedizinische Behandler, als Ausbilder und als Arbeitgeber. Sie begeben uns zum Teil als gesetzliche Auflagen, als Verpflichtungen, als Empfehlungen nicht zuletzt auch als Überlegungen, die aus unserem eigenen Wissen im ökologische Zusammenhänge resultieren. Manche in den letzten Jahren gewonnene Erkenntnisse sind vom Gesetzgeber oder der Industrie noch nicht aufgegriffen worden; andere führten und führen zu zum Teil nicht sachgemäßen gesetzlichen Forderungen oder gewerblichen Vorschlägen und bedingen einen erheblichen Aufwand an Zeit und Geld (z.B. Medizingeräteverordnung, AM-Abscheider, Entsorgungsrahmenverträge).

Wie bei allen uns betreffenden Problemen sollte unser Berufsstand von sich aus aktiv werden, Tatsachen und Entwicklungen analysieren und Problemlösungen erarbeiten, anstatt Vorschläge und Entwicklungen zu behindern, sei es

aus Gründen der Kosten oder der Uneinsichtigkeit. Es müssen wirkliche Bemühungen sein, nicht Alibiaktionen, die von den Problemen ablenken.

Eigene sachkundige Konzeptionen zum Umwelt- und Arbeitsschutz, selbstverpflichtend durchgeführt, sind allemal fachfremden Verordnungen vorzuziehen. Verantwortungsbewußtes Handeln für Patienten, Arbeitnehmer und Umwelt dürfen Praktikabilität und Kosten nicht außer Acht lassen, wenn sie konsensfähig sein sollen. Dies ist bei standesinternen Lösungen wahrscheinlicher als bei von außen aufoktroierten. Es bringt uns überdies Gewinn an Glaubwürdigkeit und Reputation. Nur mit eigenverantwortlichem Vorgehen können wir wieder unsere zahnärztliche Autorität gewinnen, das Ansehen unseres Berufsstandes heben und positiven Einfluß auf politische wie wirtschaftliche Rahmenbedingungen nehmen.

Im folgenden sollen einige Problemereiche aufgezeigt und einige Lö-

die Ausführung läßt diverse Wege offen. Auch wegen des öffentlichen Aufsehens besteht Handlungsbedarf.

Durch die von div. ZÄK geschlossenen Rahmenverträge sind im Prinzip die Konditionen der gewerbl. Anbieter akzeptiert worden bzw. es wurde bisher kaum ein die Vorgaben erfüllender Gegenvorschlag gemacht. Nur Hamburg hat eigene Konditionen erarbeitet und diese zur Grundlage einer Ausschreibung gemacht. Dieser Weg empfiehlt sich auch für andere LZK.

Bei der Entsorgung geht es nicht nur um Hg – siehe folgenden Text.

Quecksilberdampf

ist in der Praxis zu verhindern! Quecksilberdampfmessungen haben sich als Mittel eigenverantwortlichen Umwelt-

schutzes bewährt. Frei von Fremdkontrollen decken ihre Ergebnisse Lücken im Schutz vor Hg-Dämpfen auf, die es wohl in jeder Praxis gibt. Im Gespräch mit dem messenden Fachmann ergeben sich Möglichkeiten, praxisindividuell emissionsminimierende Maßnahmen zu ergreifen. Hg-Dampf-unterdrückende Chemikalien (MERCONVAP) sind eines der generell empfehlenswerten Hilfsmittel.

Möglichkeiten der sicheren Hg-Eingrenzung und -Sammlung wie MERCONTAINER, MERCONTRAY, Kapselsammler und QUEQWECK sind im Sinne des Arbeits- und Umweltschutzes unbedingt zu nutzen.

Bei Mischern, Kapseln, Verarbeitung und Beseitigung von Hg-Verschüttungen sind Arbeitsschutzbedingungen und fachmännische Hilfe zu verbessern.



Abb. 2: Mercontainer, gut zu erkennen ist die Bindung und Umwandlung des aufgenommenen Quecksilbers

Mischvorrichtungen müßten in ihren Vor- und Nachteilen noch eingehender untersucht und diskutiert werden. Auch wäre eine breite, standesinterne Aufklärung über Hg-Gefahren, Vorsichtsmaßnahmen, Amalgamverarbeitung und Arbeitsschutznotwendigkeiten sinnvoll.

Röntgenchemikalien und Strahlenbelastung

Die seit Jahren gesetzlich vorgeschriebene Entsorgung findet allmählich Verbreitung. Es gibt sehr verschiedene Preisangebote auf dem Markt und sehr „windige“ Firmen.

Rationell und kostengünstig wäre die Einbindung in eine Gesamtentsorgung (s.o.) (da wäre dann auch unser übriger „Sonder“-Müll – z.B. Folien, alte Filme

– enthalten) und eine Beratung zur Verminderung der eingesetzten Chemikalien.

Zur Verminderung der Strahlenbelastung sollten nur höchstempfindliche Rö-Filme eingesetzt werden. Eine weitere Verminderung der Strahlenbelastung ist mit Hilfe der digitalen Aufzeichnung (RVG-Gerät) möglich.

Auch der durch die EDV in die Praxis kommenden weiteren Strahlenbelastung ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken: Sie läßt sich weitgehend vermeiden.

Frigen (FCKW) Spraydosens

Ein Ersatz des herkömmlichen Treib- und Kältesprays ist nötig, nicht Polemik, wie im Schreiben des BDZ an den BUND geschehen.

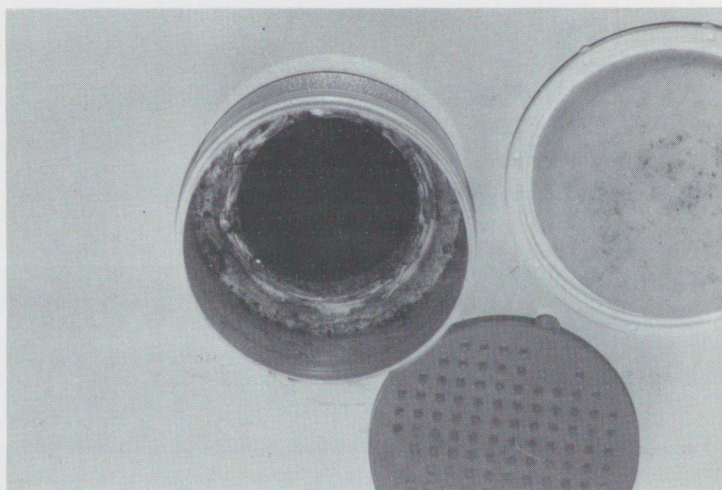


Abb. 3: Quecksilbersammler. Gut zu erkennen ist die Bindung und Umwandlung des aufgenommenen Quecksilbers

In vielen Praxen und Universitäten wird schon lange Kohlendäureschnee zur ViPr ohne Nachteile eingesetzt.

Ein praxisgerechtes und kostengünstiges Gerät ist entwickelt (VITAST).

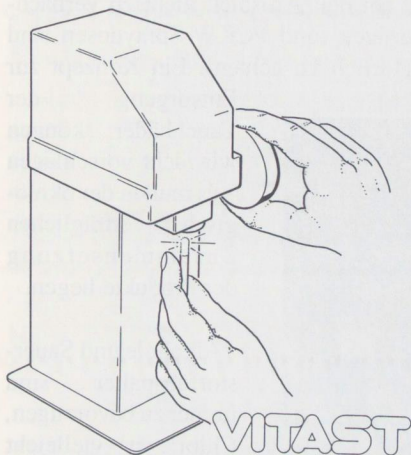


Abb. 4: Schneegenerator zur praxisgerechten Herstellung von Kohlendäureschnee-Prüfkörpern für die ViPr

Spraydosen sind generell zu vermeiden. Ersatz-Treibgase wie Propan-Butan (feuergefährlich-explosiv) sind nicht die Alternative! Die 1x-Alu-Spraydose ist ökologisch ein Ünding! Für fast alle Bereiche bieten sich Alternativen an:

- Pumpflaschen zum Dauergebrauch für die Desinfektion
- Medikamente (Oberflächenanästhesie) als Lösungen oder in einer 1x-Glasflasche.
- Pflege der Hand- und Winkelstücke mit anderen Verfahren wie z.B. TURBOCLEAN, ROTOCLEAN.

Acrylsäure

überschreitet leicht im Labor (besonders bei Kfo) den MAK-Wert, besonders bei der Streu-Technik. Abhilfe ist leicht und kostengünstig möglich durch Absaugung mit Abluft oder Aktiv-Kohle-Filter für ca. 125.- DM. (Ich mag das Gerät kaum nennen, es ist die normale „Dunsthäube“ für die Küche. Nach Kubikmeter-Raumluft die Leistungsgröße des Gerätes bestimmen!).

Handlungsbedarf ist auch gegeben wegen:

1. Schreiben des Amtes für Arbeitsschutz und
2. Arbeitsverweigerung einer Technikerin bei Schwangerschaft.

Wasserstrahlpumpe

heißt das Gerät, das bei herkömmlichen Speichelziehern den Sog herstellt und dafür etwa 7-9 Liter Wasser pro Minute verschwendet. Diese Pumpe ist verboten und soll stillgelegt werden; da gibt es keine Ausrede.

Lärmbekämpfung

durch Geräuschdämpfung der Geräte (Mischgeräte, EDV-Drucker, Thermodesinfektor) und Ohrschutz beim Arbeiten mit der Turbine usw..

Halogen-Licht

schadet auf Dauer der Retina! Wegschauen ist nicht die Lösung. Angebotene aufgesteckte Schutzblenden behin-

dem und reichen nicht aus, einfache Filterplatten sind praktikabel und sehr preiswert (5,- DM). Auch ist die Ausleuchtung der Räume durch Halogen-Licht wegen des hohen UV-Anteils zu überdenken. Neuere Untersuchungen zeigen Entstehung von Fotosensibilität und Lichtallergie.



Abb. 5: Umfassender Arbeitsschutz bei der Arbeit am Patienten

Desinfektionsmittel-Einsatz

ist genau zu überlegen in Richtung Wirkung-Schaden-Entsorgung, auch ist die Fragestellung Allergen, insbesondere bei den Aerosolen nicht zu vernachlässigen (und FCKW-Spraydosen sind natürlich zu ächten). Ein Konzept zur Entsorgung der Tauchbäder können wir nicht vorschlagen – es muß in der ökologisch verträglichen Zusammensetzung der Produkte liegen.

Alkohole und Sauerstoffabspalter sind immer zu bevorzugen, Chlor ist vielleicht besser als Aldehyde und Phenol besonders schlecht für das Abwasser! Es gibt eine etwas umständliche, arbeitsintensivere Stoffgruppe aus den neuen Bundesländern, die für fast alle unsere Indikationsgruppen geeignet und sehr umweltverträglich ist. Wir werden darüber berichten.

Der Thermodesinfektor ist material- und umweltschonend, doch ist der Energie- und Wassereinsatz zu berücksichtigen.

Der Chemiklav arbeitet in der Regel auch mit Formaldehyd. Da gibt es Alternativprodukte!!

Wischdesinfektion ist umweltverträglicher und schneller als (Pump-)Sprühdeseinfektion, hinterläßt jedoch leichter Desinfektionsnischen.

Alkohole lassen alle weichen Kunststoffe und Gummis hart werden und führen zur Entfärbung von Kunststoff-Oberflächen. Bei Winkelstücken wird der Ölfilm der Lager gelöst und dadurch der Verschleiß erhöht.

Möglichkeiten der Desinfektion im Laborbereich sind zu bedenken:

- a) Desinfektion der Abformmaterialien sowie der ZE-Arbeiten ist inzwischen weitestgehend möglich (DÜRR, ESPE, MERZ);
- b) Antiseptische Dentalgipse (siehe ZWR 11/89, 962ff;
- c) Desinfizierende Schleifpasten (Steribim von Dentaurum);
- d) Mund-/Augenschutz und Handschuhe (wie überall).

Gerätesicherheit

ist für einige Geräte durch gesetzliche Regelungen für den Patienten gewährleistet (?!) (Röntgengerät, Elektrotom), für die Verminderung der Explosionsgefahr des Kompressors sorgt alle 7 Jahre die Druckbehälterverordnung,

Die elektrische Sicherheit der Geräte sollten wir gelegentlich selbst überprüfen bzw. Personenschutzsicherungen installieren lassen.

Zur Arbeitssicherheit sollten wir uns Gedanken machen, z.B. Kapselrüttler oder Amalgamatoren mit Schutzhaube über der Mischgabel! Und entsprechend Einfluß auf die Industrie nehmen. Bei den Amalgamatoren sollte auch der Quecksilbertank fest verschlossen sein. Die Behörden für Arbeitsschutz und die Berufsgenossenschaft sind in diesem Bereich sehr aufmerksam.

Auch ist eine Überprüfung auf Funktionssicherheit (Sterilisatoren), Dosiergenauigkeit und Hg-Sicherheit bei Amalgammischgeräten sowie Frequenzstabilität bei Mischgeräten zu bedenken bzw. zu überprüfen.

Einweg - Artikel

sind möglichst zu vermeiden, z.B. zum Spülen Glas statt 1x-Becher. Nötigenfalls sind sie umweltverträglich auszuwählen und sparsam einzusetzen.

Dabei ist der ökologische Zusammenhang zu berücksichtigen. Der Pappbecher muß ökologisch nicht unbedingt sinnvoller sein, da seine Herstellung viel Energieeinsatz notwendig machen kann. Manche Kunststoffe sind bei der Entsorgung umweltneutral und entwickeln bei der Verbrennung keine Dioxine.

Wir müssen auf die Veröffentlichung von ökologischen Bilanzen seitens der Anbieter drängen!

Wir sollten alle Angebote sammeln und in einem vergleichenden Katalog zusammenstellen.

Helpf bitte mit!

Recycling

muß, soweit möglich und sinnvoll, durchgeführt werden. Es macht jedoch keinen Sinn, Materialien zu sammeln, die keine Schadstoffe sind und die uns dann niemand abnimmt (Vorschlag Alginat, Phosphatzemente).

Auch zum Recycling sollten wir Angebote/Möglichkeiten sammeln und in einem Katalog zusammenstellen. Helft bitte mit!

Verpackungsmüll

muß gering gehalten werden, Verpackungen müssen vom Händler zurückgenommen und mehrfach benutzt werden. Die Bemühungen unseres Handels sind z.T. sehr anzuerkennen.

Gefährliche Stoffe

wie Kanülen sind zum Arbeitsschutz in sicheren Behältern zu sammeln.

Schadstoffe

wie Medikamente, Rö-Chemikalien, Lösungsmittel sind entspr. den gesetzlichen Vorschriften zu entsorgen.

Brandschutz

ist gesetzlich geregelt, sowohl das Vorhandensein als auch die Wartung der Feuerlöscheinrichtungen, d.h. Feuerlöscher. (Ich glaube, nach Landesrecht. Bei Praxen in Mieträumen hat häufig der Vermieter dafür Sorge zu tragen.) Ggf. überprüfen lassen bzw. Beratung einholen z. B. beim Mieterverein.

Prophylaxemaßnahmen

gegen Hepatitis- und Aids-Infektionen sollten selbstverständlich sein (Handschuh, Mundschutz, Schutzbrille bzw. -schild, Impfung).

Schlußbemerkung

Die Zahnarztpraxis bietet eine Reihe von Problemen im Umwelt- und Arbeitsschutz. Zum Teil sind diese nach dem Stand der Wissenschaft nicht exakt eingrenzbar und nach dem Stand der Technik nicht voll beherrschbar, werden aber dennoch mit einem Geflecht von Gesetzen und Verordnungen zum Schutz von Leben und Gesundheit umgeben, und das mit Recht.

Unsere Standesvertretung folgte lange der Devise, Entwicklungen im Umweltschutz für die Praxis zu verhindern, zumindest zu verzögern, und erreichte damit letztlich eine Verschärfung der administrativen Auflagen.

Wir müssen uns diesen Problemen stellen und sie in der Praxis zu lösen versuchen jedoch wird damit die einzelne Praxis überfordert. Ansich wäre unsere Standesvertretung zuständig, diese Problembereiche zu erkennen, zu informieren und gangbare, zukunftsorientierte Lösungen vorzugeben. Diesen Anspruch konnte sie aber bisher nicht erfüllen.

Angeboten wird Hilfe seitens des Handels und der Industrie, die damit aber vielfach nur eigenen Geschäftsinteressen folgen.

So sollten wir die Arbeit teilen und jeder dazu beitragen, daß unsere Erfahrungen und Vorstellungen Gehör finden, um dadurch auf die weiteren Planungen und Angebote Einfluß nehmen zu können.

Dr. Jochen Bremer

In d. Römerstadt 259; 6230 Frankf. 90

Dr. Ulrich Happ

Spadenteich 1; 2000 Hamburg 1

Dr. Armin Maurer

Wöhlerstr. 20; 8000 München 60

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten

***praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch***

Wir machen den Weg frei



Volksbanken Raiffeisenbanken

Zahnarztpraxen in Gewerbegebiete?

H. Hey

Von allen guten Geistern verlassen zu sein scheint die niedersächsische Umweltministerin Griefahn, die – souffliert vom Amalgambeschwörer Dauderer – allen Ernstes gefordert hat, Zahnärzte, die Amalgam verarbeiten, sollten wegen der Schadstoffbelastung in Gewerbegebiete umziehen (DPA, DAZ-Kontakte Nov./Dez. '91). Außerdem, so Frau Griefahn, erkrankten die Beschäftigten in Zahnarztpraxen häufiger als andere Berufstätige. Kurze Zeit nach dieser Meldung erschien noch ein Leserbrief in der Süddeutschen Zeitung (1.11.91), in dem der Sprecher einer Gruppe offensichtlich selbst diagnostizierter Amalgamgeschädigter die Versorgung von Patienten mit Amalgamfüllungen als Verbrechen hinstellt und von „schwerem Gift im Mund der Kinder“ zu berichten weiß.

Vorab: Es liegt mir absolut fern, mich für die Amalgamfüllung einzusetzen. Dieses Material ist besonders für qualitätsorientierte Zahnärzte nur schwierig, zeitaufwendig und zum Kassenhonorar oft nicht einmal kostendeckend einzusetzen. Abgesehen davon ist es jedoch unerträglich, als Praktiker für die Anwendung einer Füllungsart an den Pranger gestellt zu werden, die nach wie vor von allen zahnärztlichen Hochschulen gelehrt und geprüft wird.

