

Nr. 44

13. Jahrgang
1. Quartal 1994

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

DAZ

FORUM

**Kommunikation und
Berufspolitik**

**Gedanken zur Entwicklung
der Zahnmedizin in
Deutschland**

**Klinische Funktionsanalyse
heute**

**Zahnarzt in der eigenen
Praxis – Lust oder Frust?**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**forum-Serie
Abgezockt**



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

Wir machen den Weg frei



Volksbanken Raiffeisenbanken

Je länger die "Neuen" halten,
desto billiger werden sie,

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

**Schmid und Paula · Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg · Tel. 0941/791521**

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

So einfach einsteigen

mit dem Abrechnungssystem von



Vorbereitet für die KVK,
das vorhandene Lesegerät anschließen-
die vorgelegte KVK sofort einlesen !

SAA-kompatible Benutzeroberfläche,
die Bedienung erfolgt nach IBM- Standard,
die Benutzerführung ist auf den Bedarf der
zahnärztlichen Praxis abgestimmt.

Das KVK-Abrechnungspaket ist speziell für
Einsteiger!

Software einschl. PC netto ab

DM 2998,-

MartyData GmbH, Haid-und-Neu-Str. 4, 76131 Karlsruhe

Tel. 0721/ 606 591

Fax. 0721/606 597

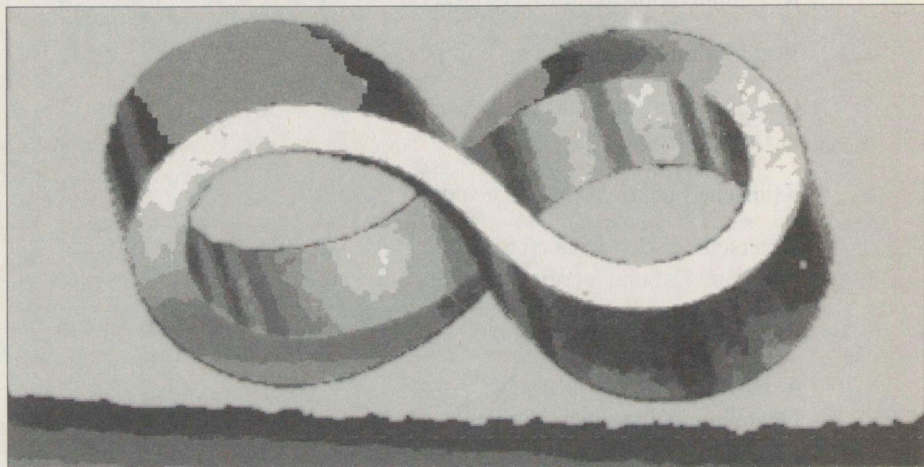
| | |
|--|----|
| Editorial: Ist er sturmreif? | 5 |
| Kommunikation und Berufspolitik | 4 |
| Veranstaltungsankündigung Frühjahrstagung DAZ/VDZM | 11 |
| Gedanken zur Entwicklung der Zahnmedizin in Deutschland (1. Teil) | 15 |
| Klinische Funktionsanalyse heute | 21 |
| Unterschiede der dentalen Situation zwischen West und Ost und Vergleich mit der Schweiz | 25 |
| Ziele des DAZ zur Prophylaxe | 30 |
| 4. Jahrestagung der Deutschen Dentalhygienikerinnen-Verbandes | 35 |
| Die GOZ-Misere geht weiter | 37 |
| Abgezockt – wie hemmungslose „Kollegen“ den Berufsstand in Mißkredit bringen | 40 |
| Zahnarzt in der eigenen Praxis – Lust oder Frust? | 47 |
| Die zahnärztliche Dokumentation als Mittel zur Qualitätssicherung | 54 |
| Hygienisch-technische Wartung von Handstücken und Turbinen | 59 |
| Gedanken zur Entwicklung der Zahnmedizin in Deutschland (2. Teil) | 61 |
| Verbands-Nachrichten | 67 |
| Buchbesprechungen | 71 |
| Impressum | 78 |



**DEN WERT MANCHER DINGE
LERNT MAN ERST MIT DER ZEIT
SCHÄTZEN —**

**UNABHÄNGIGKEIT ZU BESONDERS
INTERESSANTEN BEDINGUNGEN
FÜR MITGLIEDER DES DAZ
IM GRUPPENVERSICHERUNGS-
VERTRAG**

UNABHÄNGIGKEIT



Eine private Krankenversicherung der CENTRAL macht unabhängig. Sie ermöglicht freie Entscheidungen, wenn es um etwas sehr wichtiges geht: um Ihre Gesundheit. Selbstbestimmung und Leben nach eigenem Anspruch als Maxime. Auch dafür steht die CENTRAL. Mit hochwertigen Leistungen, die jedem individuellen Anspruch gerecht werden. Und einem kompetenten Service, der da ist, wenn man ihn braucht.

– Die gleiche Maxime –
– Das gleiche leistungsstarke Tarifwerk –
kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel:


- günstiger Beitrag
- Erlaß aller Wartezeiten
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.

Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Auch bereits CENTRAL-Versicherte können ihren Vertrag nachträglich ohne große Formalitäten umstellen!

Wenn Sie weitere Informationen über unser Leistungsangebot wünschen, schreiben Sie uns.

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe


CENTRAL Krankenversicherung AG
Abt. MV/ZV, Tel. 0221 / 1636-2452
50670 Köln, Hansaring 40-50

Editorial

Ist er sturmreif?

Der ‚Freie Verband‘ ist dabei, sich selber aufzufressen. Ist das die Stunde der Opposition?

Man kann es schon seit Jahren absehen – der FVDZ ist nicht mehr das, was er einmal war. Immer schwerer fällt es der Verbandsspitze, die Reihen zusammenzuhalten, immer härter muß sie mit Abweichlern verfahren, immer militanter und inhaltsleerer werden die Verlautbarungen an die Außenwelt. Dissens bis in die höchsten Spitzen, mühsames Lavieren und Zuschmieren, damit die Festung wenigstens von außen noch einen soliden Eindruck macht. Fast schon mit Mitleid muß man zusehen, wie mit jenen Leuten umgesprungen wird, die Verantwortung übernommen haben. Kaum sind sie in den Ämtern, in die man sie gehievt hat, zeigen sich Anzeichen von Kompromißbereitschaft, Nachdenklichkeit, Sensibilität – kurz all jene Eigenschaften, die in allen Lagern der Erzkonservativen weltweit als Verrat gelten. Also wechselt man sie aus, bis man auf solche angewiesen ist, die sich aufgrund ihrer Starrheit und Wahrnehmungsschwäche noch nicht einmal als Liquidatoren für den Pleitegeier eignen.

Immer wenn ein Geschwür eine kritische Masse überschreitet, fängt das selbstproduzierte Gift an, zuerst Gewebe im Zentrum aufzulösen. Der FVDZ ist im Stadium der *functio laesa* und am Bett des Patienten stehen diejenigen, die ihn davor zu bewahren versuchen, daß er sich – und uns – was antut.

Soweit die Diagnose. Welches sind die therapeutischen Alternativen? Wer macht ihn heil? Ist es zu spät? Wer tritt dann an seine Stelle?

Fangen wir von hinten an: Niemand tritt an seine Stelle! Es ist nämlich niemand da, der die Kraft und die Leute hätte, die apolitische Lämmer-schar, die sich der Freie Verband gezüchtet hat, vor dem Messer zu bewahren und gleichzeitig etwas Neues, Besseres aufzubauen! Wir, die sogenannte Opposition, sprechen schon einmal die falsche Sprache. Der politische Einflüsterer von heute heißt Pischl und nicht Walter Jens! Wir haben gute Konzepte entwickelt, die nur jemand umsetzen müßte, der intelligent und gutwillig genug dazu ist. Aber sind wir die Umsetzer? Da reicht es schon zahlenmäßig nicht. Die paar Hanseln, die wir aufbringen könnten,

hätten sich bald in den aufgestellten Fallen und Fettnäpfchen verloren. Wenn wir Verantwortung übernehmen wollten, müßten wir uns schon von der Vorstellung frei gemacht haben, daß unsere Aufgabe nur die Opposition wäre. Freilich müssen wir opponieren! Aber nicht weil eine standespolitische Interessenvertretung eine Opposition so nötig hätte wie die parlamentarische Demokratie, sondern weil wir andere inhaltliche Vorstellungen haben als die Träger des Mehrheitswillens. Interessenverbände brauchen keine Opposition, sie brauchen Inhalte, Argumente, Kraft und Geschick, ihnen zum Erfolg zu verhelfen. Wenn die Inhalte oder das Geschick defizitär sind, sind Gegenkräfte nötig.

Wir (das heißt alle, die eine standespolitische Meinung außerhalb des FVDZ vertreten) sind solche Gegenkräfte. Wenn ich mit meiner Analyse recht habe, nämlich daß wir zu schwach für die Übernahme der Gesamtverantwortung sind, müssen wir unsere Inhalte auf andere Weise trans-

portieren. Darin haben der DAZ oder die VDZM lange (und teilweise frustrierende) Erfahrung. Die anderen „Oppositionskräfte“ müssen sich erst einmal zu unserer Frustrationstoleranz hindienen!