So absurd die Forderung der niedersächsischen Ministerin anmutet – sie ist nur die vorläufig letzte Groteske in einer endlosen Geschichtensammlung in der die Amalgamfüllungen für alle Mißlichkeiten des subjektiven und objektiven Befindens verantwortlich gemacht werden. Die eigene Erfahrung, daß nämlich in fast 25-jähriger Praxis an mehreren tausend Patienten nur bei einem einzigen sich eine Änderung von Symptomen nach der Entfernung aller Amalgamfüllungen zeigte – diese Erfahrung mag irrelevant erscheinen. Sie wird jedoch von vielen gewissenhaften Kollegen bestätigt. Deshalb drängt sich – und das nicht erst seit heute – der Verdacht auf, die Polemik gegen Amalgamfüllungen ist nur Ausdruck der Hilflosigkeit mancher homöopathisch tätiger Ärzte und Heilpraktiker gegenüber immer komplexeren Krankheitsbildern. Die meisten Erkrankungen lassen sich heute ja kaum auf eine einzige Ursache zurückführen, sondern entstehen auch unter dem Einfluß psychischer, sozialer und umweltbedingter Faktoren, die kumulativ zusammenwirken und die Therapie entsprechend erschweren. In solchen Zeiten hört man natürlich dankbar die Botschaft von „Experten“, die kühn behaupten, der größte Teil der Pathologie ließe sich auf die eine Ursache, nämlich den Amalgameinsatz, zurückführen.

Herrn Daunderers Behauptung, die meisten Krebserkrankungen seien „Amalgamkrebse“ (wohl gemerkt: nicht Hg-bedingt, sondern „amalgambedingt“!) ist da nur die Spitze des Eisbergs schiefer Spekulation. Andererseits muß man es wahrscheinlich aushalten, daß die Allgemeinheit, vor allem aber die Medien und mit diesen dann noch mehr Allgemeinheit, den Marktschreiern, Ichweiß-was-Rufern und denen, die für alles ein schnelles Rezept anbieten, mehr Glauben schenken als denen, die ruhig und sachlich darlegen, daß das

Problem differenziert und individuell spezifiziert betrachtet werden muß. Denn natürlich gibt es einzelne hochsensibilisierte oder stark abwehrschwächte Patienten, bei denen Amalgamfüllungen die Tropfen sein können, die das Faß aus vielen kleinen verschiedenen Belastungen zum Überlaufen bringen und den Organismus spürbar tangieren können. Doch diese Fälle sind äußerst selten und grundsätzlich auch mit anderen Materialien möglich. Den Patienten aber die Amalgamentfernung als Standardtherapie komplexer Erkran-

DAZ-Presserklärung:

Inlays und Implantate eignen sich nicht als Sachleistung

Die Auseinandersetzung um die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung innerhalb oder außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird anhaltend unsachlich und kontrovers geführt.

Als Antwort auf die von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Zahnärztekammern (ADZ) angestrebte weitgehende Rückführung des Leistungskataloges auf eine sogenannte Grundversorgung haben die Spitzenverbände der GKV die Absicht geäußert, den Umfang der Sachleistung noch auszuweiten. Goldgußfüllungen, funktionsanalytische Maßnahmen sowie implantologische Leistungen sollen allen GKV-Versicherten zur Verfügung stehen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), der sich nachdrücklich für den Verbleib der Zahnärzte im Solidar-system der GKV ausgesprochen hat, warnt dagegen dringend davor, diese Leistungen in den Sachleistungskatalog auf-

zunehmen. Bei der angespannten Finanzlage der GKV und der vom Gesundheitsministerium angedrohten Honorardeckelung würden diese anspruchsvollen Maßnahmen sehr bald zu Abwertungen in anderen Bereichen der zahnmedizinischen Versorgung führen.

Ein durch die GKV veranlaßtes Abschmelzen der Honoraranteile, die aus der Privatbehandlung kommen, wird Ausstiegstendenzen bei jenen Zahnärzten verstärken, die bislang dem Solidarsystem treubleiben wollen.

Der DAZ fordert deshalb dringend die Spitzenverbände der GKV auf, keine Ausweitung um diese speziellen Versorgungsformen anzustreben. Vielmehr sollten indizierte und qualitätsgesicherte außervertragliche Leistungen im Einzelfall großzügig bezuschußt werden.

*Dr. Christian Nielsen
DAZ-Pressereferent*

kungen zu suggerieren, ist verantwortungslos, weil damit Hoffnungen geweckt werden, die sich in den allerseltensten Fällen erfüllen.

Vor allem, und darüber hört man leider wenig, hängt die Schädlich- oder Unschädlichkeit von Amalgamfüllungen doch ganz wesentlich von der Qualität der Verarbeitung ab: Es ist kein Geheimnis, daß es einer gehörigen Portion Idealismus bedarf, eine mehrflächige Amalgamfüllung mit ausreichender Unterfüllung, korrekter Gestaltung der Kaufläche, an den Füllungsrandern und in den Zahnzwischenräumen (und Politur in einer Extrasitzung!) – alles in allem meist 30 Minuten Zeitaufwand – für das Krankenkassenhonorar von 50.– DM zu legen, wenn für die gleiche Zeit Betriebskosten von 80.– DM anfallen. Es gibt unzählige andere plastische Füllungsmaterialien, die sich in einem Bruchteil der Zeit legen lassen und so schön zahnfarben sind, daß sie dem Patienten, vor allem der Patientin, besser gefallen und dem Zahnarzt mehr einbringen – dafür aber oft schon nach wenigen Monaten abgekaut sind. Deshalb werden, und zwar gerade von gewissenhaften Zahnärzten, eben immer noch für die Versorgung von Seitenzahndefekten auf den Kauflächen Amalgamrestaurationen eingesetzt. Bislang, so die vorherrschende Haltung der Hochschulen – woran sonst sollten wir uns orientieren? – sind keine Alternativmaterialien verfügbar, die zum gleichen Preis die gleiche Belastungsstabilität und Haltbarkeit aufweisen.

Und: der Himmel weiß, allenfalls auch noch Herr Daunderer, woher die Information kommt, daß Beschäftigte in Zahnarztpraxen häufiger als andere Berufstätige erkranken (woran bitte?). Weder sind (mir) solche Untersuchungsergebnisse bekannt noch lassen sie sich durch eigene Beobachtungen bestätigen, im Gegenteil: unsere Mitarbeiterinnen und ebenso die befreundeter Praxen erfreuen sich guter Gesundheit. Ich selbst fühle mich mindestens ebenso fit wie mein höchst vitaler 93-jähriger Vater, der in 50 Jahren zahnärztlicher Tätigkeit tagtäglich mindestens 10 Amalgamfüllungen – im offenen Mörser angemischt – gelegt hat. Auch meine Hg-Ausschwemmung mit DMPS erbrachte einen absolut uninteressanten Mittelwert.

Und schließlich: ohne Frage sind Gold- und Keramikrestaurationen die bessere und hochwertigere Versorgung – wie sonst lassen sich idealere Kauflächen und Approximal- und Zervikalabschlüsse gestalten und wie ebenso dauerhafte Formstabilität erreichen? Voraussetzung dafür ist allerdings die wirklich sorgfältige Kariesentfernung darunter und die ebenso exakte Isolierungs- und Unterfüllungstechnik. Wer das gewährleistet, muß eine entsprechende Vergütung bekommen. Krankenkassen, denen dieser Preis zu hoch ist, sollten sich davor hüten, Inlays zur Sachleistung zu machen (siehe auch die DAZ-Presseerklärung auf Seite 346) – es liegt auf der Hand, daß ähnliche Schlampereien, wie man sie unter Amalgamfüllungen vor-

findet, vom gleichen Behandler dann ebenso unter den Sachleistungsinlays abgeliefert werden, aber natürlich hier in Verbindung mit erheblich höheren Material- und Laborkosten!

Wem Amlagamfüllungen zu giftig und Inlays zu teuer sind, für den gibt es immer noch den wirklich sicheren und billigsten Weg: die Zahnschäden durch Zuckereinschränkung, intensive Mundhygiene und die Anwendung des Fluoridschutzes zu vermeiden – für letzteren

hat der DAZ mit der Zulassung von fluoridiertem Speisesalz den effizientesten Weg aufgezeigt.

Fazit: man sollte bei der Diskussion um Amalgamfüllungen die Kirche im Dorf lassen und alle Anstrengungen machen, nach einem in jeder Hinsicht gleichwertigen Material zu suchen.

*Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70*

AMALGAM-ABSCHIEDUNG OHNE ZENTRIFUGEN

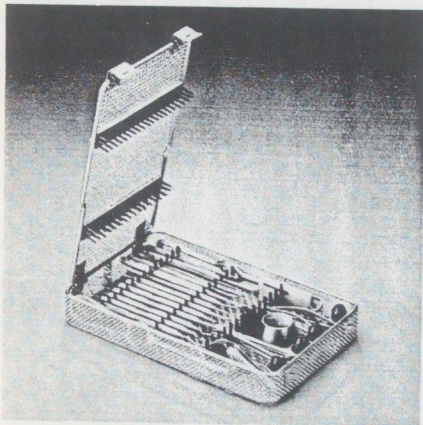
- Höherer Wirkungsgrad
- Keine Vibrationen
- Robust, nicht störanfällig
- Wirkungsprinzip
Sedimentation
- Sehr kostengünstig
- Prüfzeichen ist beantragt

DENTAL-GERÄTE-TECHNIK

DR. TILL ROPERS

Alter Marktplatz 4
D-2162 STEINKIRCHEN
Telefon 041 42 / 43 77
Telefax 041 42 / 20 59

Aesculap-Parodontal-Chirurgie-Set



Modell Münster bestehend aus:

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

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

Lentinger Str. 25
8073 Kösching
Tel. 0 84 56 / 70 15
Fax 0 79 61 / 81 39

Neuheit:

Halbtray
(kleines Format)
ab Januar '92
lieferbar!

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

Lentinger Straße 25
8073 Kösching
Tel. 0 84 56 / 70 15
Fax 0 79 61 / 81 39



bisico

bisico regidur-S

BISICO regidur-S ist ein Spezialmaterial auf Vinyl-Siliconbasis zur Herstellung von Bißregistraten.

Besondere Merkmale:

- * Superhart (ca. 90 shore A)
- * Höchstmögliche Dimensionsstabilität
- * Optimales Rückstellvermögen
- * Geringste Federwirkung
- * Problemlos mit Messer, Fräse oder Stein zu bearbeiten
- * Einfachste Handhabung

Durch den beigefügten Accelerator läßt sich die Aushärtezeit im Munde bis zu 90 sec. verkürzen.

Technische Daten:

Lineare Schrumpfung: 0,05%
 Konsistenz: knetbar
 Endhärte: ca. 90 shore A
 Geschmacks- und geruchsneutral (ADA 19, Typ 1, very high viscosity)

Lieferform:

Packung mit
 2 x 190 g regidur-S
 8 g Accelerator
 2 Dosierlöffel
 1 Applikationsspritze

Hegen Dental Technik · Lentinger Straße 25 · 8073 Kösching
 Telefon 0 84 56 / 70 15 · Telefax 0 79 61 / 81 39

VITALITÄTSTESTSYSTEM

VITAST

● SCHNELL:

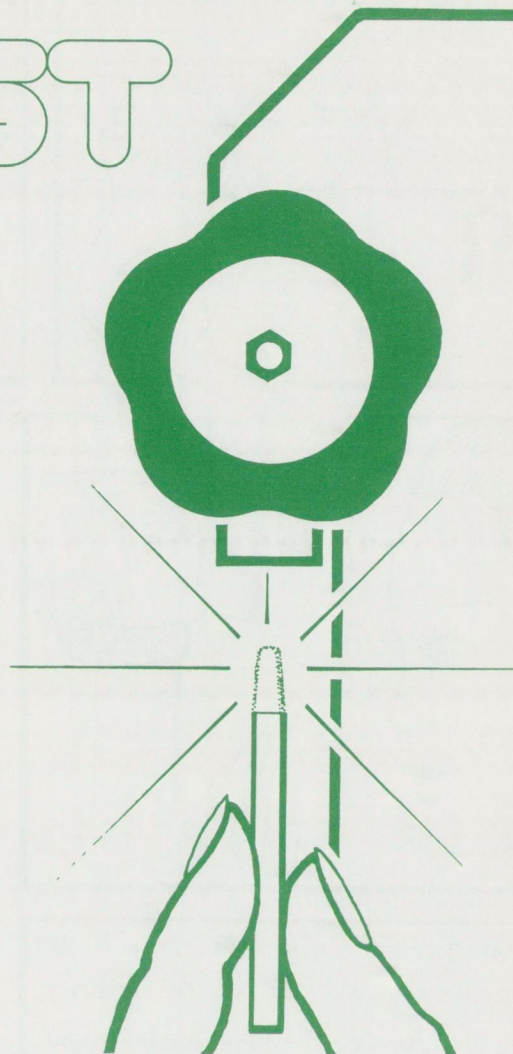
1 Prüfkörper
in 2 Sekunden

● SICHER:

bis -52°C Ab-
kühlung der
Zahnoberfläche

● PRAXIS-

UND PATIENTEN-
FREUNDLICH

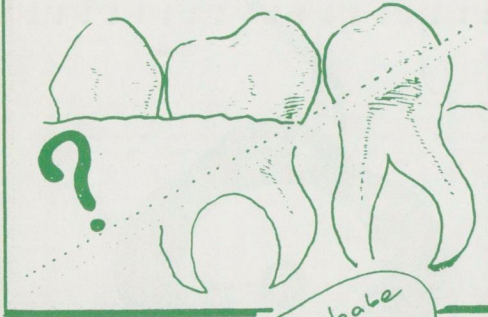


MEDDEQ

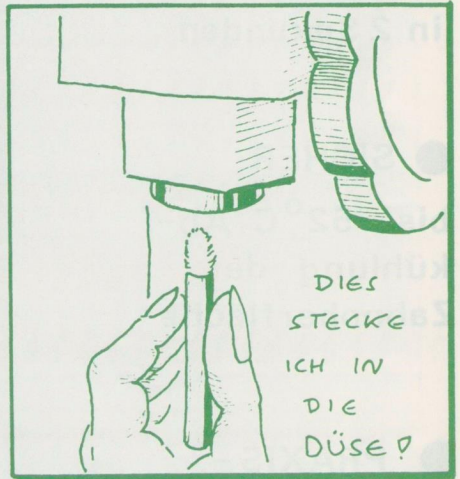
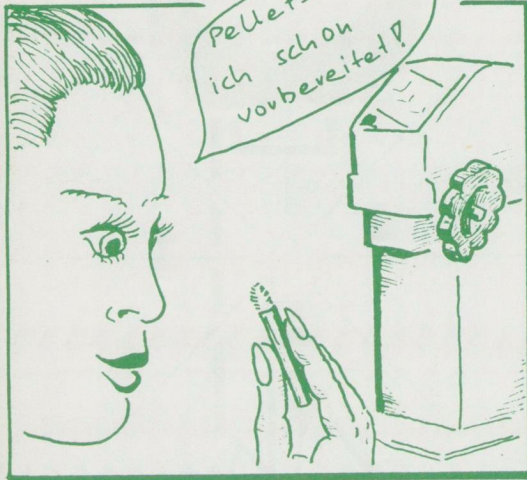
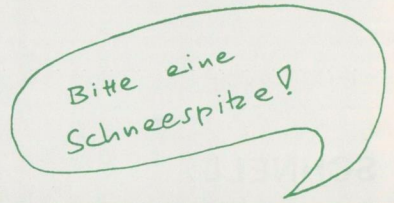
MEDICAL EQUIPMENT GMBH

Spadenteich 1
D-2000 HAMBURG 1

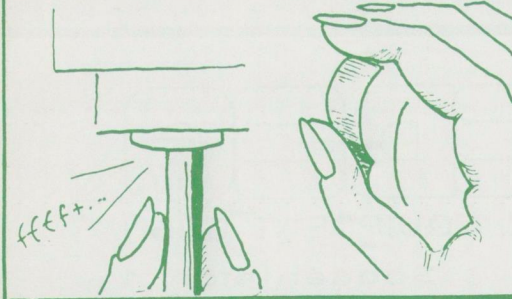
DER SICHERSTE VITALITÄTSTEST:
MIT KÄLTE!



DER SCHNELLSTE UND EINFACHSTE
VITALITÄTSTEST:
MIT DEM **VITAST**
CO₂-SCHNEEGENERATOR



UND JETZT LANGSAM AUF-
DREHEN, BIS ES LEISE ZISCHT,
1/2 SEKUNDE LANG, WIEDER ZU..



DIE SCHNEESPITZE IST
-78°C KALT - DIES
GARANTIERT EINE
SICHERE AUSSAGE

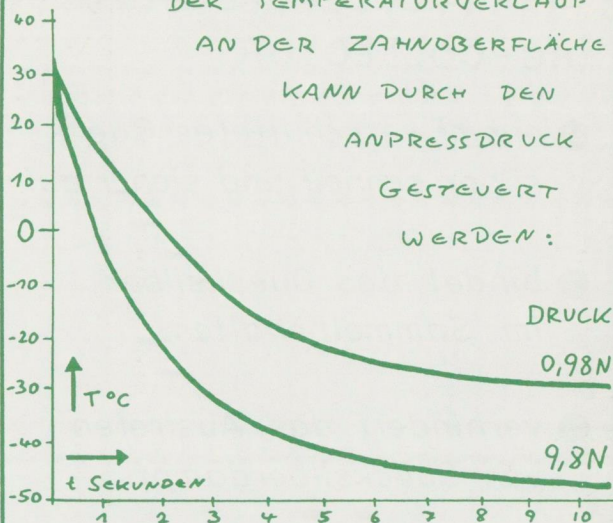


HYGIENISCH: DIE
SCHNEESPITZEN WER-
DEN AUF 1x PELLETS
AUS HALBIERTEN
WATTSTÄBCHEN AUF-
GEDAMPFT.



PELLETHALTER
AUTOKLAVIERBAR

DER TEMPERATURVERLAUF
AN DER ZAHNOBERFLÄCHE
KANN DURCH DEN
ANPRESSDRUCK
GESTEUERT
WERDEN:



UNNÖTIGER SCHMERZ UND DIE GEFAHR VON SCHMELZ-
SPRÜNGEN KÖNNEN SO VERMIEDEN WERDEN.

VITASTSCHNEEGENERATOR

HAUBE, DARUNTER DRUCKGASFLASCHE
MIT SICHERHEITSVENTIL

STAND-
FESTES
EDEL-
STAHL-
GEHÄUSE,
AUCH FÜR
WAND-
MONTAGE



HANDRAD,
30°AUFDRE-
HEN
GENÜGT

DÜSE
MIT
SCHNEE-
SPITZEN-
FORMER

WIRTSCHAFTLICH:

DAS CO₂ WIRD IN NACH-
FÜLLBAREN DRUCKFLASCHEN
GELIEFERT, 1 FLASCHEN FÜL-
LUNG ERGIBT MEHR ALS
400
SCHNEE-
SPITZEN!