Wir können nur zwei Dinge tun:

1. Erkennen, daß auch wir mittlerweile eine Wagenburgmentalität entwickelt haben. Natürlich viel liberaler und toleranter als die Bösen von drüben.
2. Nach gesunden und aktiven Zellen im kranken Organismus des FVDZ suchen und mit denen Informationen und Botschaften tauschen, ganz homöopathisch. Stärken, was gesund werden will und Krankes und Faules demarkieren wie bisher. Für uns, die wir noch ein gesundes Reticulum darstellen, wird es Zeit, Botschaften in den Kreislauf zu senden. Es gibt Rezeptoren für unsere Transmitter, mitten im erkrankten Bereich! Heilung ist möglich.

*Dr. Kai Müller
Hauptstraße 24
82229 Seefeld*

Wir Zahnärzte sind für die Sozial- und Gesundheitspolitik mitverantwortlich.

Darum:



Kommunikation und Berufspolitik

Chr. Nielsen

„Das Gemeinwohl ist das höchste Gesetz!“

Die zahnärztliche Standespolitik besteht weithin nicht in der „Kunst des Möglichen“, sondern ist geprägt durch zerrüttete Beziehungen, durch halbherzige Entscheidungen, fragwürdige Ziele, einseitige Informationen, Mißtrauen und Vorurteile. Jedenfalls verfestigt sich dieser Eindruck, wenn man die Stagnation in fast allen Bereichen (GOZ, PAR, Punktwerte u.a.m.), die gezielte Disziplinierung der Zahnärzte durch das GSG, die Interventionen der Aufsichtsbehörden, die ausgekühlten Verhältnisse zum Bundesgesundheitsministerium (BMG), zu allen Parteien, zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder die Zersplitterung des Standes betrachtet.

Patientenerfahrungen

Ist die Kommunikation in der Praxis gekonnter, befriedigender? Können wir Zahnärzte uns wirklich verständlich machen? Verstehen wir die eigentlichen Wünsche und Befürchtungen unserer Patienten? „Mit meinem Zahnarzt würde ich gerne mehr reden. Fachlich ist er wohl gut; ich bin zufrieden. Aber trotzdem fühle ich mich manchmal ausgeliefert.“ So oder ähnlich empfinden nicht wenige unserer Patienten. Hinzu kommen – trotz aller verordneten Transparenz – häufig unerwartet hohe Kosten-

voranschläge, kaum nachvollziehbare Liquidationen, Sondervereinbarungen, von denen die Krankenkasse abrät, Recall-Verpflichtungen, diffuse Ängste vor Schmerzen, vor Amalgam, Aids und Röntgenstrahlen. Ein kompliziertes Verhältnis!

Und trotzdem ist der Wechsel zu anderen Behandlern relativ selten, offene Konflikte oder gar gerichtliche Nachspiele die absolute Ausnahme. Offensichtlich bewahrt uns Zahnärzte noch ein traditioneller „Bonus“ vor schneller Kritik. Die (noch) beim Patienten liegende Beweislast schreckt davon ab, Streit zu beginnen. Schließlich fürchtet auch mancher unzufriedene Patient bei der Suche nach einem neuen Zahnarzt, vom Regen in die Traufe zu geraten. Ist also alles in Ordnung?

Gefährliche Schmeicheleien

Vieles spricht dafür, daß diese Harmonie nur oberflächlich und trügerisch ist, sich vielmehr jeden Tag neu bewähren muß. Der „Bonus“ schmilzt. Skepsis und Mißtrauen gegenüber allem, was mit Zahnärzten zu tun hat, sind weit verbreitet. Gerade seinem eigenen Zahnarzt vertraut man, hat sich arrangiert, nicht selten wohl auch der Not oder Gewohnheit gehorchend.

Standesorgane berufen sich dagegen geschmeichelt auf Umfrageergebnisse, nach denen „der Zahnarzt“ an der Spitze des gesellschaftlichen Ansehens stände. Ehrlich gesagt: Ich habe meine Zweifel und fürchte, daß man sich selbst in die Tasche lügt. Ist es nicht vielmehr so, daß die Zahnärzteschaft auch im Ruf steht, ihre Berufspolitik begnüge sich mit einem ebenso schlichten wie selbstherrlichen Lobbyismus, die Verantwortung für das Gemeinwohl sei eher verkümmert, der Sinn für Luxus ausgeprägt? Gibt es nicht genügend Beispiele?

„Sozialneid“ hin oder her: Diese Assoziationen sind gängig und politische Realität!

Nicht immer gute Erfahrungen, ein schillernder Ruf und den Zahnärzten gegenüber durchgehend kritische Medien sind ein zu magerer Boden, als daß dort gelegentliche Imagepflege fruchtbar sein könnte. Die millionenschwere Plakataktion in Bayern war ein einziger Flop. Vertrauen kann man nicht kaufen! Unsere Standesführung hat die Glaubwürdigkeitskrise des Berufsstandes bisher nicht in ihrer Schwere erkannt oder zugegeben. Jedenfalls sind die selbstkritische Analyse und beherztes Handeln nicht in Sicht. Man begnügt sich mit der zur Zeit illusionistischen Honorardebate und überholten Konzepten.

Ovationen für falsche Führer

Die Gebühren für zahnärztliche Leistungen haben mit den Kostensteigerungen nicht Schritt gehalten. Sie müs-

sen (!) angepaßt oder andere Ressourcen eröffnet werden. Gleichwohl lähmt den Berufsstand viel stärker eine Führungs- und Wertekrise als ökonomische Zwänge. Die politische Einflußlosigkeit ist hausgemacht. Wir verdanken diese Situation berufspolitischen Scharlatanen, Rüpel und Rechtsradikalen aus dem FVDZ. Diese Führungsfiguren werden hier und da immer noch mit Ovationen bedacht, während besonnene Stimmen mit Macht unterdrückt werden.

Die Mehrheit der Kollegen hat diese falschen Führer weder gewählt noch verdient. Restbestände öffentlichen Ansehens werden nicht in Vorstandsetagen, sondern in denjenigen Praxen gewahrt, die Maß, Verlässlichkeit, Leistungsfähigkeit und ärztliche Fürsorglichkeit vermitteln. Diese Kommunikationsqualitäten müssen auch die Berufspolitik wieder bestimmen. Es ist deshalb wohl auch realistisch, das in den letzten Jahren so erfolglose Drängen auf höhere Honorare erst dann wieder aufzunehmen, wenn verlorengegangenes Ansehen zurückgewonnen ist. Das wird ohne eine neue berufspolitische Kultur und ohne funktionierende Prophylaxe- sowie Qualitätssicherungssysteme nicht gelingen. Die Öffentlichkeit muß wieder die Gewißheit haben, „in guten Händen“ zu sein, Zahnärzte zu haben, „mit denen man reden kann“. Daran müssen wir an uns, unseren Mitarbeitern und unseren Praxen weiter arbeiten. Es geht dabei weniger um technische Innovationen als um kultivierte Kommunikationsformen.

Überholte Ordnungen

Daran hat sich auch die Standespolitik zu orientieren. Ohne die deutlichere Bereitschaft, Fehler und Maßlosigkeiten aufzuspüren, zuzugeben und zu bereinigen, kann der Verdacht der Vertuschung nicht entkräftet werden. Dazu haben die Zahnärzتهäuser die notwendigen Schritte noch längst nicht getan. Es gibt nach wie vor wenig Durchsetzungswillen, gegen malpractice und GOZ- und Abdingungsmissbrauch vorzugehen (s. Seite 40). Die Öffentlichkeitsarbeit besteht nicht selten aus Schönfärberei, Rechtfertigung und Ablenkungsmanövern. Die Standesmedien bieten mehr Hofberichterstattung, life-style und FVDZ-Propaganda, anstatt lebendige Diskussionen zuzulassen. Dies ist ein besonders krasser Fall schwerer Kommunikationsstörung.

Es gibt keine Instanz, die als „soziales Thermometer“ tauglich wäre, um die Fieberkurve des Verhältnisses zwischen Zahnärzteschaft und Öffentlichkeit zu messen. Es brodelt seit Jahren, und die Herren schwanken zwischen Selbstgefälligkeit, Revolution und Larmoyanz.

Neutrale und kompetente Beratungs-, Beschwerde- und Schlichtungsstellen könnten manchen Konflikt entschärfen und Argwohn zerstreuen. Der hier und da ausgerufene Boykott des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ist kurzsichtig und kontraproduktiv. Der von der IGZ und dem DAZ seit Jahren vorgeschlagene „Runde Tisch“ bei der Bundeszahnärzte-

kammer (BZÄK) wird inzwischen erwogen, eingerichtet ist er nicht. Wäre das nicht eine erste, relativ einfache Übung in Kommunikation?

Wenn Berufsordnungen – wie manche Verantwortlichen klagen – nicht mehr greifen, dann brauchen wir eben neue! Wer hindert wen daran? Die vom FVDZ ausgeheckten Wahlordnungen sind vielfach so undemokratisch, daß es inzwischen jeder zweite Kollege aufgegeben hat, sich an dieser Farce zu beteiligen. Die „innere Emigration“ ist weitverbreitet. Dieses Verhalten entspringt nicht immer Desinteresse, sondern zu häufig der Frustration über die real existierende Standespolitik. Viele Zahnärzte leiden unter ihrem Beruf. Ich kenne Kolleginnen und Kollegen – wahrlich nicht die schlechtesten – die in der Öffentlichkeit vermeiden, sich als Zahnärzte zu erkennen zu geben. Woran liegt das? An zu niedrigen Gebühren sicher nicht.

Nichts dazugelernt!

Es liegt wohl mehr an den geistigen Verfettungserscheinungen ihres Berufsstandes, der in verdammt guten Jahren verlernt hat, über Tag und Tellerrand hinauszudenken. Es ist die Scham über Standesvertreter, die über Ethik, Freiheit, Solidarität und Hippokratischen Eid schwadronieren und dazu nur herzlich wenig beizusteuern bereit sind. Es ist der Zorn über den ungehobelten Stil in den Bezirksversammlungen, die Wut über die Heuchelei und Rücksichtslosigkeit mancher berufspolitischer

Maulhelden und ihrer Claqueure. Nichts soll verallgemeinert werden, aber für Bayern, Niedersachsen und Nordrhein sind diese Zustände verbürgt.

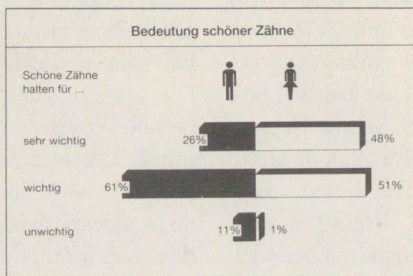
Insgesamt wird die zahnärztliche Berufspolitik so lange erfolglos sein, wie die schweren Kommunikationschäden nicht erkannt und behoben sind.

Dies gilt nach innen und nach außen! Es gibt keinen anderen Weg als endlich nachzudenken, vorzudenken, miteinander zu reden, Kompromisse zu suchen, Verbündete zu finden und vor allem mutig zu handeln.

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44, 81371 München

Die Deutschen sind nicht nur gewissenhafte Zahnarztpatienten, sie haben auch ein ausgeprägtes Gesundheits- und Schönheitsbewußtsein in Bezug auf Zahnpflege und

Zahnersatz. Bei über 90 % der Verbraucher nehmen schöne Zähne einen wichtigen bis sehr wichtigen Stellenwert ein. Besonders die Frauen messen schönen Zähnen eine große Bedeutung bei. So lautet das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage, die infas, Bonn, jetzt im Auftrag des Landesinnungsverbandes für das Zahntechniker-Handwerk NRW zum Thema „Zahnersatz“ durchführte. Bemerkenswert dabei ist, daß knapp die Hälfte aller Befragten dem Aspekt der Kostengünstigkeit keine Bedeutung bei-



mißt. Über 90 % der Verbraucher legen bei Zahnersatz in erster Linie Wert auf eine gute und langlebige Qualität.

Daneben spielt für viele ein natürliches und schönes Aussehen

eine entscheidende Rolle. So spiegelt dieses Ergebnis auch den Erfolg der landesweiten Aufklärungskampagne der sechs nordrhein-westfälischen Zahntechniker-Innungen und des Landesinnungsverbandes NRW wieder, die seit September unter dem Motto „Ihr schönster Schmuck: Schöne Zähne!“ die Verbraucher erstmals direkt über das Zahntechniker-Handwerk, seine Produkte und Leistungen informiert.

Quelle: Deutscher Pressestern,
Wiesbaden

Suche Stelle als
Vorbereitungsassistentin
zum 1.4.94 in einer qualitätsorientierten Praxis. Studium Witten/Herdecke, Promotion in den U.S.A.
Tel.Nr. 05 21/16 25 26

Wer nur hofft, daß es besser wird, statt etwas dafür zu tun, darf sich nicht wundern, wenn sich die Hoffnungen zerschlagen und die Befürchtungen bewahrheiten.

Johann Wolfgang von Goethe

Liebe DAZ-Mitglieder und Freunde,

die Frühjahrstagungen der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) haben sich immer durch eine anspruchsvolle Mischung aus Berufspolitik und Fortbildung ausgezeichnet. Darüberhinaus prägt dieses Treffen traditionell ein freundschaftlich-kollegialer Stil, der in sonstigen Zahnärzterversammlungen selten geworden ist.

Die Vorstände von VDZM und DAZ haben deshalb beschlossen, die Frühjahrs-

tagungen gemeinsam durchzuführen. So soll es in Zukunft neben der jährlichen Hauptversammlung im Herbst auch diese Tagung geben, bei der neben Referaten und Diskussionen auch das Kennenlernen, Wiedersehen und das persönliche Gespräch nicht zu kurz kommen sollen.

Wir laden Sie herzlich ein! Die Organisation ist bewährt. Vielleicht reizt Sie auch sonst ein Besuch in Frankfurt am Main. Es wird sich für Sie lohnen und die Arbeit unserer Verbände stärken.

Gemeinsame Frühjahrsveranstaltung

**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde – DAZ – im NAV-Virchowbund
und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V.**

Freitag, den 6. Mai 1994

20 h Treffen in der Weinstube Egenolffstr. 17, 60316 Frankfurt/Nordend,
Tel. 069/435044

Samstag, den 7. Mai 1994

10 h **Prof. Dr. Günter Neubauer**, Universität der Bundeswehr München,
Mitglied des Sachverständigenrates:
Zahnmedizin 2000 – Entwicklung der Zahnheilkunde in der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV) aus der Sicht des Sachverständigenrates

14 h **Priv.-Doz. Dr. A. Bumann**, Kiel
Praxisgerechte Funktionsanalyse mit Hilfe der manuellen Funktionsanalyse

Sonntag, den 8. Mai 1994

9–13 h DAZ-Ratssitzung

**Veranstaltungsort: Bürgerhaus Bornheim,
Arnsburgerstr. 24, 60385 Frankfurt/Main, Tel. 069/446099, Fax: 069/461638**

Teilnehmerbeiträge:

Für Nichtmitglieder von VDZM und DAZ 80 DM, für Mitglieder 60 DM, für studentische Mitglieder und Helferinnen 20 DM, für sonstige Studenten 40 DM.

Bitte Hotelzimmer buchen:

Hotel am Zoo, Alfred-Brehm-Platz 6, 60316 Frankfurt, Tel. 069/490771-75,
Fax: 069/439868. Preise: EZ (incl. Frühstück): 105 DM, DZ 160 DM.

Hotel Mercator, Mercatorstr. 38, 60316 Frankfurt/Main, Tel. 069/490691, Fax: 069/490217.
Zimmer sind reserviert bis max. 3 Wochen vor dem 6.5.94. Preise: EZ 130 DM, DZ 160 DM.

Keine Verquickung von BZÄK- und FVDZ-Aktivitäten

eur Köln, 2. Februar 1994 – Heftig kritisiert hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, daß durch die aktive Teilnahme von Dr. Fritz-Josef Willmes, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), ein kürzlich in Berlin durchgeführtes Presse-seminar des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) das Gewicht einer quasi offiziellen Veranstaltung der deutschen Zahnärzteschaft erhielt.

Die Verquickung der Agitation eines auch in den eigenen Reihen umstrittenen Verbandschefs mit Stellungnahmen der BZÄK seien berufsschädigend und politisch nachteilig, betonte der DAZ. Das ohnehin lädierte Ansehen der Zahnärzte bei den Medien und in der Öffentlichkeit werde durch solche fragwürdigen Einheitsaktionen nur weiter belastet. Der DAZ forderte deshalb, daß die BZÄK und alle

zahnärztlichen Körperschaften zukünftig auf gemeinsame Veranstaltungen mit dem FVDZ verzichten, da der Schaden regelmäßig größer gewesen sei als irgendein Nutzen.

Nach Ansicht des DAZ geißelte wie jedes Jahr auch diesmal der Vorsitzende des FVDZ, Dr. Ralph Gutmann, bei diesem Presse-seminar die herrschende Gesundheitspolitik als „Rückfall in die Planwirtschaft“. Vielmehr seien, so der FVDZ-Politiker, Eigenverantwortung und marktwirtschaftliche Orientierung die Schlüssel für eine Reform des Gesundheitswesens. Tatsächlich wolle aber die große Mehrheit der Zahnärzte durchaus den Verbleib der zahnmedizinischen Versorgung im Solidarsystem, erklärte der DAZ. Mit seiner radikalen Ablehnung des Sachleistungssystems repräsentiere Gutmann nur einen kleinen Teil der Zahnärzteschaft.

*Dr. Chr. Nielsen, DAZ-Pressesprecher
Lindenschmitstr. 44, 81371 München*

Praxistip:

Sie wissen es: *Zweckmäßig geformtes und scharfes Instrumentarium ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Parodontalbehandlung.* In den letzten Jahren ist so manches Schleifgerät auf den Markt gekommen. In mancher Praxis wurde viel Geld investiert. Aber nach einiger Zeit ist das Schleifgerät in der Versenkung verschwunden, weil es die Erwartungen nicht erfüllt hat. Auch die Rückkehr zum Handschleifen stellt nicht zufrieden. Der Faktor Mensch führt viel zu häufig und viel zu rasch zu verschliffenen teuren Instrumenten.