DER VITAST

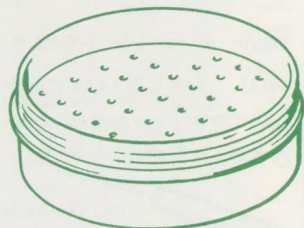
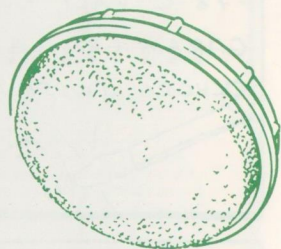
GIBT MIR DAS
GUTE GEFÜHL,
AUCH ETWAS
FÜR UNSERE
ZUKUNFT ZU
TUN: ER VER-
WENDET
KEIN FCKW!



MEDEQ
MEDICAL EQUIPMENT GMBH

Der QUEQWEG HG-COLLECTOR

- *nimmt verschüttetes Quecksilber schnell und sicher auf*
- *bindet das Quecksilber im Sammelbehälter*
- *verhindert das Austreten von Quecksilberdampf*



Absender:

An:
MEDEQ
Medical Equipment GmbH
Spadenteich 1
HAMBURG 1

D-2000

- ich bitte um:
- QUEQWEG-HG-Collector**
zum Preis von DM 44.-
(+Mw St. u. Versandkosten)
 - VITAST-Vorführung**
in meiner Praxis

Die Studiengruppe Oldenburg hat im Oktober in einem Rundschreiben an die niedersächsischen Kollegen Stellung zum Thema „ZE-Abrechnung, Begleitleistungen“ bezogen:

Zur Problematik der „Begleitleistungen“

L. Albers

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen – vertreten durch den Vorstand und gestützt auf einen Beschluß der Vertreterversammlung – verlangt von ihren Mitgliedern, d.h. den Kassenzahnärzten, daß alle Leistungen, die einen Zusammenhang zu einer Behandlung mit Zahnersatz oder Einzelkronen aufweisen, auch wie diese Leistungen abgerechnet werden, nämlich auf den entsprechenden Formularen für Zahnersatz bzw. für Einzelkronen und nicht wie bisher über den Krankenschein. Sie sollen dadurch den „Kostenerstattungsleistungen“ zugeschlagen werden und nicht mehr als „Sachleistung“ behandelt werden.

Konkret bedeutet dies, die Abrechnung beispielsweise von Anästhesien, Röntgenaufnahmen oder Aufbauauffüllungen darf nicht mehr per Krankenschein zum Quartalsende abgerechnet werden, wenn ein Zusammenhang zur Anfertigung von Zahnersatz oder Einzelkronen gegeben ist. Statt dessen sollen entsprechende „Begleitleistungen“ über den

Heil- und Kostenplan bzw. das Formular für Einzelkronen direkt mit dem Patienten verrechnet werden.

Die KZVN vertritt die Auffassung, diese Regelung ergebe sich zwangsläufig aus der Neufassung des SGB V. Allerdings wurde diese Auffassung bisher auch nur in Niedersachsen umgesetzt. Die Krankenkassen und das Niedersächsische Sozialministerium haben die Rechtmäßigkeit dieses Verfahrens bestritten, mehrere Verfahren sind anhängig. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vertritt die Auffassung, daß zunächst eine Übereinkunft mit den Vertragspartnern, den Krankenkassen, erfolgen muß (Vertragslösung). Angeblich war man auch auf Bundesebene bei entsprechenden Vorgesprächen bereits zu weitgehendem Einvernehmen gekommen.

Die von der KZVN eingeführte Regelung soll ab 01.07.91 für alle Kassenzahnärzte in Niedersachsen verbindlich sein. Die KZVN hat angekündigt, alle Krankenscheine unbearbeitet zurückzu-

senden, auf denen sogenannte Begleitleistungen aufgeführt sind.

Eine ganze Reihe von Kollegen hat sich geweigert, diesem Verlangen des KZVN-Vorstandes zu entsprechen, und wird bis zu einer einvernehmlichen oder gerichtlich bestimmten Regelung weiterhin alle konservierenden und chirurgischen Leistungen über den Krankenschein abrechnen.

Die Sinnfälligkeit entsprechender Regelungen, nämlich Leistungen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen, auch zusammen abzurechnen, wird nicht in Abrede gestellt. Die Verweigerungshaltung begründet sich wie folgt:

1. Die kassenzahnärztliche Tätigkeit findet innerhalb eines gesetzlich und vertraglich festgelegten Rahmens statt. Einseitige, ohne Absprache getroffene und auf die Ablehnung des Vertragspartners stoßende Regelungen stellen einen Angriff auf das System insgesamt dar („Konfliktlösung“).
2. Für die einzelne Praxis ergeben sich erhebliche Probleme: Ein Großteil der Krankenkassen nimmt Streichungen auf den eingereichten Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz vor. Ein Verständnis für den bewußt herbeigeführten Konflikt zwischen KZV und Krankenkassen ist bei den Patienten wohl nur in Ausnahmefällen und unter großem zeitlichen Aufwand zu erreichen. Voraussetzung ist

jedenfalls, daß der betreffende Zahnarzt der Grundintention des KZVN-Vorstandes folgt, generell eine möglichst weitgehende Loslösung von vertraglichen Regelungen zu erreichen.

Nicht geklärt ist, wie bei Mitgliedern von Krankenkassen verfahren werden soll, die ihren Sitz außerhalb Niedersachsens haben.

3. Da es bisher keine Absprache zwischen den Vertragspartnern gibt, fehlt auch eine Definition dessen, welche Positionen als Begleitleistungen zu werten sind, bzw. welche Maßnahmen als im Zusammenhang mit der Anfertigung von Zahnersatz und Einzelkronen anfallende zu sehen sind. (Gerade eine solche Definition möchte der Vorstand der KZVN auf alle Fälle vermeiden.)
4. Es ist immerhin zu berücksichtigen, daß der Patient nach der neuen Regelung der KZVN bei den „Begleitleistungen“ nur einen Anspruch auf eine 60%ige Kostenerstattung hat (SGB V), während die über den Krankenschein abgerechnete Leistung („Sachleistung“) in vollem Umfang von der Krankenkasse übernommen wird. Auch wenn derzeit einige Krankenkassen anders verfahren, eine 100 %ige Bezuschussung der „Begleitleistungen“ durch die Krankenkasse widerspricht den gesetzlichen Regelungen.

Die Problematik liegt also darin: Wenn sich die KZVN nicht flexibel zeigt und

ihre Beschlüsse umsetzt, wird eine große Zahl von Krankenscheinen, die jetzt nach Abschluß des 3. Quartals eingereicht werden, wieder zurückgesandt. Es ist also erforderlich, die KZVN auf dem Rechtsweg zu zwingen, die Abrechnung dieser Scheine doch vorzunehmen. Weiter ist darauf hinzuwirken, daß der durch eventuelle Verzögerungen bei der Honorarauszahlung eingetretene Schaden ersetzt wird.

Die im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde organisierten Zahnärzte und Zahnärztinnen sind entschlossen, diese Auseinandersetzung mit ihrer Körperschaft zu führen.

*Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg
DAZ im NAV
Studiengruppe Oldenburg*

KFO-Depot

Kieferorthop. Fachdepot

Hertha Kothrade

Telefonnummer

0941/ 2 75 00

*Wir verkaufen unter anderem
Produkte der Firmen:*

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

Neues Wirkstoffkonzept. Neue AJONA.



Neu – die Zahncreme.

AJONA amin-o-med erfüllt durch ihre wertvollen Bestandteile alle Bedingungen für eine wirksame und wissenschaftlich abgesicherte individuelle Mund- und Zahnpflege.

Neu – die Wirkstoffkombination.

Aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Natur vereint in AJONA amin-o-med ergeben ein hervorragendes Wirkungsspektrum:

- stark kariesprotektiv
- reduziert Glattflächen- und Dentinfissurenkaries
- fördert Remineralisation
- hemmt Plaque- und Zahnsteinbildung
- hoher Keratinisationsindex

Neu – die Deklaration der Inhaltsstoffe.

Die freiwillige Deklaration der Inhaltsstoffe von AJONA amin-o-med und die quantitative Angabe der aktiven Wirkstoffe auf der Packung und dem Beipackzettel ermöglichen der Zahnärzteschaft und dem Verbraucher eine objektive Beurteilung von Qualität und Wirksamkeit.

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

enthält: Bis-(hydroxyethyl)-aminopropyl-N-hydroxyethyl-oktadecylamin-dihydrofluorid und Natriumfluorid 1200 ppm F

AJONA®
amin-o-med
Fluorid-Kamillen-Zahncreme

Dr. Liebe Nachf. D-7022 Leinfelden, Postfach 10 02 28, Telefon 0711/75 26 26, Telefax 0711/75 66 66.

Der ältere Mensch in der Zahnarztpraxis

Gerontologische Zahnheilkunde (Gerodontologie)

M. Teichmann

Laut FDI 91 ist durch die höhere Lebenserwartung der Patienten sowie durch allmähliches Greifen der Prophylaxe insbesondere in den Industrienationen mit einer erheblichen Verschiebung der Altersstruktur beim Behandlungsbedarf in der Zahnarztpraxis zu rechnen. Diesbezüglich kann man von einer Umkehrung der Alterspyramide sprechen.

Dr. Ulrich Happ, zahnmedizinischer Praktiker und Dozent, bemängelt, daß die gerontologische Zahnheilkunde wie die Kinderzahnheilkunde bei der Vorbereitung auf eine zahnärztliche Tätigkeit sehr stiefmütterlich behandelt wird. Seines Erachtens machen sich in beiden Bereichen die Defizite einer klassisch kausal ausgerichteten schulmedizinischen Ausbildung bemerkbar. Folge ist, daß oft genug weder die therapeutischen Maßnahmen des Zahnarztes noch die Betreuung durch das Behandlungsteam den Belangen des älteren Patienten gerecht werden.

Von daher plädiert Dr. Happ dafür, Anregungen und Interpretationen, die aus anderen Wissenschaftsbereichen kommen, aufzunehmen und für das eigene Vorgehen auszuwerten. Als Beispiel gibt er den *forum*-Leserinnen und Lesern Ausschnitte aus der kürzlich veröffentlichten Examensarbeit von Maren Teichmann, Lehramtskandidatin, zur Kenntnis, die sich mit Fragen der Gerodontologie beschäftigt.

Zur Psychologie und Stellung der alten Menschen in der Gesellschaft

Das Alter repräsentiert im westlichen Kulturkreis keine erstrebenswerte Zustands- bzw. Lebensform. Unter dem Einfluß der zunehmenden Leistungsorientierung und der Stilisierung von Jugendlichkeit zum Ideal in der Gesellschaft reduzierte sich die Wertschätzung für die Senioren. Nicht zuletzt aufgrund

dieser gesellschaftlichen Leitbilder avancierte das Altwerden zu einem sozialen und psychischen Problem.

Das Image des alten Menschen ist geprägt durch Vorurteile, traditionelle Klischees und Vorstellungen von einer grundsätzlich defizitären Entwicklung. Pauschalisierend wird der Bürger fortgeschrittenen Alters als bequem, langsam, umständlich, starrsinnig, besserwisserisch, nörglerisch, ängstlich und

sentimental klassifiziert. Kritisiert wird insbesondere der Konservatismus älterer Menschen, da sie dazu tendieren, sich auf Grundsätze zu versteifen und ein starkes Traditionsbewußtsein zu entwickeln, woraus vielfach ein Drang zur Normerfüllung resultiert. Des weiteren wird dieser Generation ein Mangel an Toleranz, Anpassungs-, Lern- und Kritikfähigkeit, Entscheidungsfreudigkeit, Flexibilität und Aufgeschlossenheit gegenüber Neuerungen vorgeworfen.

Viele dieser Charakteristika werden abgeleitet aus dem Nachlassen der physischen, psychischen und geistigen Fähigkeiten, welche mit einer allgemein reduzierten Belastbarkeit und Leistungskapazität sowie einer höheren Streß- und Krankheitsanfälligkeit gleichgesetzt werden. Die Polypathie vieler alter Menschen scheint den Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit zu bestätigen.⁵

Bei der oben vorgenommenen Charakteristik handelt es sich um eine Fremdbeurteilung durch die jüngere Generation, welche von Arroganz und Selbstherrlichkeit gegenüber dem Alter zeugt. Entsprechend differiert sie z.T. gravierend von der Selbsteinschätzung und dem Selbstbildnis des Senioren.⁶

Das althergebrachte Bild von Menschen im 3. Lebensabschnitt ist zu verifizieren. Einerseits beweist die Forschung auf den Gebieten der Geriatrie und der Gerontologie, daß die Realität vielfach von den klischeehaften Vorstellungen abweicht und die älteren Menschen be-

lastbarer sind, als zunächst angenommen wurde. Andererseits zeigt eine genauere Betrachtung dieser Altersgruppe, daß viele Senioren durch ihre Lebensführung und Persönlichkeit nicht dem oben dargestellten Image entsprechen.⁷

Altwerden ist ein komplexes, multifaktorielles Phänomen. Entsprechend groß ist die Variationsbreite der individuellen Entwicklung im Alter, so daß enorme Differenzen des körperlichen, geistigen und seelischen Zustands der älteren Menschen existieren. Insofern stellt diese Altersgruppe eine ausgesprochen heterogene Gruppe dar, so daß prinzipiell eine individuelle Differenzierung indiziert ist.⁸

Infolge von psychologischen Entwicklungstendenzen der alternden Menschen zur *Zuspitzung* (z.B. Entwicklung vom sparsamen Typ zum Geizhals, vom Großzügigen zum Verschwender) und *Abschwächung* (z.B. Entwicklung vom zielstrebigem Optimisten zum abwartenden Realisten) persönlichkeitspezifischer Charakteristika bestehen lediglich gewisse Neigungen, die mit zunehmendem Alter häufiger anzutreffen sind. Keinesfalls ist jedoch von einer prinzipiellen Änderung des Naturells, des Charakters oder einer psychopathologischen Entwicklung bei alternden Menschen auszugehen. Der psychologische Entwicklungstrend ist eher mit dem Begriff der „*qualitativen Umstrukturierung*“⁹ zu umschreiben.¹⁰

Innerhalb der älteren Generation sind gravierende Unterschiede zwischen

dem kalendarischen und biologischen Alter festzustellen, wobei letzteres bedeutsam für die zahnärztliche Therapieplanung und -durchführung sein sollte. Diese Diskrepanzen basieren im wesentlichen auf den charakterlichen Besonderheiten und der individuellen psychischen Grundeinstellung des Menschen. Das zweitgenannte kann nachträglich eine negative Prägung durch soziale Belastungen, körperliche Beschwerden und die vielfach auftretende Perspektivlosigkeit erfahren, aus der häufig eine Resignation des älteren Menschen resultiert. Ungünstig wirkt sich ferner aus, daß die Geschehnisse im Alter zunehmend den Charakter der Irreversibilität und Endgültigkeit annehmen.

Die Alterungsunterschiede werden zudem in der Literatur z.T. auf den Einfluß von Variablen wie Intelligenzquotient, Bildungsniveau, berufliche Situation oder kontinuierliches Training bestimmter Fähigkeiten zurückgeführt, wobei jedoch beim letzten Punkt die Meinungen auseinandergehen.¹¹

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen und dem Zustand bzw. der Entwicklung des alten Menschen in psychischer und physischer Hinsicht ist durch verschiedene soziologische Untersuchungen nachgewiesen worden. Für die soziale Situation der älteren Bevölkerungsgruppe sind ein niedriger sozio-ökonomischer Status, eine mindere bis schlechte Wohnqualität, eine Reduktion des Aktionsrah-

mens, eine objektive und eine subjektiv empfundene soziale Isolation charakteristisch. Die Kumulation dieser Faktoren kann sich zu einer hochgradigen sozio-psychologischen Belastung potenzieren, so daß die soziale Ungleichheit innerhalb der älteren Population noch wächst.

Festzuhalten ist, daß die Reduktion der Sozialkontakte und die Distanzierung von der Gemeinschaft dem älteren Bürger aufoktroiert werden und *nicht* von ihm erwünscht sind.¹² Sie sind im wesentlichen bedingt durch die gesellschaftlichen Ausgrenzungstendenzen, die persönlichen körperlichen Handicaps, den Verlust der familiären Einbindung und die Verluste von Bezugspersonen.

Aufgrund der oben erwähnten Faktoren wird die ältere Population in den Sozialwissenschaften zu den benachteiligten Personengruppen gezählt, wobei das Alter zunehmend mit einer Randgruppenexistenz gleichzusetzen ist. Ihre Daseinsform führt bei vielen Senioren zu einer generellen Unzufriedenheit mit sich und der Umwelt, zu Mißtrauen gegenüber anderen Menschen und Veränderungen in ihrer Umgebung sowie zu einer depressiven Grundstimmung. In diesem Zusammenhang ist bereits darauf hinzuweisen, daß die psychische Grundhaltung und das Selbstbildnis des Menschen prägend für die Einstellung gegenüber der oralen Situation, der zahnärztlichen Behandlung und den Ansprüchen des Patienten an diese sind.¹³

Typeneinteilungen von Menschen beinhalten grundsätzlich die Gefahr, daß einerseits die Kategorien dem Individuum nicht gerecht werden und andererseits eine vorschnelle Einordnung vorgenommen wird. Sie fördern das sog. ‚Schubladen-Denken‘, welches meiner Ansicht nach *in jeglicher Hinsicht negativ zu bewerten ist*, insbesondere dann, wenn es von im medizinischen Bereich tätigen Menschen angewendet wird, da es einer individuellen Betrachtung des Patienten entgegensteht.

Dennoch erscheint eine Charakterisierung verschiedener Patiententypen in diesem Zusammenhang angezeigt, um die oben angesprochenen Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppe zu verdeutlichen und den Bezugsrahmen für die therapeutische Situation zu schaffen.

Das soll mit der Präsentation des *Schönschen* Praxismodells zur Typisierung älterer Patienten geschehen, welches im wesentlichen auch der psychologischen Gruppeneinteilung von *Alfred Breustedt* entspricht. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß diverse Mischformen und Kombinationen der oben beschriebenen Patiententypen existieren, so daß dieses Modell einer Typeneinteilung lediglich als eine Orientierungshilfe zu verstehen ist.

Typ I

Der Mensch kann sich nur schwer mit dem Alter und seinen Auswirkungen arrangieren bzw. abfinden. Charakteristisch ist, daß dennoch keinerlei Initiative ergriffen wird, durch Eigenaktivität

eine Änderung der Situation herbeizuführen. Seine Alterung stellt für ihn eine große Prüfung des Lebens dar. Weder Zukunft noch Vergangenheit werden von ihm besonders positiv beurteilt.