Frau Roswitha Quetin hat nun ihre große Erfahrung im Umgang mit Parodontalinstrumenten, aber auch mit anderen chirurgischen Instrumenten, in einer völlig neu konzipierten Schleifeinheit zusammengefaßt.

Ich habe das Gerät ausführlich getestet. Ich bin zu dem Ergebnis gekommen: Das ist es! Der Preis DM 4 800.– einschl. 2–4 stündiger Einweisung und Schulung Ihrer Mitarbeiterinnen. Wenn Sie Interesse an dem Gerät haben, rufen Sie mich an.

*Dr. H. Diewald, 0941/4 32 04
(Sie auch Seite 46)*

ZYMAFLUOR® GEGEN ANGST VORM ZAHNARZT: GEBEN SIE'S IHREN PATIENTEN SCHRIFTLICH!

Mit Zymafluor verordnen Sie ein effizientes und bewährtes Prophylaktikum gegen Karies. Durch seine unterschiedlichen Wirkstoff-Konzentrationen ermöglicht Zymafluor eine individuelle Fluorid-Dosierung in optimaler Menge und fördert so die lebenslange Gesundheit der Zähne. Auch über das Alter der 2. Dentitionsphase hinaus ist Zymafluor für Jugendliche und Erwachsene zur Karies-Reduktion erforderlich.



Zymafluor: Weniger Angst vor Karies – und daher weniger Angst vorm Zahnarzt!

Zymafluor®
gegen Karies
Vorbeugung ein Leben lang

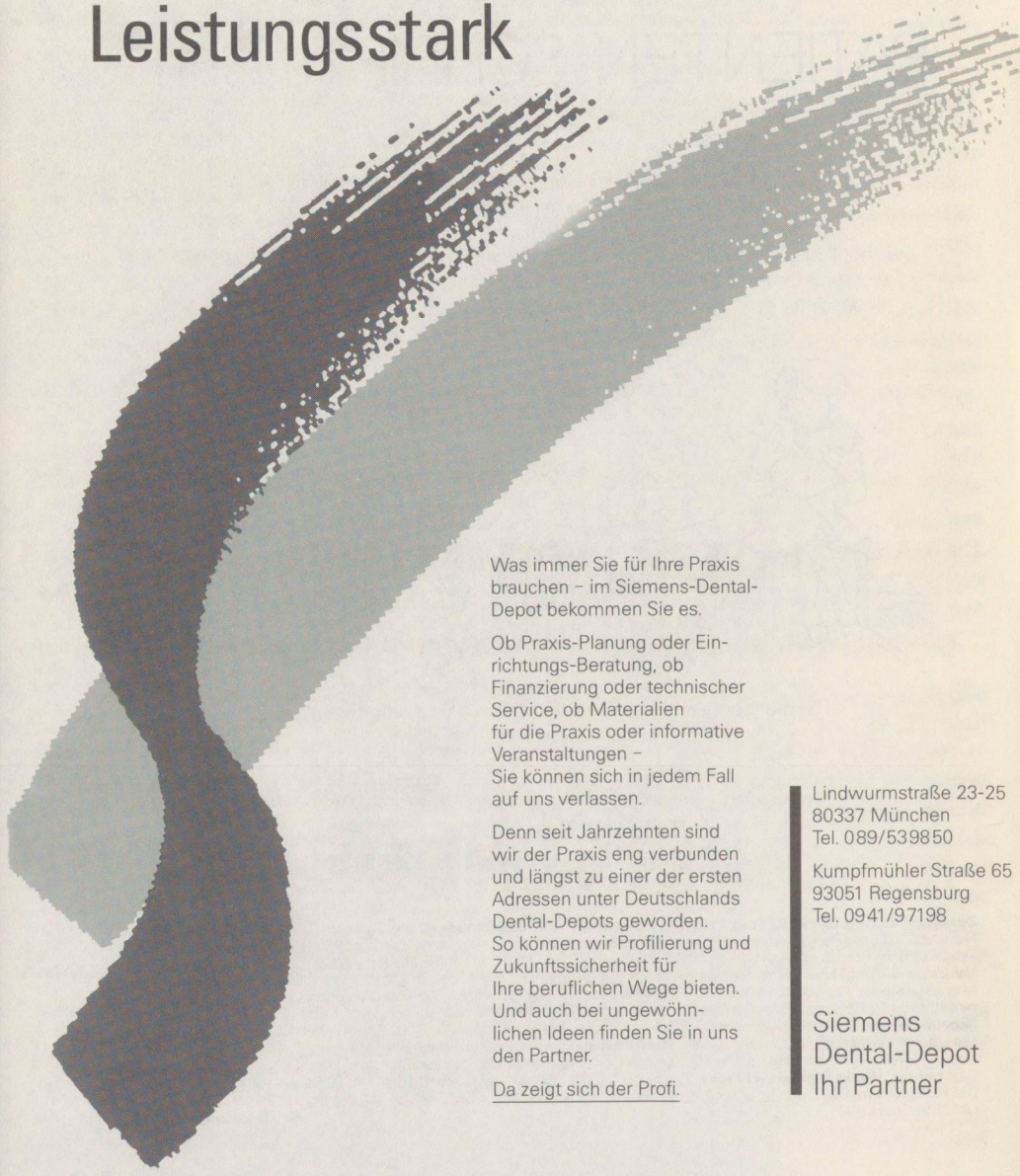


Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). *Hilfsst:* Poly(1-vinyl-2-pyrrolidon) vernetzt, Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Tbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,50 mg Fluorid). *Hilfsst:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Tbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). *Hilfsstoffe:* wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Tbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). *Hilfsst:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber NaF. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der empfohlenen Fluoridzufuhr in den ersten 6-8 J. kann sich eine Zahnfluorose mit Schmelzflecken und Störungen des Knochenaufbaus entwickeln. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen sowie Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.** **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl. DM 9,28; 1000 Tbl. DM 23,91. Zymafluor 0,5 mg: 250 Tbl. DM 10,99; 1000 Tbl. DM 27,99. Zymafluor 0,75 mg: 250 Tbl. DM 12,77; 1000 Tbl. DM 31,67. Zymafluor 1 mg: 250 Tbl. DM 14,78; 1000 Tbl. DM 35,91. Stand: 8/93

▶ Zyma GmbH München

SIEMENS

Leistungsstark



Was immer Sie für Ihre Praxis brauchen – im Siemens-Dental-Depot bekommen Sie es.

Ob Praxis-Planung oder Einrichtungs-Beratung, ob Finanzierung oder technischer Service, ob Materialien für die Praxis oder informative Veranstaltungen – Sie können sich in jedem Fall auf uns verlassen.

Denn seit Jahrzehnten sind wir der Praxis eng verbunden und längst zu einer der ersten Adressen unter Deutschlands Dental-Depots geworden. So können wir Profilierung und Zukunftssicherheit für Ihre beruflichen Wege bieten. Und auch bei ungewöhnlichen Ideen finden Sie in uns den Partner.

Da zeigt sich der Profi.

Lindwurmstraße 23-25
80337 München
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65
93051 Regensburg
Tel. 0941/97198

Siemens
Dental-Depot
Ihr Partner

Gedanken zur Entwicklung der Zahnmedizin in Deutschland

Gedanken über eine Zeit nach dem Freien Verband

R. Osswald

Den Freien Verband selbst wird es sicher noch eine Zeitlang geben. Aber vielleicht gelingt es, seinen sozialpolitischen Geisterfahrern den Führerschein zu entziehen und sie daran zu hindern, weiterhin mit Hilfe eines fragwürdigen Wahlrechts die gesamte Zahnärzteschaft zu kujonieren. Auf dem Weg dorthin brauchen wir vor allem aktive Kollegen mit neuen Denkansätzen. Das FORUM gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Gedanken vorzustellen.

Der Autor, 1950 geboren, hat in Paris, Bochum und Münster Medizin studiert; Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes, Staatsexamen und Promotion zum Dr. med. in Münster, ärztliche Tätigkeit bis 1982, Studium der Zahnmedizin in München mit Staatsexamen und Promotion 1985, seit 1987 als Zahnarzt in München niedergelassen.

Innerhalb fortschrittlicher Systeme befinden sich die Dinge idealerweise in einem stetigen Fluß. Notwendige Veränderungen vollziehen sich langsam und für den einzelnen relativ reibungslos. Größere Verwerfungen entstehen nur, wenn langfristig angelegte Fehlentwicklungen von unerwartet eintretenden Ereignissen schlagartig beleuchtet werden.

Dieses Phänomen ist zur Zeit in der Zahnmedizin in Deutschland deutlich zu beobachten. Nachdem die für eine behutsame Entwicklung notwendigen vielen kleinen Schritte versäumt wurden, werden Entscheidungen fällig, die auf den Einzelnen stark einwirken und für viele nicht umsetzbar erscheinen. In der Folge entsteht eine Situation, in der als einziger Konsens die Überzeugung bleibt, daß etwas geschehen muß, da es so nicht weitergehen kann.

Als Konsequenz aus den nunmehr wirksam werdenden politischen Entscheidungen breitet sich Streit, Orientierungslosigkeit, Spaltung und der Verlust von Konsensfähigkeit aus, da die notwendige Auseinandersetzung mangels einer einigenden Vision weniger an der Überwindung der bestehenden Probleme als an der Wahrung von Eigeninteressen einzelner Grüppchen und Gruppierungen orientiert ist.

Bei dem Versuch, die Verantwortung für diese nun offensichtlichen Fehlentwicklungen abzuwehren, zeigte sich die Standesführung bislang überfordert und hilflos. Auf der Flucht nach vorn erlag sie der Illusion, das ganze System kippen zu können, um nicht nach trag- und mehrheitsfähigen Lösungen innerhalb dieses mittlerweile weltweit anerkannten Gesundheitssystem suchen zu müs-

sen, in welchem sie selbst über Jahrzehnte hinweg sehr komfortabel gelebt hat.

Auf der Suche nach einem Hebel, der diesen Kraftakt aushält, wurde der Begriff des „jungen, qualitätsorientierten Kollegen“ geprägt, der seine Zahnmedizin innerhalb des Systems angeblich nicht mehr verantwortungsbewußt ausüben kann und jetzt als Begründung dafür erhalten soll, die bestehende Ordnung zum Wohle nicht nur des ganzen Standes, sondern sogar der Patienten und damit der Volksgesundheit abzuschaffen. Positiv an dieser Wortschöpfung ist die späte Erkenntnis, daß eine solche Gruppierung innerhalb der Zahnärzteschaft existiert und das damit verbundene Eingeständnis, daß es dann wohl auch andere Gruppen geben muß, was bisher immer vehement bestritten wurde.

Die aktuelle Situation des zahnärztlichen Berufsstandes in Deutschland ist gekennzeichnet durch einen extremen Imageverlust innerhalb der Gesellschaft. Politisch ist die Zahnärzteschaft vollständig isoliert. Die berufspolitische Argumentation ist unglaubwürdig und nicht nachvollziehbar. In Kombination mit dem durch die Medien aufgebauten Bild des Beutelschneiders ist der Einfluß der Berufspolitik auf gesellschaftlich relevante Entscheidungen auf Null abgesunken. Mittlerweile betrachtet sogar die CSU das berufspolitische Agieren mit Entsetzen, sodaß die Frage gestellt werden muß, mit wem zukünftig überhaupt noch Politik gestaltet werden soll und kann.

Die Zahnmedizin in Deutschland hat eine lange Tradition. Die historische Entwicklung verläuft über verschiedene Vorstufen zum Dentisten und dann, als erster großer Schritt hin zur Medizin, zum Zahnarzt. Es ist ein allgemeines Phänomen, daß sich die Verantwortung Tragenden immer als die Krönung einer Entwicklung sehen, aber die Zahnmedizin entwickelt sich weiter. *Der oben zitierte „junge, qualitätsorientierte Kollege“ versteht sich heute als Vertreter eines eigenen Fachgebietes innerhalb der vielen Fachrichtungen der Humanmedizin, als Arzt für Zahnheilkunde, was sich zum Beispiel auch darin manifestiert, daß er seine Turbinen und Winkelstücke nach jedem Patienten sterilisiert. „Primum nihil nocere“ ist nämlich heute wie gestern oberstes Gebot ärztlichen Denkens und Handelns.*

Zahnheilkunde ist sicher nicht die ganz große Medizin, wie sie etwa durch die Chirurgie oder die Innere Medizin repräsentiert wird, sondern eine kleine, dabei aber hochspezialisierte Fachrichtung, die bei einwandfreier Ausübung in freier Praxis nicht länger zurückstehen muß hinter vergleichbaren Fächern, wie sie beispielsweise durch die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder die Augenheilkunde repräsentiert werden. Die sprachliche Unterscheidung zwischen Zahnarzt und „richtigem“ Arzt wirkt unter diesem Aspekt überholt. Die Standesführung muß sich den Vorwurf gefallen lassen, diese Entwicklung nicht nur nicht gefördert, sondern die Notwendigkeit,

Zwangsläufigkeit und Dynamik dieses Prozesses nicht einmal erkannt zu haben. Auch die Repräsentanten der Universitäten tragen eher Pakete als Päckchen. Die Vertretung des Berufsstandes wurde in den letzten 20 Jahren zu sehr als Auftrag zur Wahrnehmung materieller Interessen und Notwendigkeiten verstanden und viel zu wenig als Aufgabe im Sinne von Verantwortung für medizinischen Fortschritt und Fürsorge für die Volksgesundheit interpretiert.

Daß der nun offene Bruch innerhalb der Zahnärzteschaft nur folgerichtig ist, wird deutlich, wenn man sieht, daß sich der oben beschriebene, mittlerweile als historisch zu bezeichnende Entwicklungsschritt erst jetzt innerhalb der Verbände zu vollziehen beginnt.

Mit dem Blick auf die frühen 70er Jahre müssen wir heute feststellen, daß damals fast ideale Voraussetzungen für eine optimale Zahnheilkunde für alle Patienten herrschten. Nahezu alles, was für eine umfassende Versorgung auf hohem materiellen Niveau machbar und notwendig zu sein schien, wurde vollständig erstattet. *Man mag sich kaum vorstellen, wie anders die Entwicklung hätte verlaufen können, wenn zu diesem Zeitpunkt fortschrittliche Ärzte für Zahnheilkunde, wie in anderen Ländern beispielhaft vorgelebt, die schon zur damaligen Zeit keineswegs unbekanntem Erkenntnisse über die Voraussetzungen für Mundgesundheit standespolitisch voranschauend und mutig umgesetzt hätten.* Es ist nicht ausgeschlossen, daß sie

Schweizer Zustände hätten schaffen können, die aber im Gegensatz zur Schweiz auch heute noch vollständig innerhalb unseres Gesundheitssystems zur Zufriedenheit aller finanzierbar wären. Wer glauben machen will, die verlorene Zeit nun dadurch zurückgewinnen zu können, indem er als entscheidenden Schritt zunächst einmal das Schweizer Honorarsystem einführt, erliegt dem Irrtum, daß eine ärztliche Leistung allein dadurch verbessert wird, daß man das Honorar steigert.

Daß man alle Patienten zu Privatpatienten machen kann, ist erstens eine Illusion, steht zweitens unserer Gesellschaftsordnung diametral entgegen und dient drittens weder dem medizinischen Fortschritt noch der Verbesserung der Volksgesundheit. *Die Privatpraxis kann nicht Voraussetzung, sondern lediglich legitimes Ziel einer Niederlassung sein.* Ein möglichst großes Privatklientel an die Praxis zu binden, wird und darf nur durch eine überlegene Qualität der ärztlichen Leistung gelingen. Dieses Ziel durch Nivellierung und Ausgrenzung der Klientel zu beseitigen, würde bedeuten, die zur Zeit einzig existierende Form der Qualitätssicherung abzuschaffen.

Wir leben im System der sozialen Marktwirtschaft, nicht in einer sozialistischen, wie uns Herr Gutmann und Herr Schirbort einzureden versuchen und auch nicht in einer kapitalistischen, die sie und ihre Freunde anstreben.

Unser Gesundheitssystem bildet eine tragende Säule innerhalb dieses Systems.

Es war ein fundamentaler Irrtum des Freien Verbandes, anzunehmen, daß es sich die Gesellschaft gefallen lassen würde, daß sich die kleine Gruppe der Zahnärzte unter Ausnutzung ihrer Monopolstellung aus ihrer gesellschaftlichen Verantwortung verabschieden und so das ganze System in Frage stellen könnten. In diesem Sinne kann das vorliegende Strukturgesetz ruhig als „Gutmann-Schirbort-(Verhinderungs)Gesetz“ bezeichnet werden. Mit links hat der Gesetzgeber die in völliger Überschätzung der eigenen Möglichkeiten gefaßten Beschlüsse zum Ausstieg aus unserem Gesundheitssystem vom Tisch gewischt, wobei er sich auf einen breiten, partiübergreifenden Konsens stützen konnte, wie er nur aufgrund einer völlig überzogenen, abenteuerlichen Politik einer Minderheit provoziert werden konnte. *Wenn Gutmann nicht müde wird, seine frühkindlichen traumatischen Erlebnisse im sozialistischen Ausland in aller Öffentlichkeit zu verarbeiten, kann man das Mitgefühl zur Kenntnis nehmen.* Feststellen muß man jedoch, daß er den Unterschied zwischen „sozial“ und „sozialistisch“ bis heute nicht begriffen zu haben scheint. Dabei zeichnet gerade dieses unscheinbare „istisch“ dafür verantwortlich, daß sich auf der einen Seite eine blühende Gesellschaft, auf der anderen Seite aber ein beispielloses Desaster entwickeln konnte.

Der vormalige „Freie Verband Deutscher Zahnärzte“ ist zu einem feudalistischen Club mutiert. Unter der Führung Gut-

manns sind die zahnärztlichen Körperschaften inzwischen kadermäßig organisiert. Wer Kritik übt, fliegt, wer linientreu kuschelt, wird mit einem Pöstchen belohnt. Alle Zahnärzte müssen jetzt die von der Führung des ehemals Freien Verbandes eingebrockte Suppe auslöffeln, wobei wir noch mit einem blauen Auge davongekommen sind. Die Reaktion des Gesetzgebers hätte ja auch noch wesentlich härter ausfallen können. Man braucht sich nur vorzustellen, was passiert wäre, wenn er den Ausstieg hingenommen und das Honorar mit befreiender Wirkung für die Versicherten auf den einfachen GOZ-Satz festgeschrieben hätte. Die Zahl der Praxispleiten wäre weit über die von Herrn Gutmann angestrebten 30% hinausgegangen.