Insofern wirkt er tendenziell unzufrieden, mißtrauisch, rechthaberisch und schwierig. Die Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen läßt auf eine geringe Motivation und wenig Interesse an der oralen Situation und Rehabilitation seitens des Patienten schließen.

Typ II

Der Mensch hat ein positives Bild von der Vergangenheit verinnerlicht, wobei dem dritten Lebensabschnitt mit einer gewissen Gelassenheit und Abgeklärtheit begegnet wird, die die Anpassung und Bewältigung der altersbedingten Schwierigkeiten einschließt.¹⁴ Sofern er dazu in der Lage ist, beteiligt er sich an sozialen Aktivitäten.

Aufgeschlossenheit, Interesse, eine hohe Motivation und kooperatives Verhalten kennzeichnen den Patienten während der Behandlung.

Typ III

Der Mensch präsentiert sich vorwiegend extrovertiert, optimistisch, dynamisch, aktiv, ideenreich, kreativ und tendiert zur Negierung seines Alters und seines Leistungsabfalls. Die lebensfrohe Lebenseinstellung schlägt zeitweilig in Depressivität um, so daß er viele Höhen und Tiefen durchlebt. Seine Tendenz zur Hyperaktivität und seine wechselnden emotionalen Grundstimmungen kom-

plizieren den Umgang mit diesem Patiententyp. Das legt auch die Vermutung nahe, daß Angst der Antrieb für die Kompensation seines Älterwerdens durch Dynamik und Aktivität ist; einerseits Angst, etwas im Leben zu verpassen, andererseits Angst vor dem Lebensende allgemein.

Seine Ansprüche und Erwartungen an die Behandlung sind hoch, wie auch seine Bereitschaft zur Mitarbeit. Bei Komplikationen während der Behandlung oder Enttäuschungen im Hinblick auf therapeutische Resultate besteht insbesondere bei ihm die Gefahr, daß sich Streitereien und gerichtliche Auseinandersetzungen ergeben.¹⁵

Ergänzend sei diesen Ausführungen hinzuzufügen, daß der motivierte ältere Patient dazu neigt, einen besonderen Ehrgeiz bei der Mitarbeit während der Behandlung zu entwickeln. Der Übereifer und der selbst aufoktroierte Leistungsdruck, die hieraus resultieren können, führen unter Umständen zur Verkrampfung des Patienten, was insbesondere den Therapieerfolg einer prothetischen Behandlung gefährden kann.

Das Behandlungsteam und der ältere Patient: Schwierigkeiten – Probleme – Möglichkeiten

Das Negativimage des Menschen höherer Dezennien prägt die Vorstellung des jüngeren zahnärztlichen Personals und dessen Grundhaltung gegenüber dieser Patientengruppe. Ausschlaggebende Determinanten für den

Therapieerfolg repräsentieren jedoch prinzipiell die Einstellung des Behandlungsteams zum Patienten und das zwischenmenschliche Verhältnis.¹⁶ Insofern wirkt das althergebrachte Bild vom älteren Bürger bereits latent ungünstig auf die Behandlung geriatrischer Patienten, wobei dieses lediglich kontrastierende persönliche Erfahrungen des Praxisteams kompensieren.

Da alle älteren Menschen mit zunehmendem Alter zur Umständlichkeit tendieren, was allgemein mit einer Reduktion des Behandlungstempos einhergeht, erfordert gerontologische Zahnheilkunde vermehrt Verständnis und Geduld vom Praxispersonal. Der erhöhte Aufwand an Zuwendung und Zeit für die zahnärztliche Betreuung korreliert negativ mit dem Termin- und Leistungsdruck sowie den wirtschaftlichen Erfordernissen, unter denen die Praxis steht, wodurch sich der Streß für den Zahnarzt und seine Helferin potenziert und einer adäquaten Versorgung geriatrischer Patienten die Basis genommen wird.¹⁷

Die geringe Lukrativität der Versorgung im Vergleich zur erwarteten und erforderlichen Leistung schafft wenig Anreize für ein größeres Engagement des Behandlungsteams zugunsten älterer Patienten. Die Totalprothetik ist sowohl für das zahntechnische Laboratorium als auch für die zahnärztliche Praxis nachweislich ein Defizit-Geschäft.¹⁸

Des weiteren kann ein extremer Altersunterschied zwischen Praxispersonal

und Patient die Interaktion während der Behandlung problematisieren, da sich ältere Menschen häufig durch die Kommentare, die Anweisungen oder das Verhalten jüngerer Personen brüskiert fühlen. Dabei bedingen die vielfach vorhandenen Scham-, Schuld- und Inkompetenzgefühle des Patienten, daß er besonders sensibel auf eventuelle psychagogische Fehler des Behandlungsteams reagiert. Aufgrund seiner allgemeinen Sensibilisierung registriert der Patient Dissonanzen und Probleme, die innerhalb des Praxispersonals existieren mögen, gleichfalls intensiver, was signifikant seine Einstellung zum Behandler und zu seinen Mitarbeitern prägt.

Diese Faktoren, die hohe Reizkomplexität der Behandlungssituation, die allgemeinen Orientierungsschwierigkeiten des Patienten in der Praxis in Kombination mit der Neigung vieler älterer Menschen, in Streßsituationen verstärkt affektiv zu reagieren, kumulieren bei der zahnärztlichen Betreuung zu einem Potential an Schwierigkeiten, welche das zwischenmenschliche Verhältnis gravierend belasten und dem Praxisteam zeitweilig unüberwindbar erscheinen.

Um die Reaktionen des geriatrischen Patienten richtig einzuschätzen und auf diese adäquat reagieren zu können, setzt die gerontologische Zahnheilkunde Kenntnisse über die Psychologie, die sozialen Rahmenbedingungen des älteren Menschen und ein enormes Einfühlungsvermögen beim Behandlungsteam

voraus. Derartiges Wissen wird jedoch weder in der Zahnarzt- noch in der Helferinnenausbildung vermittelt.¹⁹

Die Zahnarztshelferin

Die mangelhafte psychologische Schulung des Hilfspersonals wirkt sich insbesondere bei der Betreuung geriatrischer Patienten negativ aus, da die Senioren den Arzt noch häufig als *Halbgott in Weiß* betrachten. Dadurch repräsentiert die Zahnarztshelferin, die zudem in der Regel den Erstkontakt zwischen Praxis und Patienten herstellt, aufgrund ihrer untergeordneten Rolle im Behandlungsteam eine wichtige Kontakt- und Bezugsperson für den Patienten. Ferner bedingt die Stellung der Helferin in der Praxis, daß sich der Patient vielfach mit ihr identifiziert. Deshalb ist sie insbesondere für den geriatrischen Patienten der bevorzugte Ansprechpartner für Fragen und Probleme.²⁰

Die Möglichkeiten, über geschultes Hilfspersonal eine positive Einstellung des Patienten zur Behandlung und zur oralen Situation herbeizuführen und ihn effektiv zur Mitarbeit oder zur Mundhygiene zu motivieren, sind groß und werden derzeit zu wenig genutzt.²¹ Dabei wäre dieses insbesondere beim älteren Patientenkielet relevant, um die übrigen Behandlungsschwierigkeiten zu kompensieren und Interessen für die orale Situation zu wecken. Letzteres läßt mit zunehmendem Alter nach, d.h., je dominanter körperliche und psychische Probleme im Leben des Menschen wer-

den, desto unbedeutender erscheinen die Probleme im oralen Bereich, es sei denn, diese beeinträchtigen den Lebensmodus zusätzlich.²² Insofern wäre die adäquate Schulung der Helferinnen im Umgang mit dem Patienten und seiner psychologischen Betreuung eine wesentliche Bedingung für eine bessere gerontologische Zahnheilkunde. Diese erfolgt jedoch weder in der Praxis noch in der Berufsschule in ausreichendem Umfang.

Positiv ist die Integration des neu geschaffenen Faches *Patientenbetreuung* in den schulischen Rahmenlehrplan. Zu kritisieren ist jedoch, daß der Unterricht zu diesem Thema erst für das dritte Ausbildungsjahr vorgesehen ist. Bis zu diesem Zeitpunkt hat die angehende Zahnarzthelferin bereits verschiedene Techniken und Strategien im Umgang mit den Patienten entwickelt, deren Qualität in Abhängigkeit von der individuellen Persönlichkeit variiert und teilweise infrage zu stellen ist. Zudem ist anzunehmen, daß diese Vorprägung dem Erlernen qualifizierter Führungsqualitäten und Handlungskompetenz entgegensteht.

Zur Zeit stellen die Maßregelungen durch den Chef oder ältere Kolleginnen bei Fehlverhalten die einzigen Orientierungshilfen für den Praxisneuling dar, da auch die Lehrbücher diese Thematik nicht oder nur unzureichend berücksichtigen.²³ Die Auszubildende wird folglich mit ihren Problemen allein gelassen und ist vielfach insbesondere bei der Betreuung geriatrischer Patienten überfordert. Da meist die jungen Zahn-

arzthelferinnen am Behandlungsstuhl assistieren und somit einen intensiven Kontakt zum Patienten haben, wirkt sich der Altersunterschied und der Erfahrungsmangel besonders negativ auf die Qualität der gerontologischen Zahnheilkunde aus. Insofern besteht dringend die Notwendigkeit zur Thematisierung derartiger Inhalte bereits zu Beginn und über den gesamten Zeitraum der Ausbildung.

Unverständlich ist, daß Zahnärzte diese Defizite bei der Ausbildung ihres Hilfspersonals dulden und das hohe Risiko auf sich nehmen, daß aus dem Verhalten der Helferin möglicherweise eine nachhaltige Irritation und eine negative Einstellung des Patienten zur Praxis oder der Behandlung resultiert. Dabei wird immer wieder in der Literatur betont, daß der erste Eindruck, der bei der Kontaktaufnahme zur Praxis erfolgt, ein enorm wichtiges Moment für alle folgenden Interaktionen ist.²⁴

Der Zahnarzt

Im Vergleich zur Behandlung jüngerer Patienten fordert die gerontologische Zahnheilkunde den Arzt häufig stärker in zeitlicher, emotional-menschlicher, psychologisch-pädagogischer und fachlicher Hinsicht. Überdies ist nicht allein das Potential der über 60jährigen Patienten gewachsen, sondern die Senioren beanspruchen einerseits gleichfalls vermehrt die zahnärztliche Behandlung und andererseits haben viele von ihnen ein größeres Anspruchsdenken entwickelt.²⁵

„Nicht nur die Befreiung von Zahnschmerzen, sondern auch die Durchführung restaurierender und rekonstruierender Maßnahmen wird in zunehmendem Maße vom alten Menschen oder für sie stellvertretend von deren Angehörigen verlangt, mit dem Ziel, eine bessere Kaufähigkeit und ein ästhetisch befriedigendes Aussehen wiederzuerlangen.“²⁶

Die umfangreiche fachliche Beanspruchung durch den geriatrischen Patienten resultiert einerseits aus den Schwierigkeiten einer totalprothetischen Versorgung. Andererseits setzt die Behandlung der älteren Generation Spezialkenntnisse voraus, die die altersbedingten morphologischen, physiologischen und pathologischen Veränderungen in der orofazialen Region betreffen. Um bei der Behandlung organische Vorschädigungen, Multimorbidität und Polypragmasie, die bei vielen älteren Menschen vorhanden sind, richtig einzuschätzen und entsprechend berücksichtigen zu können, muß der Zahnarzt informiert sein über die verschiedenen physiologischen und pathogenen Veränderungen im Alter. Dieses schließt ferner das Wissen um Wechselwirkungen zwischen dem allgemeinmedizinischen Befund und dem körperlichen Allgemeinbefinden des älteren Patienten in Relation zum oralen Befund und zur zahnmedizinischen Behandlung ein.²⁷ Aus diesen Forderungen ergibt sich, daß eine Vielzahl von Faktoren bei der Therapie zu berücksichtigen sind und eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit indi-

ziert ist, um durch Absprachen mit anderen Ärzten und Koordination der anzuwendenden Therapieformen den älteren Patienten optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können.²⁸

Dabei ist daran zu erinnern, daß die Ausbildung zum Zahnarzt den Behandler unzureichend auf die Besonderheiten der gerontologischen Zahnheilkunde vorbereitet und gravierende Altersunterschiede zum Patienten das Arzt-Patienten-Verhältnis komplizieren können. Durch den Erfahrungsmangel in der Betreuung geriatrischer Patienten und die Komplexität der Anforderungen an den Zahnarzt, zusätzlich zu seiner nicht unerheblichen Belastung in der Praxis, avanciert der alternde Mensch häufig ungewollt zu einem Problempatienten. Dieses trifft insbesondere auf die jüngeren Zahnmediziner zu, die im Umgang mit den Patienten höherer Dezentennien vielfach einfach überfordert sind.

Therapeutische Konsequenzen und die wichtigsten allgemeinen Besonderheiten bei der Behandlung geriatrischer Patienten

Der ältere Patient will sich in der zahnärztlichen Praxis, wie sein jüngeres Pendant, verstanden wissen, er will respektiert, ernstgenommen, aufgeklärt und motiviert werden. Die Ansprüche dieses Patientenpotentials an die Ästhetik und Funktion des therapeutischen Resultats variieren aufgrund individueller Charakteristika und der subjektiven Wertigkeit der Zähne. Sie differieren

heute häufig nur unwesentlich von denen der jüngeren Generation, es sei denn, es handelt sich um hochbetagte Patienten oder um Patienten, die aufgrund anderer Beschwerden oder Probleme eine Ignoranz gegenüber der oralen Situation und ihrer Rehabilitation entwickelt haben.

Durch seine soziale Stellung und seine Erfahrungen, die ihm heutzutage als alter Mensch eine allgemeine gesellschaftliche Zurückstufung suggerieren, ist der geriatrische Patient z.T. sehr mißtrauisch gegenüber den zahnärztlichen Therapieanschlüssen. Dieses beruht häufig auf dem Verdacht, daß ihm grundsätzlich eine qualitativ minderwertige Behandlungsmethode angeboten wird, weil sich *Besseres* bei ihm ohnehin nicht mehr rentiere. Entsprechend den vielen Hinweisen in der Literatur, den älteren Patienten nicht mit technisch komplizierten Verfahren und Rekonstruktionen unnötig zu strapazieren oder zu überfordern, könnte man ebenfalls diesen Eindruck gewinnen. Ferner wird sicherlich bei den Therapieanschlüssen für ältere Menschen der Forderung nach Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung unbeachtet eher nachgegeben, insbesondere dann, wenn der Behandler ein *Defizit-Modell* vom Alter verinnerlicht hat.

Die Beachtung der Individualität ist bei der Betreuung des älteren Patienten ein wichtiges Moment, wobei der Umgang mit ihm natürlich und ehrlich sein muß. Die intensivere Zuwendung, die der ge-

riatrische Patient beansprucht, darf nicht zu einem geheuchelten Verhalten führen, denn er wird dieses registrieren. Trotz des geforderten Einfühlungsvermögens ist eine übermäßige Identifizierung oder Verhaltensannäherung seitens des Praxisteams nicht sinnvoll. Dagegen sind ein respektvoller Umgang und eine gewisse formale Distanz zum Patienten anzustreben. Dadurch wird zudem die Unterstützung eventuell vorhandener regressiver Neigungen und Abhängigkeitstendenzen verhindert und das Selbstwertgefühl bzw. -vertrauen des Patienten gestärkt.

Abgesehen von der Berücksichtigung spezifischer psychischer, physischer und geistiger Handicaps des Patienten bei der Therapieplanung und -durchführung, gelten für die Betreuung der kranken Senioren generell keine anderen Verhaltensregeln als für gesunde Patienten höherer Dezentennien. Der Umgang mit dem Kranken wird gleichfalls primär von den individuellen psychischen und charakterlichen Varianten des Patienten bestimmt.²⁹

Signifikant für die Auswahl der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist weniger das numerische als das biologische Alter und die geistig-seelische Verfassung des Patienten.³⁰ Dabei liefern bereits der erste Eindruck vom Patienten und andere Beobachtungen im Vorfeld der Behandlung (z.B. der Gang, die Körperhaltung, die Bewegungen und das Koordinationsvermögen, der Händedruck und vorhandene Hilfs-

mittel, wie Brille, Stock oder dergleichen) Hinweise auf die körperliche Konstitution und die psychische Grundhaltung des Menschen. Abgesehen von einigen Besonderheiten, auf die beim älteren Patienten zu achten ist, differiert die Methodik bei der Anamnese sowie der extra- und intraoralen Untersuchung nicht prinzipiell von der üblichen Vorgehensweise. Bereits durch die höhere Anzahl der Lebensjahre bedingt, wird die Anamnese mit zunehmendem Alter zeitintensiver, da der Mensch eine umfangreichere Krankengeschichte hat. Bei der Untersuchung geriatrischer Patienten ist die Früherkennung von Krankheiten in der orofazialen Region ein wichtiges Moment, da verschiedene präkanzeröse und tumoröse Erkrankungen im Alter zu erhöhter Morbidität führen. Die Aufdeckung aller Allgemeinerkrankungen des älteren Menschen durch Inspektion, Vorsorgeuntersuchung, Befunderhebung und Anamnese liegt nicht nur im Interesse des Patienten, sondern gleichfalls des Zahnarztes, da sie das Risiko von Zwischenfällen in der Praxis reduziert und Kontraindikationen für bestimmte Behandlungsmaßnahmen aufzeigt.³¹

Die Wahl der Aufnahmetechnik zur Röntgendiagnostik hat sich entsprechend den individuellen Fähigkeiten, Gegebenheiten und Indikationen beim Patienten anzupassen. Die Praxis zeigt allerdings, daß extraorale, insbesondere Panorama-Aufnahmeverfahren allgemein zu qualitativ besseren Ergebnissen führen als intraorale Einzelbilder, da der

Patient dabei den Röntgenfilm nicht selbst zu fixieren hat und die Belichtungszeit kürzer ist.³²

Neben dem allgemeinen und dem oralen Befund sind bei der Therapieplanung gleichfalls die psychische Konstitution, die geistige Verfassung, die zukünftige Entwicklung, die biographische und soziale Situation des Patienten zu berücksichtigen. Dabei restringieren die somatisch-organische Vorschädigung und die Polypathie die Therapiemöglichkeiten in der gerontologischen Zahnheilkunde z.T. erheblich, indem sie z.B. Kontraindikationen für chirurgische Maßnahmen darstellen oder Komplikationen bei der Anästhesie erwarten lassen. Überdies sind die Wünsche des Patienten, seiner übrigen behandelnden Ärzte und ggf. auch seiner Angehörigen in die Behandlungsplanung miteinzubeziehen, wobei das oberste Ziel für den Zahnarzt in der Planungsphase sein muß, eine realistische und realisierbare therapeutische Lösung zu finden, die den Bedürfnissen des Patienten entspricht. Ferner ist zu beachten, daß die Kräfte des Patienten in den einzelnen Sitzungen nicht übermäßig strapaziert werden und ausreichend Zeit auch für Regenerationsphasen einkalkuliert wird.³³

Um eine Überforderung des Patienten zu vermeiden, sollte die Besprechung der Behandlungsvorschläge und des Therapieplanes nicht im Zusammenhang mit der Anamnese und der Befunderhebung durchgeführt werden, sondern in einer getrennten Sitzung erfolgen. Zu-

sätzlich ist ihm nach der Aufklärung über die therapeutischen Möglichkeiten und die geplanten Behandlungsmaßnahmen genügend Zeit zur Reflektion und Evaluierung der zahnärztlichen Vorschläge einzuräumen. Er wird die vorgeschlagene Behandlung zudem eventuell mit Angehörigen und Freunden diskutieren wollen. Keinesfalls darf der Patient überrumpelt oder zu einer vorschnellen Entscheidung gedrängt werden, da dies den Behandlungserfolg nachhaltig infrage stellen könnte. Unerfüllbare Versprechungen, die unrealistische Hoffnungen hinsichtlich des therapeutischen Resultats wecken, ziehen ebenfalls fatale Konsequenzen nach sich. Aus denselben Motiven sind auch bereits bestehende irrationale Wünsche und Erwartungen des Patienten in einem Gespräch zu thematisieren.