Die Zahl 30 erlangt in dieser Auseinandersetzung inzwischen eine fast magische Bedeutung. Der vormalige Freie Verband repräsentiert in seiner Mitgliederzahl nicht einmal 30% der Zahnärzte, erreicht bei berufspolitischen Wahlen knapp 30% der Stimmen aller Zahnärzte, der Korb ist nicht einmal zu 30% gefüllt worden, 30% Praxispleiten werden vom vormaligen Freien Verband bei der Schaffung kapitalistischer Zustände im Gesundheitswesen als akzeptabel angesehen und ca. 30% der Zahnärzteschaft sind von der wesentlichen Maßnahme des Strukturgesetzes, dem degressiven Punktwert, betroffen. *Es ist also lediglich eine Frage des politischen Standpunktes, ob man das Gesetz als Rachefeldzug gegenüber 30% der Zahn-*

ärzte interpretiert, oder konstatiert, daß trotz der katastrophalen, gesellschaftspolitisch schädlichen Politik einer Minderheit 70% der Zahnärzteschaft geschont wurden.

Nüchtern betrachtet, bleibt festzustellen, daß die Berufspolitik der letzten Jahre gescheitert ist. Sie hat zur Spaltung der Zahnärzteschaft geführt, ein Abschmelzen der Honorare nicht verhindert, die Volksgesundheit nicht verbessert, Ungerechtigkeiten in der Honorarverteilung innerhalb der Zahnärzteschaft nicht beseitigt, den Einfluß auf politische Entscheidungen verloren, die Glaubwürdigkeit zahnärztlicher Argumente geschwächt und die Zukunftschancen des in die Verantwortung tretenden Nachwuchses nahezu verspielt. Auf der Habenseite steht lediglich die um eine ganze Zahnärztergeneration verspätete Einführung der Prophylaxeleistungen, und diese auch nur für die 6 bis 20-Jährigen.

Es stellt sich also immer drängender die Frage, wie eine vorausschauende Berufspolitik für die kommenden Jahre aussehen muß, die die anstehenden Probleme lösen, die Zahnärzteschaft mit der Gesellschaft versöhnen, das vormals hohe Ansehen des Standes zurückgewinnen, die Volksgesundheit verbessern, den politischen Einfluß wiedererlangen und die Zukunft nachfolgender Zahnärztergenerationen gestalten kann.

Betrachtet man unser Gesundheitssystem ohne berufspolitische Demagogie unter dem Aspekt der Volksgesundheit,

so wird man feststellen, daß es sich um das leistungsfähigste existierende Gesundheitssystem überhaupt handelt, für das wir nicht umsonst von aller Welt beneidet werden. Wenn es zum Beispiel den Clintons gelänge, das von Herrn Gutmann angestrebte, in Wahrheit aber völlig gescheiterte amerikanische System durch ein Sozialsystem unserer Prägung zu ersetzen, würden sie dafür gefeiert werden und würden ihre Macht bis über die nächste Wahlperiode hinaus sichern. Für uns Zahnärzte beinhaltet dieses System die Gewähr, jedem Patienten seine erhaltungswürdigen Zähne zu einem garantierten Honorar erhalten zu können, und dies völlig unabhängig vom gesellschaftlichen Stand und den finanziellen Möglichkeiten.

Analysiert man den Zustand unseres Systems der sozialen Sicherung ohne berufspolitische Scheuklappen, wird man nicht umhinkommen festzustellen, daß nicht das System an sich schlecht ist, sondern daß es vielmehr durch Mißbrauch bis an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit belastet ist. Aufgabe einer gesellschaftlich verantwortlich handelnden Standespolitik wird es folglich in der Zukunft sein, diesen Mißbrauch durch Leistungserbringer und Empfänger zu bekämpfen und einzudämmen, um den erforderlichen Spielraum für eine zukunftsorientierte Zahnheilkunde in Deutschland zu schaffen.

Ich kann nicht umhin festzustellen, daß für die Zahnmedizin in Deutschland erhebliche Summen aufgewendet werden.

Es wird schwierig, diese Ressourcen wesentlich zu steigern, zumal nicht in einer allgemein finanziell angespannten Situation. Es besteht aber andererseits überhaupt keine Veranlassung oder Notwendigkeit, den erkämpften Anteil an den für die Volksgesundheit aufgewendeten Mitteln sinnlos zugunsten unserer Mitbewerber aufzugeben.

Ziel einer zukünftigen Standespolitik muß es folglich sein, unseren Anteil am Gesamthonorar zu bewahren und ein weiteres Abschmelzen unseres Anteils zugunsten unserer „Mitbewerber“ zu verhindern. Dies kann dadurch geschehen, daß wir uns mit dem aktuellen prozentualen Anteil an den Gesamtausgaben zufriedengeben und nur noch Zuwächse im Rahmen der Steigerung der Lohnsumme fordern. Im Gegenzug können wir erreichen, daß unsere Leistungen nicht immer weiter abgewertet werden und daß uns die Möglichkeit eingeräumt wird, die bereitstehenden Mittel in eigener sozial- und gesundheitspolitischer Verantwortung gerechter zu verteilen. Bei dieser Verteilung müssen wir erreichen, daß der qualitätsorientierte Kollege den ihm nach Qualität, Leistung und Kosten zustehenden Anteil erhält. Eine Umverteilung des Gesamthonorars zugunsten der jungen und alten, qualitätsorientierten Zahnärzte kann, darf, muß und wird von der aus der Verantwortung tretenden Zahnärztesgeneration eingefordert werden.

Eine durchschnittliche Amalgamfüllung kann nur mit betriebswirtschaftlich

bescheidenem Gewinn gelegt werden. Aufgrund der Amalgamdiskussion wird der Zahnarzt aber mehr und mehr gezwungen, auf alternative Werkstoffe auszuweichen. Bei Beachtung der Indikation (Größe der Füllung, Erfüllung der mundhygienischen Voraussetzungen, usw.) bietet sich eine hervorragende Alternative in den modernen Kunststoffen, eingebracht unter Verwendung der Säureätztechnik. Niemand wird ernsthaft behaupten wollen, daß eine Kunststofffüllung im Seitenzahnbereich kostendeckend, geschweige denn mit betriebswirtschaftlichem Gewinn gelegt werden kann, wenn sie nach sorgfältiger Excavierung, mit Unterfüllung(en), Adhäsiv, Primer, Ätzen, Bonding, Anlegung einer Matrize, Verkeilung, Aushärtung, Occlusionsgestaltung, Bißkontrolle und Hochglanzpolitur erbracht wird. Auf der anderen Seite sehe ich keine Möglichkeit zu bestreiten, daß die gleiche Füllung zu hoch honoriert wird, wenn sie ohne Matrize mit selbsthärtendem Kunststoff in einem Bruchteil der Zeit gelegt wird. *Daß diese Füllung dann eine kürzere „Verweildauer“ haben wird, um die berufspolitisch belasteten Ausdrücke Garantie und Gewährleistung zu vermeiden, versteht sich von selbst.*

Deutlich wird an diesem Beispiel erstens die Ungerechtigkeit in der Honorarverteilung, und zweitens wird offensichtlich, wie schlecht und wie geradezu gegen die Interessen der qualitätsorientierten Kollegen verhandelt wird und wurde. *(Lesen Sie bitte weiter auf S 61)*

Klinische Funktionsanalyse heute

L. Albers

Der nachfolgende Beitrag gibt nicht nur einen Einblick in die manuelle Funktionsanalyse, sondern ist auch besonders interessant im Hinblick auf die gemeinsame Fortbildungsgestaltung von DAZ und VDZM am 7.5.94 in Frankfurt, bei der Priv. Doz. Dr. Bumann dieses Thema ausführlich referieren wird (siehe auch S. 11).

Seit sich etwa gegen Ende der 60iger Jahre die Funktionsdiagnostik als quasi eigenständiger Bereich der Zahnmedizin etablierte, bestand Einvernehmen darüber, daß das Prozedere über eine Anamnese zur klinischen und erst danach zur instrumentellen Funktionsdiagnose zu führen habe. Die Gewichtung erfolgte dabei allerdings zunehmend zugunsten der instrumentellen Analyse. Diese zog unter dem Etikett Gnathologie Scharen von ambitionierten Kollegen in ihren Bann.

Auf Tagungen und in den zahlreichen Kursen wurde zwar immer auf die Bedeutung des klinischen Untersuchungsteiles hingewiesen, aber im Gegensatz zu diesen Beteuerungen gab es keine oder nur spärliche Kursangebote und Publikationen zu diesem Bereich. Vom instrumentellen Teil ging zweifellos die größere Faszination aus, und mit ihr konnte eine unmittelbare Überleitung in die Therapie erreicht werden.