Bei der Behandlung stellen Verständnis und Zuhören seitens des zahnärztlichen Personals sowie richtiges Terminieren der zahnmedizinischen Maßnahmen im Hinblick auf die Lebenssituation des Patienten prinzipiell den Schlüssel zu einer effektiven Beratung und erfolgreichen Therapie dar.³⁴ In der zahnärztlichen Geriatrie ist dabei oftmals die Integration von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen in die Behandlung angezeigt, um eine effektive medizinische Versorgung des Patienten, eine Pflege der prothetischen Rekonstruktion oder dergleichen zu gewährleisten. Des Weiteren sind zur Behandlung dieser Altersgruppe allgemein zwei Dinge anzumerken:

1. Eine aufrechte Sitzposition ist für den alten Menschen vielfach nicht nur komfortabler, sondern medizinisch indiziert, denn das Nachlassen oraler Reflexe im Alter bedingt eine intensivere Irritation des Schluckmechanismus durch das Spraywasser der Behandlungseinheit, die vermehrt zu Hustenanfällen beim Patienten führt.³⁵
2. Die Therapie sollte gerade im Hinblick auf die Adaptations- und Inkorporationsprobleme, die beim älteren Menschen gehäuft im Zusammenhang mit prothetischen Maßnahmen auftreten, alle Möglichkeiten der Zahnerhaltung nutzen.

Den Bedürfnissen und Ansprüchen des einzelnen aus der heterogenen Gruppe geriatrischer Patienten gerecht zu werden, stellt eine schwierige Aufgabe dar. Zusammenfassend ist festzuhalten, daß ihre Betreuung und die Therapie das Behandlungsteam vielschichtig beanspruchen. Insofern stellt die gerontologische Zahnheilkunde vielfach höhere Anforderungen an die Praxis als die Behandlung der jüngeren Generationen, obwohl auch hier große individuelle Unterschiede bestehen.

Zum einen fordert die gerontologische Zahnheilkunde den Therapeuten in fachlicher Hinsicht, da allgemein- und zahnmedizinische Spezialkenntnisse bei der Behandlung eine Grundbedingung für den therapeutischen Erfolg bilden. Zum anderen setzt sie beim gesamten Praxisteam Grundkenntnisse über die Psycho-

logie, die soziologischen Rahmenbedingungen und die spezifischen Probleme dieser Altersgruppe voraus. Diese sind relevant, um sich in den Patienten einfühlend und in angemessener Form auf ihn reagieren zu können, sein Verhalten richtig zu interpretieren und eine adäquate Führung des älteren Patienten im Verlauf der Therapie zu gewährleisten. Sie schaffen die Basis für ein gutes zwischenmenschliches Verhältnis während der Behandlung, indem durch sensitives Vorgehen unerfreuliche Dissonanzen zwischen Praxisteam und Patient vermieden werden. Die Harmonie des Patienten-Praxis-Verhältnisses und des Behandlungsteams untereinander bilden die Basis für eine erfolgreiche Therapie des Patienten!

Um eine Verbesserung der gerontologischen Zahnheilkunde in der Praxis zu erreichen, ist nicht nur interdisziplinäre Zusammenarbeit und adäquate Vorbereitung auf die Probleme bei der zahnmedizinischen Betreuung älterer Menschen durch die Ausbildung des Zahnarztes und seiner Helferinnen zu fordern, sondern gleichzeitig eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Patienten, d.h. eine holistische Zahnheilkunde.

- ⁵ Vgl. u.a. Breustedt 1978b: 18, 50, Oberwittler/Hauss 1981: 82, Oesterreich 1981: 61ff., Netzle 1985b: 1495, Schön 1988a: 513f.
- ⁶ Vgl. Oesterreich 1981: 65.
- ⁷ Vgl. Schön 1988a: 514ff., Schön 1988b: 707, 711.
- ⁸ Vgl. Breustedt 1978b: 7, 16ff., 113, Zilliken 1981: 28, 48.
- ⁹ Lehr (Psychologie des Alterns, 1977) zit. n. Oesterreich 1986: 65.
- ¹⁰ Vgl. ebd., Breustedt 1978b: 114ff., Netzle 1985b: 1496.
- ¹¹ Vgl. u.a. Breustedt 1978b: 22, 128, Körber 1978c: 11, Jung 1981a: 206, Haase 1983: 70, Netzle 1985b: 1496, Schön 1988a: 526, 708.
- ¹² Vgl. Sosna/Wahl 1983: 108.
- ¹³ Vgl. u.a. Breustedt 1978a: 57, Breustedt 1978b: 51, 115f., 128ff., Mayer 1978: 34ff., Oesterreich 1981: 64ff., 76f., Sosna/Wahl 1983: 107ff.
- ¹⁴ Schön umschreibt diese Auffassung vom Alter mit dem Begriff „ruhiger Hafen“ (1988a: 526).
- ¹⁵ Vgl. Breustedt 1978b: 17, 187, Schön 1988a: 525f.
- ¹⁶ Vgl. u.a. Breustedt 1978b: 17f., Oesterreich 1981: 67, Raith/Ebenbeck 1986: VII.
- ¹⁷ Vgl. Breustedt 1978b: 120, Eichner 1978: 29, Körber 1978c: 11, Müller-Fahlbusch/Marxkors 1981: 105ff., Raith/Ebenbeck 1986: 182ff., 188, 199.
- ¹⁸ Vgl. Drücke/Klemm 1986: 11f., Fischer 1986: 283ff.
- ¹⁹ Vgl. Breustedt 1978b: 17f., 113ff., Körber 1978c: 11, Müller-Fahl-

- busch/Marxkors 1981: 10ff., 89, Oesterreich 1981: 62f., Raith/Ebenbeck 1986: 2, 18, 78.
- ²⁰ Vgl. u.a. Müller-Fahlbusch/Marxkors 1981: 10, 90, Raith/Ebenbeck 1986: 27, 110f., 117, 121, Schubert 1990: 340ff.
- ²¹ Vgl. Praxisteam Prof. Schön 1984: 1927, 1930, Schön 1988b: 711.
- ²² Vgl. u.a. Breustedt 1978b: 121, Mayer 1978: 37, Jung 1983: 85.
- ²³ Vgl. u.a. die Zahnarzthelferinnenbücher von Jahreiß/Lange/Peters/Schijatschky/-Tiemann (1988), Albers/Ferger/Heinenberg/Höfling/Jahreiß u.a. (1990), Angres/-Ring/Rupp-Schall (1990), Wörner/Bollinger/Schick (1990), und Schubert 1990: 339ff.
- ²⁴ Vgl. Müller-Fahlbusch/Marxkors 1981: 10, Raith/Ebenbeck 1986: 101f. Obwohl die bedeutende Rolle der Zahnarzthelferin bei der Patientenbetreuung zunehmend erkannt wird, wird dieser Thematik in der Literatur zu wenig Beachtung geschenkt.
- ²⁵ Vgl. Haase 1983: 70, Meyer 1983: 52, Illich 1987: 98f.
- ²⁶ Netzle 1985a: 1129.
- ²⁷ Aufgrund einer anderen Schwerpunktwahl werden diese Themenbereiche und die Besonderheiten der Prophylaxe, der konservierenden, der parodontologischen und der chirurgischen Behandlung sowie der prothetischen Versorgung des Lückengebisses älterer Patienten nicht bzw. nur unzureichend in meinen Ausführungen berücksichtigt. Die Bücher von u.a. A. Breustedt (1978 b), E. Körber (1978b) und E. Sauerwein (1981a) informieren umfassend über derartige Fragestellungen.
- ²⁸ Vgl. u.a. Breustedt 1978b: 16f., 187, Raith/Ebenbeck 1986: 61f.
- ²⁹ Vgl. u.a. Breustedt 1978a: 50, Breustedt 1978b: 116, 120, 173, 183f., Jung 1981a: 207, Oesterreich 1981: 61ff.
- ³⁰ Vgl. u.a. Jung 1981a: 206, Haase 1983: 72f., 77.
- ³¹ Vgl. Breustedt 1978b: 173ff., Eichner 1978: 29, Ritter 1981: 195ff., Morgenroth 1981a: 159, 163, Herrmann 1983: 61f.
- ³² Vgl. Ritter 1981: 200f.
- ³³ Vgl. u.a. Jung 1981a: 206ff., Haase 1983: 70.
- ³⁴ Vgl. u.a. Raith/Ebenbeck 1986: 86, 96, 113f., 116, 122, Müller-Fahlbusch/Marxkors 1981: 11ff., 20ff., 30, 99.
- ³⁵ Vgl. Netzle 1985a: 1132.

Maren Teichmann
Kuhnsweg 5
2000 Hamburg 60

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!

Grundsätze und Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

Im folgenden setzen wir den Abdruck des DAZ-Grundsatzprogramms mit einem weiteren Abschnitt fort:

6. Zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen

Die erhöhte Lebenserwartung unserer Bevölkerung bringt es mit sich, daß zunehmend ältere und alte Patienten mit ihren besonderen medizinischen und zahnmedizinischen Problemen unserer Behandlung bedürfen.

Ein gewisser Teil dieser Gruppe ist nicht in der Lage, unsere Praxen aufzusuchen. Dies gilt sowohl für manche In-sassen von Alters- und Pflegeheimen, wie auch für diejenigen, die ihre Wohnungen nicht oder nur schwer verlassen können.

Diese Versorgungsproblematik gibt ein gutes Beispiel für die Möglichkeit, von uns Zahnärzten aus rechtzeitig die Initiative zu ergreifen, bevor es auch auf

diesem Feld zu globalen Abhilfemaßnahmen auf den Verordnungswegen kommt. Wir schlagen vor, daß die Kolleginnen und Kollegen auf lokaler Ebene gemeinschaftlich im Sinne von Bereitschaftsdiensten die Versorgung solcher Patienten angehen. So könnten auch die dazu erforderlichen mobilen Behandlungseinheiten und Instrumentarien gemeinschaftlich angeschafft und benutzt werden. Ein solcher Vorschlag findet seine Grenze im Recht der freien Arztwahl, aber realistischerweise muß dazu gesagt werden, daß heute vielerorts diese Wahlmöglichkeit schon deshalb nicht besteht, weil überhaupt keine zahnärztliche Versorgung für den immobilen Patienten angeboten wird.

Zahnmedizinische Betreuung und Behandlung von Behinderten, chronisch Kranken, Krankenhaus- und Heimpatienten

Die obengenannte Personengruppe kann heute am allerwenigsten mit einer systematischen zahnärztlichen Betreuung rechnen. Hier kann gewiß nicht von einer Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gesprochen werden. Die Gründe dafür liegen auf der Hand:

Einerseits setzt die Behandlung von behinderten Patienten besondere Sachkunde voraus, andererseits müßte eine Anzahl organisatorischer Grundvoraussetzungen geschaffen sein, damit diese Aufgabe überhaupt erst in Angriff genommen werden kann.

Die Sachkunde der Zahnärzteschaft wäre auf zweierlei Wegen zu verbessern:

1. Den Besonderheiten der Behindertenbehandlung muß an den Ausbildungsstätten wesentlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden als bisher.
2. Das Fortbildungsangebot muß erweitert werden.

Die besten Chancen in der Behindertenbehandlung liegen allerdings in der Prophylaxe. Weil Behinderte eben nicht mit der gleichen Routine behandelt werden können wie der „gesunde“ Teil der Bevölkerung, müssen besondere Anstrengungen auf dem Gebiet der Vorsorgemaßnahmen gemacht werden.

Dazu einige konkrete Vorschläge:

1. Bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird ein Referat für diese Aufgabe eingeführt.
2. Dieses Referat arbeitet zusammen mit Behindertenorganisationen, Sozialversicherungsträgern und den zuständigen kommunalen Gliederungen (Regierungsbezirke, Landkreise etc.).
3. Ziel dieser Zusammenarbeit muß sein, daß jeder Behinderte in zumutbarer Entfernung eine zahnärztliche Behandlungsmöglichkeit angeboten bekommt. An einer ausreichenden Zahl von Krankenhäusern müssen Möglichkeiten zur zahnärztlichen Behandlung in Intubationsnarkose bestehen.
4. Was die Vorsorgemaßnahmen angeht, sollte die Zusammenarbeit mit den Personen und Organisationen gesucht werden, die bereits heute mit der Beratung und Betreuung Behindeter befaßt sind. Das Betreuungspersonal in Heimen, Sonderschulen und Tagesstätten muß von der Zahnärzteschaft für Vorsorgemaßnahmen geschult und beraten werden, um auf diese Weise als Multiplikator eingesetzt werden zu können.

5. Honorierung

Die Behindertenbehandlung stellt besondere Anforderungen an den Behandler und verlangt ein modifiziertes Vorgehen. Der Behandlungsaufwand ist wesentlich höher. Deshalb ist für diese Fälle ein Erschwerniszuschlag anzusetzen, für dessen Bemessung die Erfahrungen der bereits heute in der Behindertenbehandlung tätigen Institutionen herangezogen werden können.

Die oben angeführten Vorschläge haben keinen Sinn, wenn nicht eine ausreichende Zahl von Zahnärztinnen und

Zahnärzten ihre Arbeitskraft dafür zur Verfügung stellt. Die Behandlung von behinderten Patienten ist eine Aufgabe, die alle Zahnärzte angeht und die auch, wie bereits in Modellfällen praktiziert, von einem Zahnärzteteam bewältigt werden kann, das sich turnusmäßig abwechselt. Wir sind der Überzeugung, daß es den Behindertenreferaten der KZV'en möglich sein wird, ausreichende zahnärztliche Behandlungskapazität auf regionaler Ebene für diese Aufgaben zu mobilisieren. Den Sicherstellungsauftrag haben nicht einige Funktionäre an der Standesspitze, sondern wir alle.

Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit in der vergangenen Zeit und wünschen allen Lesern des DAZ forum ein frohes Weihnachtsfest und ein glückliches, erfolgreiches Neues Jahr.

FACKLER & WAGENBAUER

FACHBUCHHANDLUNGEN GMBH

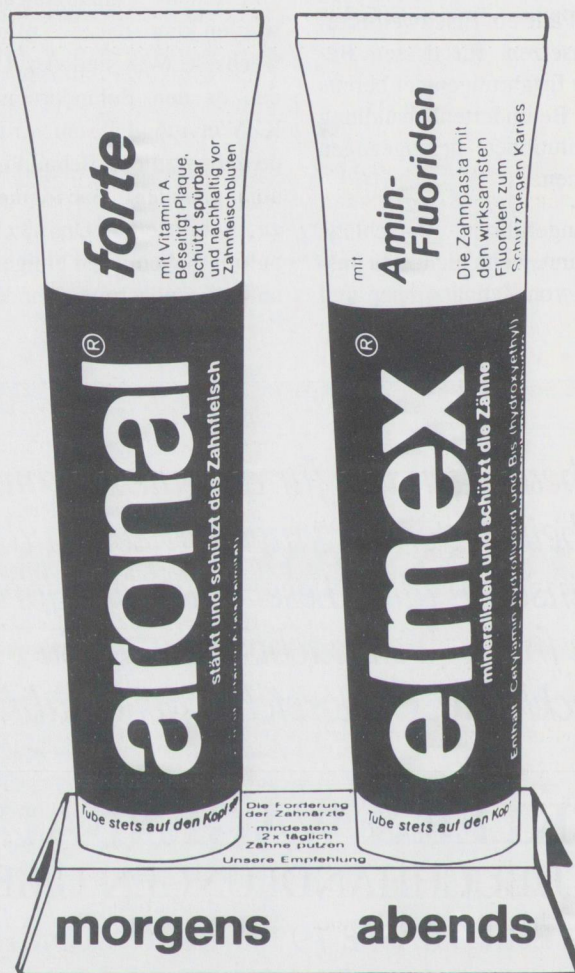
LANDWEHRSTRASSE 79 · D-8000 MÜNCHEN 2

TELEFON ☉ (0 89) 53 39 59

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Wieso halten Kronen so lange?

T. Ropers

Lassen sich die Verweildauern von Einzelkronen und großen Amalgamfüllungen vergleichen?

Prof. Kerschbaum, Köln, hatte in einer reinen Verweildauerstudie untersucht, wie lange sich durchschnittlich Einzelkronen im Munde unserer Patienten befinden. Diese Longitudinalstudie wurde von Teilen der Zahnärzteschaft fälschlich als „Beitrag zur Qualitätsforschung“ reklamiert.

In danach folgenden Studien über die Verweildauer großer Amalgamfüllungen liegt nicht nur fachliche, sondern auch berufspolitische Brisanz. Groß ist die Gefahr, daß durch neuerlich mißbräuchliche Nutzung der Ergebnisse die Maxime ausgegeben werden könnte, statt größerer Amalgam-Füllungen als Regelversorgung generell Kronen zu propagieren.

Füllungen unterliegen völlig der Sachleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), während Kronen Kostenerstattungsleistungen mit erhöhter Zuzahlungspflicht für den Patienten selbst sind.

Eine erste Longitudinalstudie über Amalgamfüllungen wurde an Hand der Karteidaten des Kollegen Westermann, Emsdetten, durchgeführt und bereits veröffentlicht, eine zweite Untersuchung wurde mit dem Datenmaterial aus meiner Praxis durchgeführt. Schon vor der Veröffentlichung wurden mir

„meine Ergebnisse“ mitgeteilt:

Für die von mir im untersuchten Zeitraum gelegten Füllungen wurde eine geringfügig kürzere mittlere Liegezeit ermittelt als bei den Arbeiten des Kollegen Westermann.