Es gab aber wohl noch einen weiteren Grund für das Schattendasein der klinischen Funktionsdiagnostik: Die Thematik wurde über zwei Jahrzehnte lang

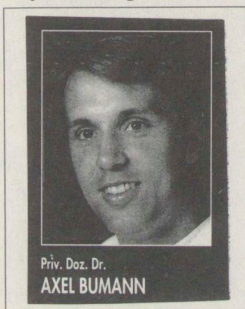
dominiert von einer einzigen Person: Willi Krogh-Poulsen, Hochschullehrer aus Kopenhagen mit schweizer Vergangenheit (und Ehefrau) beherrschte diesen Bereich der Zahnmedizin in einer Weise, für die es kein vergleichbares Beispiel gibt.

Bezeichnenderweise gab es keinen Funktionsstatus, der nicht in seinem klinischen Teil auf die „Methode Krogh-Poulsen“ Bezug nahm. Diese bestand in der metrischen Erfassung und einfachen graphischen Darstellung der Unterkieferbewegungen, vor allem aber in der Palpation der Muskulatur. DAZ-Studiengruppen hatten das Glück, die letzten Kurse dieses eindrucksvollen Hochschullehrers durchführen zu können.

Rückblickend muß man jedoch das Paradoxon registrieren, daß es gerade auch an dieser überragenden Persönlichkeit Krogh-Poulsens gelegen hat, daß der klinische Teil der Funktionsdiagnostik über so viele Jahre keine Weiterentwicklung erfahren hat. Erst Mitte der 80iger Jahre kam es u. a. durch das Zusammentreffen des schwedischen Hochschullehrers Tore Hansson mit dem

holländischen Manualtherapeuten Jules Hesse in Amsterdam zu neuen Ansätzen. Der Kontakt der Zahnmedizin mit der Physiotherapie und damit zur Orthopädie erwies sich als bahnbrechend, endlich wurde es auch in der Zahnmedizin möglich, bewährte medizinische Untersuchungsmethoden zu nutzen.

In Deutschland war das zunächst durch aus konfliktbeladene Aufeinandertreffen des Kieferorthopäden Axel Bumann, Kiel und des ebenfalls holländischen „Fysiotherapeuten“ Gert Groot Landewe



Priv. Doz. Dr.
AXEL BUMANN

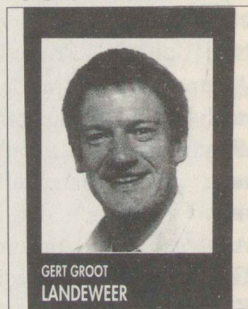
*Priv. Doz.
Axel Bumann*

er aus Lübeck ein ähnlicher Glücksfall. Schritt für Schritt haben diese beiden ein Konzept entwickelt, das in sich schlüssig und daher relativ rasch nachvollziehbar ist. Sie haben die Systematik der Untersuchung verbessert und ihren Erhebungsbogen erheblich vereinfacht (Bezug über Böse, Lübeck). Schon sehr bald ist es auch „Anfängern“ möglich, eine differenziertere Diagnose bei den „Myo-Arthropathie-Patienten“ zu erstellen.

Durch zahlreiche Kurse wurde dieses Untersuchungskonzept mittlerweile verbreitet. Veröffentlichungen liegen vor (Phillip Journal 4/92 und 5/92) und werden demnächst durch ein Lehrbuch vervollständigt (Rateitschak-Reihe). Video-

Bänder und EDV-Programme werden ebenfalls verfügbar sein. So wird es auch den erfahrenen, älteren Hochschullehrern ermöglicht, ohne den Umweg über Kiel und unter Umgehung eines praktischen Kurses bei Bumann-Groot-Landeweer an deren Erkenntnissen teilzuhaben.

Allerdings ist ein solcher Kurs außerordentlich zu empfehlen: Das Ziel dabei ist, durch einen Diskurs über die Anatomie, die Bewegungsphysiologie und die Pathologie sowie vor allem durch praktische Übungen der Untersuchungsmethoden Wege zur Erarbeitung „Gewebe-spezifischer Diagnosen“ aufzuzeigen. Mit Hil-



GERT GROOT
LANDEWEER

*Gert Groot
Landeweer*

fe der sogenannten Basisuntersuchung wird es ermöglicht, eine Differenzierung der Beschwerden in „myogen“, „arthrogen“ oder ggf. auch „neurogen“ zu treffen. Neben der aktiv ausgeführten Unterkieferbewegung wird die durch den Untersuchenden manipulierte passive (Weiter-)Bewegung analysiert. Dabei ist neben dem Ausmaß der Bewegung das sogenannte Endgefühl von besonderem Interesse. Es wird abgeklärt, ob die normalerweise begrenzenden Strukturen (z.B. Bänder) ihre Aufgabe noch erfüllen.

Im Rahmen der *Erweiterten Untersuchung* werden Schädigungen am Gelenk differenziert. Das geschieht durch die sogenannten Gelenkspieltechniken, wie sie bereits 1970 von Mennell beschrieben worden sind („Joint Play“ in Wolff HD (Hrsg.): *Manuelle Medizin*, Verlag für Medizin, Heidelberg). Es handelt sich dabei um Kompressionen und Traktionen in unterschiedliche Richtungen, um dadurch die genaue Lokalisation des schmerzhaften Bereichs zu bestimmen.

Gerade diese Untersuchungsmethodik stößt vielfach auf Skepsis. Auch der Hinweis darauf, daß es sich um eine in der Orthopädie längst etablierte Technik handelt, hat daran nicht viel geändert. Ohne Zweifel sind für diesen Bereich auch die meisten Übungen erforderlich, aber es dürfte außer Frage stehen, daß die Gelenkspieltechniken einfacher anzuwenden sind oder jedenfalls schneller Hinweise geben als beispielsweise die lange Zeit geübten Muskelpalpationen.

Mit einer neuen Methode zur Beurteilung der verschiedenen Knackphänomene haben Bumann und Groot-Landweer einen ganz wesentlichen eigenen Beitrag geliefert: Die Dynamische Kompression und die Dynamische Translation helfen entscheidend bei der Ursachenabklärung der Kiefergelenkgeräusche. Bewegungen des Unterkiefers werden unter Kompressionen bzw. bei transversalem Versatz des Kieferge-

lenkes ausgeführt. Die Veränderungen des Knackens hinsichtlich der Intensität und des Knackzeitpunktes geben Aufschluß über die zugrundeliegende Mechanik.

Etliche Fehlbeurteilungen und damit Falschbehandlungen können sicher vermieden werden: So ist ein Knacken, das durch ein zu straff gespanntes Ligamentum laterale hervorgerufen wird, beispielsweise nach kieferorthopädischer Behandlung, recht zweifelsfrei und schnell zu diagnostizieren. In einem solchen Fall wäre (natürlich) keine Schienenbehandlung indiziert sondern eine manuelle Therapie zur Auflockerung des Bandes erforderlich.

1990 traten die jungen Herren aus Holstein zum ersten Mal vor der Arbeitsgemeinschaft Funktionsdiagnostik in Bad Nauheim auf. Sie verkündeten nicht mehr und nicht weniger, als daß es keinerlei Erkenntnisse der instrumentellen Funktionsanalyse gäbe, die nicht auch durch die von ihnen beschriebene Manuelle Funktionsdiagnostik zu gewinnen sei. Drei Jahre später war der inzwischen habilitierte Bumann einer der Hauptakteure der Nauheimer Tagung. Für ihn steht mittlerweile fest, daß die Kieler Untersuchungsmethodik eine erheblich größere Sicherheit bei Beurteilung cranio-mandibulärer Störungen ergibt. Belegt wird diese Einschätzung durch verschiedene, stetig wachsende Studien, bei denen u. a. der Magnetresonanztomographie eine Kontrollfunktion zufällt.

Was bei Krogh-Poulsen im Mittelpunkt stand, die Muskelpalpation, sie spielt heute nur noch eine sehr untergeordnete Rolle. Eines aber ist völlig gleich geblieben: Zur Umsetzung in der Praxis sind Kursbesuche und Literaturstudium die Voraussetzung, aber alles entscheidend für die Effektivität ist letztlich die eigene Übung.

Sehr empfehlenswert ist es, mindestens einen Zwei-Tages-Kurs zu absolvieren, der Kurs der APW leidet eindeutig unter erheblichem Zeitmangel. Danach sollten mehrere Patienten der eigenen Praxis gesammelt und gesondert einbestellt werden. Eine erhebliche Effektivitätssteigerung ist dadurch erreichbar, daß man sich dazu mit zwei weiteren Kollegen zusammenfindet. Es ist gesichert, daß sich sehr bald ein verbessertes Verständnis für die Zusammenhänge im Kiefergelenk und darüber hinaus einstellen werden.

*Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
26122 Oldenburg*

Wer hat Erfahrungen/Informationen zum Thema:

**Infektionsgefahr durch
zahnärztliche Turbinen und
Übertragungsinstrumente**

gesammelt?

Bitte telefonisch oder schriftlich melden
beim DAZ-Referenten für Arbeits- und
Umweltschutz, Dr. U. Happ,
Spadenteich 1, 20099 Hamburg
Tel. 040/24 45 78

Innovativ...

unsere neueste Technik.