Westermann und ich waren zunächst gleichermaßen überrascht über die unerwartet kurze mittlere Verweildauer unserer Füllungen.

Zwischenbemerkung:

Nach über 18 Jahren zahnärztlicher Tätigkeit haben sich die Maximen meiner Behandlungsgewohnheiten in zwei wichtigen Punkten geändert:

Bei der Diagnostik sagt die Momentaufnahme (fast) nichts, die Verlaufskontrolle dagegen (fast) alles.

Beispiel: Zahn mit apikaler Aufhellung bei intakter endodontischer Versorgung ohne akute Symptome muß nicht extrahiert werden. Stattdessen: Rö.-Nachkontrolle in einem Jahr, wenn Aufhellung kleiner geworden ist, – kein Therapiebedarf, wenn Aufhellung größer geworden ist – ggf. Revision der Wurzelfüllung, chirurgische Zahnerhaltung oder Extraktion.

Oberstes Gebot bei jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme muß der individuelle Nutzen für den jeweiligen Patienten sein. Diese Maxime

mag durchaus gelegentlich im Widerspruch zur Lege-artis-Behandlung stehen.

Beispiel: Ein Zahn mit größerem Lockerungsgrad, aber ohne akute Beschwerden verliert eine umfangreiche Füllung. Die Lege-artis-Behandlung heißt Extraktion und Zahnersatz. Von größerem Nutzen für den Patienten ist aber oft eine neuerliche Füllung, wenn man dadurch dem Patienten auch nur über begrenzte Zeit einen herausnehmbaren Zahnersatz ersparen kann. Diese Füllung erfolgt also nicht mit dem Vorsatz der definitiven Sanierung, sondern ist eine Lösung auf Zeit. Nebenbei: Jedes zahnärztliche Tun bewirkt eine Lösung auf Zeit, also auch die „definitive Sanierung“. Es gibt hierbei nur graduelle Unterschiede.

An solcherlei Behandlungen wird klar, daß die *Verweildauer als alleiniges Kriterium zur Ermittlung von Ergebnisqualität nicht tauglich ist.*

Ich glaube, diese Maximen sind durchaus zur allgemeinen Anwendung zu empfehlen.

Im folgenden möchte ich nun darstellen, wieso der direkte Vergleich der Verweildauern von Kronen und Füllungen unzulässig ist.

1. Welche Bedingungen werden an den zu versorgenden Zahn gestellt?

1.1. In parodontaler Hinsicht

K (Krone):

parodontal gesund oder saniert

F (Füllung): auch bei Par-Schädigung, auch bei größerer Lockerung

1.2. In endodontischer Hinsicht

K ungefährdet vital oder endodontisch versorgt und kontrolliert

F auch wenn endodontisch unsicher

1.3. In funktioneller und statischer Hinsicht

K in statisch ungefährdeter Funktion

F auch bei funktioneller Gefährdung und ungesicherter Statik

1.4. In hygienischer Hinsicht

K hygienisch unbedenkliche Situation

F auch bei mangelhafter Hygiene

Schon die Ausgangssituation ist beim zu überkronenden Zahn also in jeder Hinsicht besser.

2. Aus welchem Anlaß und mit welchem Ziel erfolgt die Maßnahme?

2.1. Pulpitische Beschwerden

K keine Krone, erst endodontische Absicherung ggf. erst Aufbaufüllung und Nachkontrolle

F Füllung entfernen; endodontische Absicherung; neue Füllung

2.2. Langfristige Zahnerhaltung bei größerem Hartgewebsdefekt

K uneingeschränkt indiziert

F bedingt indiziert, aber notwendig, wenn Patient nicht zuzahlungsfähig oder -willig

2.3. Zweitversorgung nach erfolgloser Füllung

K uneingeschränkt indiziert

F Wiederholungsfüllung trotz erkennbar schlechterer Prognose, meist aus Kostengründen; s.o.

2.4. Verbesserung der Statik, Veränderung der Bißlage

- K uneingeschränkt indiziert
F bedingt indiziert

2.5. Verbesserung der Kosmetik

- K oft indiziert
F sehr selten indiziert

2.6. Pfeilersicherung bei Teilprothesen

- K uneingeschränkt indiziert
F hilfsweise nur aus Kostengründen (s.o.)

2.7. Zum Ersatz von Amalgamfüllungen z.B. auf internistisches Anraten oder bei Amalgam-Phobie

- K uneingeschränkt indiziert
F entfällt

Hierbei sind 2.1. bis 2.3. in puncto Erfolgsaussicht schlechtere Risiken. Hier auf konzentriert sich die Masse der Amalgam-Füllungen. Die a priori besseren Risiken 2.4. bis 2.7. kommen bei Füllungen kaum oder nicht in Betracht.

3. Gründe für die Entfernung

3.1. Randkaries

- K wird dennoch oft aus Kompromißgründen belassen, um Mißerfolge nicht eingestehen zu müssen, auch um neue Kosten für den Patienten zu vermeiden. Stattdessen Kronenrandfüllung.
F „Anflicken“ als Kompromißbehandlung viel seltener, stattdessen neue Füllung oder wenn möglich Krone

3.2. Pulpitis

- K in der Regel okklusale Trepanation,

endodontische Versorgung und Verschluß mit Füllung. Krone bleibt erhalten

- F Entfernung der Füllung, endodontische Versorgung und neuerliche Füllung oder wenn möglich Krone

3.3. Fraktur der Füllung oder eines Höckers

- K kommt sehr selten vor
F selten: „Anflicken“, meist neue Füllung oder wenn möglich Krone

3.4. Okklusale Perforation durch Ab- rasion oder beim Einschleifen

- K oft als Kompromißbehandlung Reparatur durch Füllung, Krone bleibt erhalten
F fast immer neue Füllung

3.5. Starke Lockerung des Zahnes

- K wird oft auf Patientenwunsch so lange erhalten wie eben möglich, z.B. wenn noch in Funktion als Haltezahn bei Teilprothesen
F Extraktion fällt leichter als bei überkrontem Zahn

3.6. Überkronung im Zuge einer umfas- senden Sanierung

- K vorhandene, noch intakte Kronen werden möglichst in das Sanierungskonzept einbezogen und belassen
F auch intakte Amalgamflg. werden oft wegen Überkronung entfernt, z.B. Pfeilersicherung bei Teilprothesen

3.7. Extraktion aus kieferorthopädi- schen Gründen

- K betrifft Kronen fast nie
F betrifft oft durchaus intakte Füllungen, z.B. Sechs-Jahr-Molaren

3.8. Akzidenteller oder iatrogener Verlust, z.B. infolge Extraktion eines Nachbarzahnes

- K kann meistens neu zementiert werden
 F neue Füllung

3.9. Parodontales Trauma durch überstehenden Rand, z.B. bei Par.-Behandlung

- K wird oft als Kompromißbehandlung durch Einschleif u. Finieren korrigiert
 F wird viel seltener korrigiert, meist entfernt und erneuert

3.10. Amalgam-Phobie

- K betrifft Kronen nicht
 F immer häufiger geben Kollegen dem Drängen phobischer Patienten nach und entfernen auch intakte Amalgamfüllungen

3.11. Extraktion eines Siebeners bei günstig angelegtem Achter

- K trägt der 7er eine intakte Krone, wird oft die Osteotomie des 8ers vorgezogen
 F ist der 7er umfangreich gefüllt, wird oft der 7er extrahiert, um den 8er einzustellen

3.12. Amalgamentfernung aus internistischer, allergologischer oder neurologischer Indikation, wenn nach Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt erforderlich

- K betrifft Kronen nicht
 F betrifft alle, auch intakte Amalgamfüllungen

Füllungen werden also viel eher entfernt, Kronen so lange wie möglich belassen.

Zusammenfassung

Es werden die unterschiedlichen Bedingungen für die Verweildauer von großen Amalgam-Füllungen und Einzelkronen beschrieben.

1. An zu überkronende Zähne werden viel strengere Bedingungen gestellt als an Zähne, die gefüllt werden sollen.
2. Die Indikationsstellung birgt für große Amalgamfüllungen ungleich größere Risiken als für Kronen.
3. Füllungen werden leichter entfernt, Kronen länger belassen.

Die Kostenbeteiligung des Patienten an den Füllungen oder Kronen beeinflusst die Prognose für die betroffenen Zähne. Das Sachleistungsprinzip wirkt sich zahnerhaltend aus, weil Füllungen im Zweifelsfalle für den Patienten zuzahlungsfrei erneuert werden können. Bei Kronen kehrt sich der Konservierungsgedanke leicht um. Kronen werden oft so lange erhalten, bis es für andere zahnerhaltende Maßnahmen zu spät ist. Die Zuzahlungspflicht schränkt verantwortungsbewußte Zahnärzte in der Wahl der optimalen Therapie ein.

Die Verweildauern von Kronen und großen Amalgamfüllungen lassen sich nur dann direkt vergleichen, wenn folgende Parameter übereinstimmen:

1. Welche Bedingungen werden an den zu versorgenden Zahn gestellt?
2. Aus welchem Anlaß und mit welchem Ziel erfolgt die Maßnahme?
3. Weswegen wird ein Zahn entfernt?

Es dürfen also nur solche Amalgamfüllungen mit Kronen verglichen werden, die mit dem Vorsatz gelegt wurden, den Zahn definitiv zu sanieren. Ein solcher Vorsatz kann bei Kronen vorausgesetzt werden. Eine diesbezügliche Dokumentation durch den Zahnarzt wäre Voraussetzung für eine neue Forschungsarbeit.

Reine Verweildauerstudien sind sonst nur zur Bewertung der Ergebnisqualität

verschiedener Behandler, nicht aber unterschiedlicher Behandlungsformen aussagekräftig.

Mit derartig abgesicherten neuen Forschungsergebnissen könnte die Wissenschaft nicht zuletzt der Standespolitik einen großen Dienst erweisen.

*Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen*

Pflicht zur Qualitätssicherung

In der zahn- wie auch der humanärztlichen Versorgung ist der eigentliche Arbeitgeber der Ärzte der Patient. Schlechte Versorgungsqualität tangiert in erster Linie sein physisches und seelisches Wohlbefinden und erst dann seinen Geldbeutel.

Qualitätssicherung ist jedoch ein Prozeß, der zwar mit der Beobachtung des Handelns und dem Erkennen von Schwachstellen, also einer Qualitätskontrolle, beginnt, bei dem aber die Suche nach möglichen Problemlösungen und das Ändern des diagnostischen und therapeutischen Handelns von Organisationsabläufen oder von strukturellen Voraussetzungen in der Praxis folgen müssen und der schließlich mit dem Sich-Überzeugen, daß das beobachtete Problem auch beseitigt wurde, endet. Aus diesem Verständnis der Qualitätssicherung heraus folgt, daß für die Sicherung seiner Qualität der Arzt zunächst einmal selbst verantwortlich ist. Qualitätssicherung ist primär nicht an andere delegierbar; allenfalls können Außenstehende, wie Kassenerztliche Vereinigungen, Ärztekam-

mern, Kostenträger, Kollegen oder auch Patienten, dem Arzt bei der Qualitätssicherung helfen.

Die Isolation des in einer Einzelpraxis niedergelassenen Arztes, die oft fehlenden direkten Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Praxen wegen heterogener Praxis- und Patientenstrukturen oder die des öfteren unbekannteren Behandlungsergebnisse, weil der Patient z.B. den Arzt wechselt oder die Therapie frühzeitig abbricht, erschweren dem Arzt seine Qualitätssicherung. Die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in jenen Bereichen, wo sie machbar sind, wird den qualitätsbewußten Arzt jedoch auch dort, wo die Qualität nicht von außen einsichtbar ist, veranlassen, auf seine Qualität zu achten.

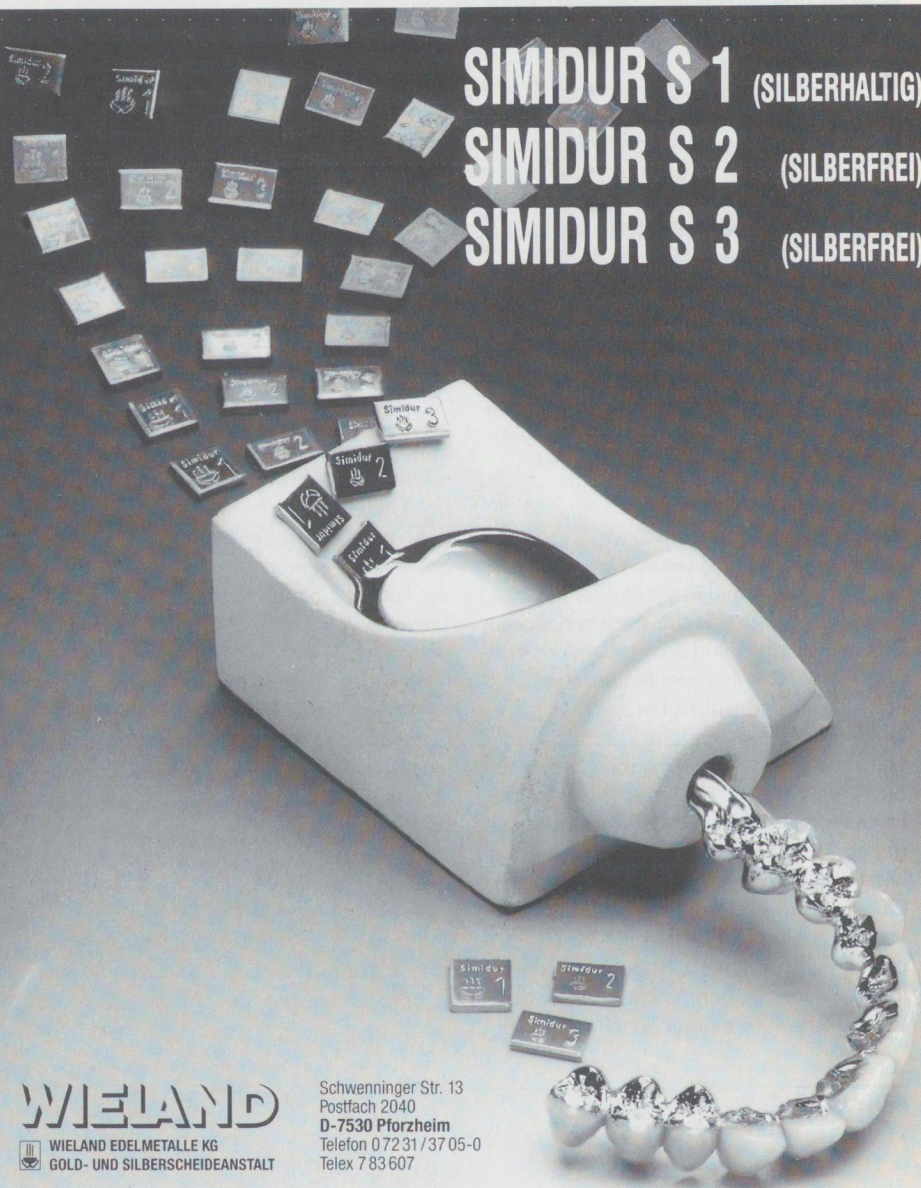
*Prof. Dr. Hans Konrad Selbmann
Institut für Medizinische
Informationsverarbeitung
der Universität Tübingen vor dem
Plenum des 94. Deutschen Ärztetages
in Hamburg*

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

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Rahmen für Weiterentwicklung abgesteckt

P. Widekamp

Nachfolgend soll (in gekürzter Form) ein Aufsatz wiedergegeben werden, der in der August- und September-Ausgabe der Verbandszeitschrift „Die Ersatzkasse“ abgedruckt wurde. Darin werden die Aufgabenstellung, die bisher erreichte Struktur sowie die Entwicklungsziele des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen dargelegt.

Die Wiedergabe erfolgt hier absichtlich ohne Kommentierung und Wertung. Es wird damit die Hoffnung verbunden, eine Differenzierung und nach Möglichkeit auch Versachlichung der Diskussion um den Medizinischen Dienst zu erreichen.

Vor einer Bewertung dieser neuen Institution dürfte es zweckmäßig sein, Kenntnisse zu erlangen von den gesetzlichen und historischen Hintergründen wie von den bisher erreichten und noch angestrebten Zielen. Eine entsprechende Darlegung aus der Sicht der „Betreiber“ gehört notwendigerweise zu den Informationsmaterialien.

Es bleibt zu hoffen, daß zahnärztliche Standespolitik zukünftig mehr zu bieten vermag als dumpfe Diffamierung „dieser Super-Kontroll-Behörde“. Selbstverständlich wird sich eine kritische Auseinandersetzung mit dem Medizinischen Dienst vor allem an dessen praktischer Arbeit orientieren müssen, doch ohne die Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen und der Intentionen der verantwortlichen Krankenkassen ist eine solche Auseinandersetzung nicht möglich.

Nach über fünfzigjähriger „Fremdverwaltung“ durch die Landesversicherungsanstalten ist der ehemalige „Vertrauensärztliche Dienst“ (VäD) mit Wirkung ab 1. Januar 1989 als eigenständiger „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ (MDK) neu organisiert worden. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber die Aufgaben des MDK er-

weitert und konkretisiert. Die bereits im Jahre 1985 aufgrund einer zwischen der Kranken- und Rentenversicherung geschlossenen Vereinbarung in Gang gekommenen Bemühungen, den Gutachterdienst weiterzuentwickeln, sind jetzt verstärkt worden. Inzwischen haben die Beteiligten den Rahmen dafür abgesteckt.

Der „Vertrauensärztliche Dienst“ ist in den dreißiger Jahren als „Gemeinschaftsaufgabe der Krankenversicherung“ bei den Landesversicherungsanstalten angesiedelt worden. In der Nachkriegszeit gab es immer wieder Bemühungen, den Väd in die Zuständigkeit und Verantwortung der Krankenversicherung zurückzuführen. Aber erst im Jahre 1985 gelang der Durchbruch mit der zwischen der Kranken- und Rentenversicherung geschlossenen „Empfehlungsvereinbarung zur Weiterentwicklung des Väd auf der Grundlage des geltenden Rechts.“

In einer kritischen Bestandsaufnahme in dieser Zeitschrift ist die Situation des Väd Mitte der achtziger Jahre wie folgt charakterisiert worden: „Insgesamt gesehen steht unserem hochspezialisierten und technisierten Medizinbetrieb ein Gutachterdienst gegenüber, der durch ein zersplittertes Dienststellennetz, eine ungünstige Altersstruktur der Ärzte und durch fehlende Kompetenz in wichtigen Bereichen gekennzeichnet ist.“ Viel mehr als Routinearbeit, deren Effektivität fraglich sei, sei nicht geleistet worden.

In dieser Phase begannen die Beratungen über ein Gesundheits-Reformgesetz, wobei von Anfang an angekündigt worden war, daß der Väd von den Landesversicherungsanstalten abgelöst und zu einem eigenständigen medizinischen Beratungsdienst für die Krankenkassen umgestaltet werden sollte. Früh erkennbar war auch, daß die Aufgaben für die-

sen Dienst neu definiert und erweitert werden sollten.

Organisatorischer Aufbau abgeschlossen

Der organisatorische Aufbau des Medizinischen Dienstes in den westlichen Bundesländern ist inzwischen abgeschlossen. Die gesetzlichen Vorgaben dafür lehnen sich teilweise an die auf freiwilliger Basis Ende 1985 geschaffenen Strukturen an. In jedem Bundesland wurde eine Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ als rechtskräftige Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet (in Nordrhein-Westfalen zwei). Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaften sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.

Daß den Arbeitsgemeinschaften Dienstherreneigenschaft und die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts verliehen worden ist, hängt mit der Übernahme des beamteten Personals des ehemaligen Väd zusammen. Allerdings sind die sich daraus ergebenden hoheitlichen Kompetenzen eingeschränkt auf die *übernommenen* Beamten (und Beamtenanwärter). Die Arbeitsgemeinschaften sind nicht befugt, neue Beamtenverhältnisse zu begründen. Die Dienstherreneigenschaft und der Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts entfallen, sobald Ansprüche für Beamte nicht mehr zu erfüllen sind. Der Medizinische Dienst ist auf

längere Sicht also nicht als ein „Beamtenapparat“ konzipiert, sondern soll, um einen größtmöglichen Praxisbezug zu gewährleisten (so die Begründung zum Gesundheits-Reformgesetz), vorrangig Gutachter beteiligen, die nicht beim MDK beschäftigt sind.

Organe der Arbeitsgemeinschaften sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer. Anders als bei den Sozialversicherungsträgern und ihren Verbänden üblich, verfügt der MDK also lediglich über *zwei* Organe, um - wie es in der Regierungsbegründung zum GRG heißt - den Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten.

Dem Verwaltungsrat können höchstens 16 Vertreter angehören.

Die zur Finanzierung des Medizinischen Dienstes erforderlichen Mittel werden von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft im Umlegeverfahren aufgebracht (nach dem Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen im Land - Stichtag 1.10. eines Jahres).

Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben - dem gesetzlichen Auftrag entsprechend - eine „Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen“ (MDS) gebildet. Sie ist verpflichtet, die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern. Die Arbeitsgemeinschaft ist aus der ehemaligen Ar-

beitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung in Essen hervorgegangen und hat dort weiterhin ihren Sitz. Im Gegensatz zu seiner Vorgängerin hat der MDS jedoch gesetzlich konkretisierte Kompetenzen und Verpflichtungen (vgl. §282 SGBV):

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über
- Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Im übrigen können Empfehlungen gegeben werden.

Der MDS hat sich eine Satzung gegeben und wird in Form eines e. V. geführt.

Neue Aufgabenstellung

Allgemein gilt zunächst, daß die Krankenkassen verpflichtet sind, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist:

1. bei Erbringung von Leistungen (Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung),
2. zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - zur Sicherung des Behandlungserfolges oder

- zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der AU.

Diese Regelung entspricht im Grunde dem bisherigen Recht. Die Krankenkasse hat anhand der im Gesetz genannten Kriterien nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden, ob der MDK einzuschalten ist.

Neu ist, daß die Krankenkassen vor der Bewilligung bestimmter Leistungen den MDK einschalten müssen, und zwar zur Prüfung

1. der Notwendigkeit von ambulanten und stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen (allerdings können die Spitzenverbände der Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmen zulassen), und
2. ob Schwerpflegebedürftigkeit vorliegt. (Diese Untersuchung soll in der Regel in der häuslichen Umgebung des Antragstellers stattfinden, um zu einer realistischen Beurteilung gelangen und Reha-Möglichkeiten „vor Ort“ prüfen zu können).

Weiterhin ist eine Prüfung durch den MDK vorgeschrieben bei vorgesehenen Leistungen gem. § 18 SGB V im Ausland und zur Feststellung der Notwendigkeit von Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 SGB V über 4 Wochen hinaus.

Inzwischen sind Ausnahmeregelungen zu Ziff. 1 verabschiedet worden, die eine sachgerechte Auswahl der Fälle ermöglichen, und den MDK so vor „Alibi-Begutachtungen“ schützen können.

Schwerwiegend für den MDK ist allerdings die obligatorische Begutachtungspflicht zur Feststellung von Schwerpflegebedürftigkeit gerade in den ersten Monaten dieses Jahres. Hier hat der Gesetzgeber eine bemerkenswerte Regelung getroffen, in der auch noch die Art und Weise der Begutachtung vorgeschrieben wurde.

Schließlich nennt das Gesetz noch spezielle Leistungsbereiche, in denen die Krankenkassen *in geeigneten Fällen prüfen lassen können*:

1. die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung,
2. die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels (einschl. Beratung des Versicherten),
3. die im Einzelfall notwendige und wirtschaftliche Form der Dialysebehandlung.

Die Inanspruchnahme des MDK liegt hier also im pflichtgemäßen Ermessen – wie im übrigen für die Klärung weiterer – im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnter – sozialmedizinischer Fragestellungen auch.

Neben diesen „Einzelfallbegutachtungen“, die traditionell die Arbeit des Gutachterdienstes geprägt haben, sollen die Krankenkassen *und ihre Verbände* den MDK *zu Rate ziehen*, insbesondere für

- allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten,
- Fragen der Qualitätssicherung

- Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern,
- Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen (insbesondere der Prüfungsausschüsse).

Zusammenfassend und bewertend kann festgestellt werden, daß die Funktion des MDK für die Einzelfallbegutachtung noch verstärkt worden ist (was ja zu der eingangs erwähnten Kritik geführt hat). Daß die Krankenkassen den MDK auch bei einzelfallübergreifenden Fragen „zu Rate ziehen sollen“, wird wie nebenbei erwähnt. Andererseits ist aus § 275 SGB V der Wille des Gesetzgebers klar erkennbar, daß die Funktionen des MDK als Beratungsinstanz für Grundsatzfragen erweitert werden sollen. Auch soll die Einzelfallbegutachtung der sozialmedizinischen Abklärung ganz bestimmter Fragestellungen dienen. Reine Kontrolluntersuchungen nach dem Motto „AU – ja oder nein?“ oder „Leistung – ja oder nein?“ treten damit in den Hintergrund, oder sollen zumindest so weit wie möglich in den Hintergrund treten. In diesem Geist sind auch die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten gestaltet worden.

Der Tenor der Grundsätze (zur Struktur des MDK *Anm. d. Red.*) läßt sich dahin zusammenfassen, daß ein fester Gutachterstamm unverzichtbar ist, daß ein nur lockerer Verbund von (haupt- und nebenamtlichen) Gutachtern unge-

eignet wäre, um einen „schlagkräftigen“ Medizinischen Dienst zu entwickeln.

Vielfältige Aktivitäten

MDS und MDK's haben inzwischen auch schon verschiedene Aktivitäten entfaltet, die die Vorgaben aufgreifen, sie mit Leben erfüllen sollen. Als Beispiele dafür seien – zunächst für den MDS – genannt:

Modell Krankenhäuser in Hamburg

Im Rahmen dieses Projektes werden in einer ersten Phase Daten über Krankenhausbehandlungen erfaßt (Aufnahme- und Entlassungstag, Diagnose, Alter des Patienten etc.). Die Auswertung der mittels EDV erfaßten Daten wird erstmals eine breitere Basis liefern auch für eine vergleichende Begutachtung der Krankenhäuser. Geplant ist, die „Durchleuchtung“ des Krankenhausesgeschehens noch wesentlich zu verstärken. Allerdings sind – wie schon in der Aufbauphase – erhebliche Schwierigkeiten von der Krankenseite zu erwarten, so daß heute noch nicht absehbar ist, ob sich dieses Modell tatsächlich einmal als das erhoffte Instrument erweisen wird, mit dem die Krankenversicherung stärkeren Einfluß auf die Krankenhausstruktur und die Pflegesatzgestaltung gewinnen können.

Hilfsmittelinformationssystem

Vor kurzem hat der MDS ein vom BMA gefördertes Forschungsprojekt gestartet, mit dem ein Hilfsmittelinfor-

mationssystem aufgebaut werden soll. Ziel ist es, alle relevanten Produktdaten zu erfassen, zu systematisieren und zu bewerten (Funktionstauglichkeit, therapeutischer Nutzen und Qualität). Vergleichbare Hilfsmittel sollen indikationsbezogen in Gruppen zusammengefaßt werden. Dieses Info-System soll einmal den Gutachtern für eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung von Hilfsmittelverordnungen dienen (Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit). Zum zweiten kann es von der Krankenversicherung für ihre vielfältigen Aufgaben auf dem Hilfsmittelsektor genutzt werden (Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung).

Begutachtungshilfen

Durch das Instrument der Begutachtungshilfen soll den Sozialmedizinern für spezielle Bereiche fundiertes Material für eine sachgerechte Beratung und Begutachtung an die Hand gegeben werden. Die Materialien werden unter Federführung des MDS zusammen mit Sachverständigen aus dem MDK und externen Fachleuten erarbeitet. Bisher herausgegeben wurden folgende Begutachtungsanleitungen:

- Begutachtungsanleitungen bei Stimm-, Sprech- u. Sprachstörungen
- Begutachtungsanleitungen bei Schwerhörigkeit und Hörgeräteversorgung
- Anleitung zur Begutachtung der Behandlungsindikationen bei Venenerkrankungen

- Begutachtungsanleitung Schwerpflegebedürftigkeit.

Gerade die zuletzt genannte Begutachtungsanleitung hat für die Praxis große Bedeutung, geht es doch darum, den Tatbestand der Schwerpflegebedürftigkeit, an den erhebliche Sach- und Geldleistungen geknüpft sind, nach einheitlichen Kriterien festzustellen.

Weitere Begutachtungsanleitungen sind geplant, z. B. zur sozialmedizinischen Bewertung ärztlich verordneter ambulanter und stationärer Vorsorge- und Reha-Maßnahmen. Auch für dermatologische Krankheitsfälle (Neurodermitis, Psoriasis) wird eine Arbeitshilfe zweckmäßig sein, zumal insoweit häufig Anträge auf Maßnahmen im Ausland gestellt werden.

Schließlich wird im MDS auch über eine Verbesserung des gesamten Berichtswesens (Statistiken) nachgedacht.

Nach seiner Satzung soll der MDS

- die Erfahrungen aus der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sammeln und auswerten sowie
- über die Arbeit und die Ergebnisse der Medizinischen Dienste Bericht erstatten.

Die Statistik wurde bereits aktualisiert und wird künftig einen genaueren Einblick in die Tätigkeit des MDK's gewähren. Wichtig sind solche Daten vor allem für die Führung und Organisation.

Ganz am Anfang stehen noch die Überlegungen über die Art und Weise eines

Erfahrungsberichtes. Hier muß zunächst sorgfältig geprüft werden, welche der bei der Arbeit der MDK's anfallenden Fakten und Erkenntnisse für die gesetzliche Krankenversicherung und darüber hinaus für den politischen Bereich einen Aussagewert haben.

Spezialisierung

In den einzelnen MDK's vollzieht sich bereits eine Umstrukturierung, die die Bewältigung von Grundsatzaufgaben i. S. der vorher behandelten Richtliniein ermöglichen soll. Zu diesem Zweck werden geeignete Gutachter mit speziellen Aufgaben betraut (Krankenhausbereich, Arzneimittel etc.), die dann für Beratungen der Krankenkassen und ihrer Verbände bei Pflegesatzverhandlungen etc. zur Verfügung stehen. Gerade von dieser Spezialisierung erhoffen sich die Beteiligten auf weitere Sicht eine kompetente Einflußnahme auf alle Angelegenheiten, die auch medizinischen Sachverstand erfordern.

Auf dem Programm der MDK's stehen weiterhin:

- die Modernisierung veralteter Dienststellen,
- die Frage der erforderlichen med.-technischen Ausstattung,
- ein Abbau der „Massenvorladungen“ und der dadurch bed. Wartezeiten,
- der Einsatz der EDV zur Verbesserung der Informationsflüsse im weitverzweigten MDK

Die Rolle des Gutachters

Im übrigen dürfte es bei diesem dynamischen Entwicklungsprozeß auch notwendig und sinnvoll sein, die Rolle des Gutachters neu zu definieren, ihm ein zeitgemäßes Profil und Image zu verleihen. Nach dem Vorhergesagten soll der Gutachter als „neutrale Beratungsinstanz“ fungieren und gezielt sozialmedizinischen Fragestellungen nachgehen, sei es im Einzelfall, sei es in Grundsatz- oder Vertragsangelegenheiten. Von sozialmedizinisch nicht relevanten Alibi- und reinen Kontrolltätigkeiten soll der MDK so weit wie möglich befreit werden.

Daß der Gutachter weiterhin wie bisher etwa das Vorliegen von AU und Krankenhauspflegebedürftigkeit prüfen muß, und zwar nach möglichst objektiven Kriterien, ist selbstverständlich und steht im Gesetz. Entscheidend ist hier aber die Fallauswahl, die mit gezielten Fragestellungen, z. B. über die Notwendigkeit alternativer und ergänzender Maßnahmen, verbunden werden soll. Die Unkenntnis, z. B. der niedergelassenen Ärzte über das „Umfeld“ ihres Patienten, über weitere Hilfsmöglichkeiten ist oft frappierend, z. T. allerdings verständlich durch die Spezialisierung. Ein Gutachter dagegen sollte mehr im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung agieren; er kann dies frei von Interessenkonflikten tun.

IMS – Das komplette System für die Instrumentenpflege



Die Zunahme von Infektionen in den letzten Jahren hat die Zahnärzte veranlaßt, Infektionen noch besser vorzubeugen. Um das Risiko der Kreuzinfektionen zu minimieren, hat HU-FRIEDY das **IMS-System** entwickelt. Die Instrumente werden während oder nach der Patientenbehandlung sofort wieder in die IMS-Kassette gelegt und durchlaufen darin den gesamten Reinigungs- und Sterilisationsprozeß. Dank IMS sind Sie, Ihre Mitarbeiter und Ihre Patienten besser geschützt als je zuvor.



Hu-Friedy[®]

Postfach 1380
D-6906 Leimen
Tel. 06224/760671
Fax 06224/77383

Wenn die Protese nicht passt gehört selbige Ihnen ...

Über den liberalisierten Handel mit Zahnersatz

Sehr geehrter Doktor,

Nehme Bezug auf unsere gestrige fernmündliche Unterredung betreffs der unteren Zahnprothese (nach amerik. Prinzip.)

Wie Sie mir selbst mitteilten, ist es den meisten Zahnärzten noch was unbekanntes, diese Art Protese. Ich möchte nicht gerne ein Versuchs-kanickel sein, habe jedoch zu Ihnen volles Vertrauen, denn die obere Protese von Ihnen sitzt ausgezeichnet. Bevor ich Ihnen die Protese in Auftrag gebe, möchte ich von Ihnen wissen, was mir die Sache kostet.

Der damals von Ihnen angegebene Preis von DM 240,- kann nicht Ihr ernst gewesen sein, zumal andere Zahnärzte auch eine gutsitzende Protese für den 3. Teil Ihres Preises herstellen.

Sie sagten mit ferner, wenn die Protese nicht passen würde, sollte selbige DM 40,- billiger sein.

Nun frage ich Sie Herr Dr. Lanz: „Was soll ich mit der Protese anfangen wenn sie nicht sitzt und müsste letzten Endes doch noch zu einem Anderen.“

240,- DM ist für mich viel Geld, und wächst bei mir auch nicht auf den Bäumen, und kann es nicht so schnell verdienen wie die Herren Zahnärzte.

Ich bitte Sie nun: „Machen Sie mir bitte umgehend ein schriftliches Angebot, reduzieren Sie den Preis wenn möglich und geben Sie mir die Erklärung, daß, wenn die Protese nicht passt selbige Ihnen gehört.“

In meinem Bekanntenkreis in hiesiger Gegend kann ich Ihnen noch sehr viel Kunden bringen die finanziell besser gestellt sind wie ich, deren Protese jedoch für die erwähnten Bekannten ein Scheusal ist.

Sein Sie bitte etwas diplomatisch und machen Sie die erste Protese dieser Art, die Sie für einen Kunden in der Gemeinde herstellen gut und preiswert.

Bitte um Ihre gefl. Stellungnahme.

Nicht nur den Kröpfen soll es an den Kragen gehen

I. Berger

Das meint jedenfalls die Münchner Ärzteschaft. Wie der DAZ plädiert der ärztliche Kreis- und Bezirksverband München dafür, zur Prophylaxe von Karies und Schilddrüsenkrankheiten fluoridiertes und jodiertes Speisesalz einzusetzen. Beide Zusätze sind inzwischen für die Bundesrepublik zugelassen, die Fluoridbeimengung bisher allerdings nur für den privaten Konsum im Rahmen der Diätverordnung.

Würden alle Mahlzeiten zuhause zubereitet und gewürzt, so könnte die Anwendung von jod- und fluorid-haltigem Kochsalz den Tagesbedarf an beiden Substanzen abdecken - Tatsache ist aber, daß heute in zunehmendem Maße außer Hauses gegessen wird und auch in den Haushalten selbst der Verbrauch von bereits gewürzten Nahrungsmitteln (vom Brot über die Wurst bis zum Fertiggericht) einen steigenden Anteil ausmacht.

Ausreichende Fluor- und Jod-Aufnahme über Speisesalz ist daher für die meisten Menschen in der Bundesrepublik nur zu realisieren, wenn die gewerbliche Wirtschaft, die Lebensmittel und Fertiggerichte herstellt - also Bäckereien, Metzgereien, Konservenfabriken usw. -, Salz mit Zusätzen verwendet und wenn Gemeinschaftsverpflegungsein-

richtungen - Gaststätten, Betriebskantinen, Küchen von Krankenhäusern, Heimen usw. - ebenfalls dazu übergehen. Für das Fluoridsalz setzt dies jedoch erst noch eine gesetzliche Änderung voraus.

Die Münchner Ärzteschaft und der DAZ fordern daher die Bundesregierung auf, das allgemeine Zulassungsverfahren für fluoridiertes Salz möglichst schnell einzuleiten, und appellieren an die Nahrungsmittelhersteller und -verarbeiter, überzugehen zur standardmäßigen Verwendung von Salz mit Jod- und Fluorzusatz.

Seit September 1991 ist die Fluor-Jod-Salz-Kombination Flujoal in der Bundesrepublik zulässig. Verbraucher, die darauf aufmerksam geworden sind, jedoch Schwierigkeiten haben, dieses Salz in für sie erreichbaren Geschäften zu kaufen, können sich wenden an die DAZ-Geschäftsstelle in Köln (Tel: 02 21/973 005-45, Fax: 02 21/7 391 239) - hier gibt es Listen, auf Wunsch bundesweit oder regional, aus denen Einzelhändleradressen zu entnehmen sind. Je stärker das Speziälsalz nachgefragt und konsumiert wird, umso eher wird sich seine allgemeine Zulassung erreichen lassen.

Lieber Fluorid-Salz in der Suppe als Karies in den Zähnen - oder?

Kindertee-Geschädigte erhalten Schmerzensgeld

Gefahr durch Dauer-Flaschen-Nuckeln noch nicht gebannt

I. Berger

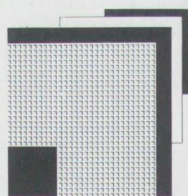
Wie die *Ärzte-Zeitung* vom 14.11.'91 berichtet, ist die Firma Milupa, eine der Herstellerinnen gesüßter Baby-Tees, inzwischen zum zweiten Mal rechtskräftig zu Schadensersatzleistungen gegenüber der Familie eines zahngeschädigten Kindes verurteilt worden. Der Bundesgerichtshof hatte zuvor in einem Revisionsverfahren zu Ungunsten von Milupa entschieden und dem Nahrungsmittelhersteller generell die Verletzung seiner Produktbeobachtungspflicht angelastet. Erstaunlicherweise sind Schadensersatzklagen bisher lediglich aus Elternkreisen angestrengt worden; die Krankenkassen verhalten sich, obwohl ihnen durch die verheerenden Folgen gezuckerter Kindertees Ausgaben in Milliardenhöhe entstanden sein und noch entstehen dürften, nach wie vor abwartend.

Zu hoffen ist, daß Informationen über die Gefährlichkeit nicht nur der Zuckertees, sondern des Dauer-Flaschen-nuckelns überhaupt weiterhin bei Fach-

leuten und Verbrauchern Aufmerksamkeit erregen. Wie Prof. Dr. Wetzel, Vorsitzender der AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK, in einem Beitrag in der *Zahnarzt Woche* 43/91 ausführt, ist der Gipfel der flaschenbedingten Zahnschäden bei Kindern noch nicht überschritten. Es gilt, die Herstellung und Verbreitung solch zahnschädigender Produkte zu verhindern und zugleich Eltern und Erziehern zu vermitteln, daß ständiges Flaschen-nuckeln über das 1. Lebensjahr hinaus unabhängig vom verabreichten Getränk zu massiven Schäden führt: von Fehlstellungen der Zähne über Karies bis hin zu chronischen Entzündungen, Schlafstörungen und weiteren Beeinträchtigungen des Gesamtorganismus.

Man kann Eltern und Erziehern nur die Aussage Prof. Wetzels ans Herz legen, daß Kinder Jahrtausende lang bestens überlebt haben - ohne Nuckelflaschen und süße Babytees.

LIEBER ZU JUNGMANN ALS ZU TEUER!



JUNGMANN
SOFTWARESERVICE

Andere werben in bunten Anzeigen, wie genial ihr Praxiscomputer ist, bieten Super-Sonderangebote an und werfen mit Fachbegriffen um sich. Wir sparen uns die großen Worte und nutzen Zeit und Geld, um unsere Anwender noch besser zu betreuen und unser Programm noch perfekter und gleichzeitig noch einfacher zu machen, als es ohnehin schon ist. Was Sie davon haben, werden Sie sehen, wenn wir Ihnen unser System vorführen oder wenn Sie es für vier Wochen unverbindlich „ausprobieren“. Oder informieren Sie sich doch mal bei einigen unserer 150 bayerischen Anwender, ob sie unseren Service nicht auch großer Worte vorziehen.

Ihr Info-Paket mit Referenzliste, Programmbeschreibung und Preisliste liegt bereit!

Südbayern: Feursstraße 21 b, 8037 Olching, Telefon 081 42 / 300 87
Nordbayern: Gartenstraße 26, 8702 Kürnach, Telefon 093 67 / 77 46

Zum Beitrag „Quo vadis, DGZMK“? von Dr. Kimmel, Forum 34, S. 231, verlangt Prof. Dr. Kröncke, Erlangen, die folgende Gegendarstellung:

1. **Falsch** ist die Aussage und Behauptung am Schluß des ersten Absatzes, „daß nur die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde selbst Wissenschaftspolitik betreiben dürfe, aber nicht deren Arbeitskreise, Arbeitsgemeinschaften und anderen Untergliederungen“.

Richtig ist, daß die Aufgaben der DGZMK und ihrer Untergliederungen der (Ihnen bekannten) Satzung entsprechend ausschließlich an die Wissenschaft in unserem Fache gebunden sind. Das schließt berufspolitische Tätigkeiten und Äußerungen der Gesellschaft und ihrer Untergliederungen seit jeher aus, ebenso die eigentliche Hochschulpolitik, verbietet aber den Untergliederungen nicht, wie Sie behaupten, eigene wissenschaftliche oder wissenschaftspolitische Äußerungen.

Der Beweis dafür ist nicht nur der Wortlaut der Satzung, sondern vor allem auch der von Ihnen selbst (nicht autorisiert) wiedergegebene „Brief des DGZMK-Präsidenten“: Dort

steht kein Wort davon, daß nur die DGZMK „selbst Wissenschaftspolitik betreiben dürfe ...“ (usf. s. oben).

2. **Falsch** ist ihre trotz besseren Wissens erneute Behauptung, daß ich „in einer offiziellen Stellungnahme der DGZMK in DZZ 9/89“ eine „Absage an jegliche Reformbestrebungen zum Ausdruck“ gebracht habe.

Richtig ist, daß der von Ihnen zitierte Text ein mit Bild und meinem Namen gezeichnetes Editorial zu den seit vielen Jahren von mir zusammengestellten und sehr häufig von mir mit solch einem Editorial versehenen „Mitteilungen der DGZMK“, nicht aber eine, wie Sie irreführend und fälschlich behaupten, offizielle Stellungnahme der DGZMK war. „Stellungnahmen der DGZMK“ wurden im Laufe der letzten Jahre unter dieser Bezeichnung und nach entsprechender Behandlung im Vorstand vielfach herausgegeben und stets ausdrücklich als solche gekennzeichnet.

Buchbesprechungen

Notfallmedizin für Zahnärzte

Schwenzer/Schmelzle/etc.

München 1991, ISBN 3-446-16008-0, DM 178.-

Im Frühjahr 91 ist die zweite, erweiterte Auflage des oben genannten Buches im Hanser-Verlag erschienen. So ungeliebt dieses Thema ist, müssen wir für jegliche Notfälle in der Praxis gerüstet sein. Dazu gehört nunmal nicht nur der Notfallkoffer und dessen richtige Bestückung, sondern auch die Anwendung desselben, sowie das akut verfügbare Wissen über die richtige, ärztliche Verhaltensweise.

Im vorliegenden Buch werden alle Notfallsituationen, in die der Zahnarzt in der Praxis oder im täglichen Leben kommen kann, abgehandelt. Dazu gehören für uns Zahnärzte neben den allgemeinen notfallmedizinischen Maßnahmen auch die wichtigsten Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (Kieferfrakturen jeglicher Art, Nervverletzungen, Kieferhöhleneröffnungen,

akute Schmerzzustände im Mittelgesichtsbereich, akutes Glaukom nach Anästhesie, etc).

Das Buch zeichnet sich durch ein schnörkelloses, didaktisches Konzept aus. Die Themenbereiche werden gestrafft und doch ausführlich und verständlich dargestellt. Reichliches Bildmaterial, kurze, hervorgehobene Therapieanweisungen und eine zusammenfassende Auflistung der wichtigsten Notfälle in alphabetischer Reihenfolge ermöglichen auch eine Schnellinformation auf einen Blick.

Wer noch kein Buch über Notfallbehandlung in der Zahnarztpraxis hat, dem kann ich guten Gewissens den Kauf des Buches empfehlen.

Dr. Knut Krützmann

Kofferdam in Theorie und Praxis

Dr. Reinhard Winkler

Quintessenz Verlag; 204 Seiten, 536 Abbildungen, DM 198.–

Ein Buch von 200 Seiten Umfang über Kofferdam herauszugeben, erschien mir zunächst recht aufwendig. Die Lektüre zeigte dann aber, daß letztendlich nur eine umfangreiche und detaillierte Darstellung den Leser zur Kofferdamanwendung zu motivieren vermag. Denn die wenigsten Kollegen sind bereits während ihres Studiums mit dieser Technik vertraut gemacht worden, und die meisten scheuen die „aufwendige, umständliche Technik“. Hier versucht der Autor durch einen reich illustrierten theoretischen und praktischen Teil den Leser von der Notwendigkeit, den Vorteilen und der Praktikabilität des Kofferdams zu überzeugen und ihn zur Anwendung zu motivieren. Kaum eine andere Technik in der restaurativen Zahnheilkunde wurde von Praktikern so ab-

gelehnt und ist gleichzeitig bei fachlichen Autoritäten so unbestritten. Die Vorteile im Rahmen der konservierenden endodontischen und prothetischen Therapie sind einleuchtend: Schutz des Patienten vor Aspiration und Verschlucken, Infektionsschutz, aseptisches Arbeitsfeld, absolute Trockenlegung, Retraktion und Schutz von Weichgeweben, verbesserte Sicht, Zeitersparnis, um nur einige zu nennen. Das notwendige Instrumentarium und Material sowie diverse Applikationstechniken und sämtliche Indikationen werden erklärt. Die praktische Anwendung ist durch die Vielzahl der Abbildungen dargestellt.

Ein wichtiges Buch zur eigenen Qualitätssicherung und -verbesserung.

Dr. Cl. Wohlgemut

Lehrbuch der zahnärztlichen Prothetik

Prof. R. Marxkors

Hanser Verlag; 376 Seiten, 743 Abbildungen;

ISBN 3-446-15663-1; DM 198.-

Prof. Marxkors beweist mit dem Buch, daß es durchaus möglich ist, die wesentlichsten Bereiche der modernen zahnärztlichen Prothetik auf weniger als 400 Seiten darzustellen.

Er verzichtet auf vielerlei ausführlichen Beschreibungen— „Schnick-Schnack“, was mir als Leser sehr entgegen kommt. Jeglicher Ballast fehlt. Trotzdem werden die Bereiche Kronen, Brücken, Teilprothesen, totale Prothesen und Kombinationsarbeiten verständlich, nachvollziehbar und präzise abgehandelt. Aus seinem Buch „Funktioneller Zahnersatz“ war mir sein Bemühen eine befundadäquate Therapie darzustellen bekannt. Dieses Vorhaben ist dem Autor auch in diesem Lehrbuch sehr gut gelungen. An Hand der Kennedy-Klassen-Einteilung werden verschiedene Befundvarianten und mögliche Therapiekonzepte vorgestellt, erläutert und deren Vor- und Nachteile diskutiert.

Positiv überrascht hat mich das Vorhandensein dreier Kapitel, die ich bisher immer in zahnärztlichen Lehrbüchern vermißt habe. Es sind die Abschnitte

über „Psychosomatische Störungen“, „Psychagogik“ und „Gerontostomatologie“. Ich bin zwar nicht der Meinung des Autors, daß sich ein Zahnarzt mit Hilfe der aufgeführten fünf Fragenkomplexe im Kapitel „Psychosomatik“ zu psychiatrischen Diagnosen hinreißen lassen darf, aber daß er überhaupt die genannten Kapitel in sein Buch aufgenommen hat, ist erfreulich. Sie gehörten schon lange auch ins Blickfeld der Zahnmedizin.

Vervollständigt wird dieses Buch mit Abhandlungen über das Kiefergelenk und seine Funktion (incl. Fu-Analyse n. Gerber, Entstehung und Behandlung von Myoarthropatien) und eine ausführliche Darstellung über den Sofortzahnersatz.

Ein preiswertes Lehrbuch sehr geeignet für Studenten und ebenso lesenswert für im Beruf stehende Kollegen, die ihre gewonnene, praktische Erfahrung wieder auf ein wissenschaftlich begründetes Fundament legen wollen.

*Dr. Knut Krützmann
Wagmüllerstraße 21
8000 München 22*

Für die Kinderecke im
Wartezimmer:
**Der Kinder-Zahnputz-
Kalender '92**

Der unter Schirmherrschaft von BDZ und KZBV herausgebrachte Comic-Kalender für Kinder mit dem Motto „Gesund beginnt im Mund“ ist sicher ein geeignetes Medium, um mit Kindern im Vor- und Grundschulalter ins Gespräch zu kommen über Zahnpflege und gesunde Ernährung. Er eignet sich aufgrund seiner für Kinder attraktiven Aufmachung hervorragend zum Verschenken und aufgrund seiner Größe (DIN A 3) auch gut für Wartezimmer, Kindergärten und Schulen. Bei Mehrfachbestellungen gibt's Rabatt. Einen Verlagsprospekt anfordern oder direkt bestellen können Sie bei:

Kommunikation 2000
Gartenstraße 9
8137 Berg 1 am Starnberger See



**Kluger Kopf
pflegt seine Zähne**

Unter diesem Motto hat die Schleswig-Holsteinische Zahnärztekammer ein „Kleines Lexikon der Zahngesundheit“ herausgebracht, das von A wie „Amalgam“ bis Z wie „Zucker“ und „Zwischenraum-Zahnbürste“ auf 20 Seiten in Oktav-Format eine Menge

nützlicher Informationen anbietet. Vielleicht ein Lektüre-Tip für Ihr Wartezimmer?

Anfragen unter:

Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein
Westring 498
2300 Kiel 1
Tel.: 0431 / 38970
Fax 0431/389710

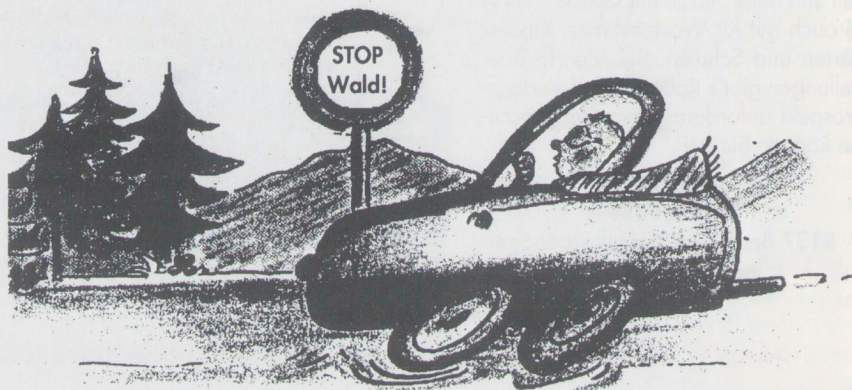
Wenn im Herbst die Blätter fallen...

gibt der Bonner Landwirtschaftsminister die alljährliche Todesmeldung für den deutschen Wald heraus. Der „Waldzustandsbericht“ (vor ein paar Jahren noch – ehrlicher – „Waldschadensbericht“ genannt) sagt dieses Mal: zwei Drittel der Bäume sind krank, Tendenz steigend. Hauptluftverschmutzer und damit Hauptversursacher der Baumschäden ist laut der jüngsten Studie des Umweltbundesamtes das Auto. Der Fuß am Gaspedal bestimmt das

Tempo – des WALDSTERBENS. Wessen Fuß – mein Fuß, Ihr Fuß?

Übrigens: es soll ja Kolleg(inn)en geben, die benutzen Ihre Füße, um zum nächsten Bäcker oder zur Bushaltestelle zu traben, und lassen ihr Labormaterial von einem Fahrradkurier befördern...

Damit auch unsere Kinder und Enkel noch erleben, daß im Herbst die Blätter fallen. *i.b.*



Raum München

Dt. Zahnärztin, 28 J. Ex. 90 in Freiburg, 1/2 J Berufserfahrung, mit Spaß am Beruf und besonderem Interesse an der Oralchirurgie, sucht Ausbildungs-Assistentenstelle ab sofort.
Tel.: 089 - 903 18 63

Assistentenstelle gesucht

Heike Schulmeier
An d. Schäferbuche 2
3550 Marburg
Examen 1991;
sucht Stelle als
Ausbildungsassistentin

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.

Kooperation mit dem NAV

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund, um so gemeinsame gesundheits- und berufspolitische Positionen effektiver vertreten zu können und die fachliche Zusammenarbeit zwischen Human- und Zahnmedizin zu verstärken.

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabend anbieten. 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 sowie das monatliche Informationsblatt *Kontakte* heraus.

Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern – z. T. in Kooperation mit dem NAV-Virchowbund – Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

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

Standespolitik

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

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen,
- die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.

Qualität

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 & Einsatz v. 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 der Kompetenzen bei:

Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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

DAZ forum

die Zeitschrift von Zahnärzten für Zahnärzte
Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im Verband
der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund
ist der zweitgrößte zahnärztliche Berufsverband in Deutschland.
Das DAZ *forum* ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

Impressum

- **Redaktion:**
Irmgard Berger, Dr. Hanns-W. Hey,
Silke Lange, Dr. Knut Krützmann,
Dr. Rainer Küchlin, Dr. Karlheinz Plecher
- **Anschrift der Redaktion:**
Redaktion DAZ *forum*,
NAV-Virchowbund-DAZ
Belfortstr. 9, 5000 Köln 1
Tel.: 0221/973 005-45 Fax: 0221/7 391 239
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 2.500 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. Wolfgang Lell
Hermann-Geib-Str. 59a
8400 Regensburg
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie bitte eine Druckvorlage im DIN A5 oder DIN A4 Format an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Für eine **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- **Inseratpreise:**
Ganze Seite DIN A 5: DM 550.-
Halbe Seite: DM 350.-
- 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. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8, O-9072 Chemnitz
DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, ZÄ Maren Hauschildt, Kiefernweg 25, 2114 Hollenstedt-Appel
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
DAZ-Studiengruppe Schleswig-Holstein, ZA Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43, 2306 Schönberg

oder an

Irmgard Berger
Referat Zahnmedizin im NAV-Virchowbund-DAZ
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1
Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Pressereferat des DAZ
Lindenschmitstraße 44, 8000 München 7B
Tel.: 089 / 7 250 246, Fax 089 / 7 250 107

- 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) im NAV-Virchowbund

Name, Vorname _____

Straße, Ort _____

Telefon _____

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Stud./ cand. med. dent. | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 300,- DM |
| <input type="checkbox"/> angest. Zä/ZA, alte Bundesländer | 150,- DM |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 150,- DM |

Datum, Unterschrift _____

Bitte
freimachen

An den
Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde – DAZ –
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9
5000 Köln 1

Bitte
freimachen

An den
Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde – DAZ –
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9
5000 Köln 1