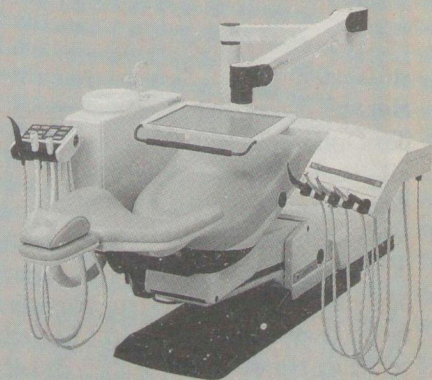
Zeitgemäß...

im Einklang mit modernem Design.

Individuell...

da wir den Arbeitsplatz nach Ihren
Wünschen ausstatten...

werden Sie von unserem Angebot
begeistert sein.



Ultradent Arbeitsplatz U 1300

ULTRADENT

Coupon

Bitte schicken Sie mir
die komplette Prospektmappe

Name _____

Telefon _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Ultradent, Kutzner & Ostner
Stahlgrübberring 26, D-81829 München
Tel. 0 89/42 09 92 - 0, Fax 0 89/42 09 92 - 50

Unterschiede der dentalen Situation zwischen Deutschland West und Ost und Vergleich mit der Schweiz

T. M. Marthaler

Wenn man sich ideologischer Scheuklappen entledigt, zeigt sich, daß die Zerschlagung der kinderstomatologischen Strukturen in der ehemaligen DDR voreilig und nachteilig war. Prof. Marthaler, Zürich, beleuchtet die realistischen Zahlen und kommt zu einem differenzierten Bild der Mundgesundheit in Ost- und Westdeutschland.

In Westdeutschland erfolgte 1989 die erste landesweite Erhebung über die orale Gesundheit. Die Resultate wurden vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Detail publiziert und fanden große Beachtung. Im Herbst 1989 öffneten sich die Grenzen. Trotz der gewaltigen Umstellungen auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik konnte das IDZ in Ostdeutschland von Februar bis Mai 1992 eine Ergänzungsstudie organisieren. Dabei wurde die gleiche Untersuchungsmethodik wie 1989 in Westdeutschland verwendet. Der Bericht ist kürzlich erschienen (W. Micheelis und J. Bauch: Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. IDZ-Information 5/1993. Deutscher Ärzteverlag Köln (1993), DM 49.-, ISBN Nr. 3-7691-7834-3).

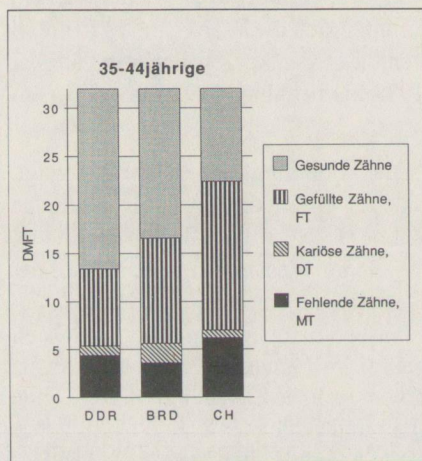
Der Zustand der Zähne in West und Ost, wie er im DMFT erfaßt wird, läßt sich anhand der Erwachsenen zuverlässig

vergleichen. Da der DMFT die gesamte Vorgeschichte von Karies, Füllungen und Zahnverlust wiederspiegelt, konnten sich die D-, M- und F-Komponenten in der kurzen Periode Oktober 1989 bis Frühling 1992 nur wenig ändern.

Die Abbildung „35–44jährige“ zeigt, daß im Osten die Zahl der gesunden Zähne (18,6) um rund 3 Einheiten höher lag als im Westen (15,3). Die Zahl der DT, also der kariösen und damit sanierungsbedürftigen Zähne lag im Osten bei 1,0, im Westen bei 2,0. In der Schweiz erwies sich die Zahl der gefüllten Zähne (FT) und fehlender Zähne (MT) höher als in beiden Teilen Deutschlands. Dagegen lag die Zahl der DT trotz des hohen DMFT mit 0,8 ebenso niedrig wie im Osten.

In der Abbildung „45–54jährige“ weisen die Unterschiede in dieselbe Richtung: im Osten war die Zahl der behandlungsbedürftigen Zähne etwas niedri-

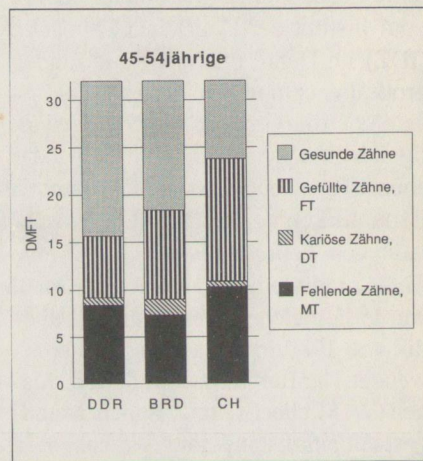
ger, die der gesunden und fehlenden etwas höher als im Westen. In der Schweiz war wiederum der DT am niedrigsten (0,6), dagegen der MT am höchsten. Dies erfordert eine Rückschau auf die frühere Situation bei den 13–14jährigen in der Schweiz. Bis 1970 hatten diese zwischen 11 und 13 DMF-Zähne, wogegen die entsprechenden höchsten Zahlen aus der Bundesrepublik bei „nur“ 8,8 liegen. Der starken Zerstörung der Zahnkronen bei den Schweizern konnte oft nicht mehr wirksam begegnet werden: Von den 10,3 fehlenden Zähnen (Schweiz 45–54jährige) waren 8,9 wegen Karies verlorengegangen.



Ein Vergleich zwischen Ost und West ist auch bei den 13–14jährigen aufschlußreich, da die deutsche Vereinigung, die die Lebensverhältnisse dieser Kinder vom Alter 10–12 Jahren an zu verändern begann, sich nur wenig auswirkte. Die 13–14jährigen wiesen 1989 im Westen 5,1, 1992 im Osten 4,3 DMF-

Zähne auf, und die Zahl der nicht sanierten Zähne (DT) lag bei 2,1 bzw. bei 0,7 (Abbildung 13/14jährige); MT waren mit 0,1 in beiden Landesteilen gleich selten. Im Kanton Zürich, wo der Kariesbefall leicht niedriger ist als in der Gesamtschweiz, lagen 1987 2,4, 1991 1,8 DMFT vor; DT lag bei 0,5 beziehungsweise 0,3. Die Wirksamkeit der Vorbeugung, die über die Schulzahnpflege alle Schüler erreicht, ist offensichtlich.

Die allgemein bekannten sozialen Unterschiede ließen sich offenbar auch in der DDR nicht aufheben, wie sich aus

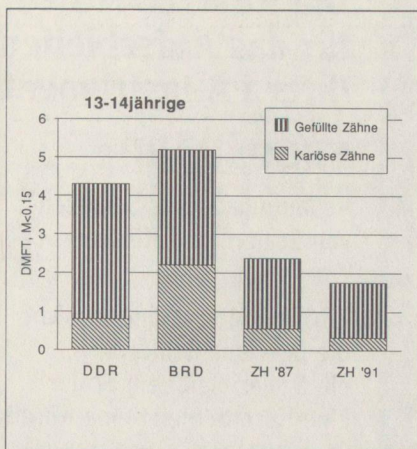


einer Dreiteilung in hohe, mittlere und niedrige Sozialschichten ergab. Bei den Erwachsenen lag der Sanierungsgrad in der sozialen Oberschicht (von insgesamt 3) bei 91% im Osten, bei 92% im Westen, in der Unterschicht bei 79% beziehungsweise 76%. Er war also nicht stark von der Sozialschicht abhängig,

ganz im Gegensatz zu den Befunden bei den 13/14jährigen. In deren Oberschicht lag der DMFT im Osten mit 3,6 (davon 0,5 DT) deutlich höher als im Westen mit 2,9 DMFT (davon 1,0 DT). In der sozialen Unterschicht ergaben sich im Osten 4,9 DMFT (1,2 DT), dagegen

6,1 DMFT (2,6 DT) im Westen. Während die Jugendlichen im Osten durchwegs nur etwa halb so viele nicht sanierte Zähne zeigten, war im Westen der DMFT viel stärker mit der Sozialschicht verbunden. Es ist offensichtlich, daß die Jugendlichen der sozialen Oberschicht des Westens bereits in den Achtzigerjahren wirksamen Gebrauch von den Zahnpflegemitteln – vor allem den fluoridhaltigen – machten, was im Osten aus äußeren Gründen nicht möglich war. Die Verhältnisse bei den 8–9jährigen sind schon zu sehr vom Wechsel des politischen Systems beeinflusst, um eindeutige Schlüsse ziehen zu können.

Gesamthaft gesehen war im Osten der Kariesbefall geringfügig niedriger als im Westen, obwohl fluoridhaltige Zahnpasten, andere Fluoridpräparate und ganz allgemein Zahnpflegemittel in der DDR stets Mangelware und oft von minderer Qualität waren. Dagegen waren die im Westen überall käuflichen gezuckerten



Süßigkeiten, die mit riesigem Werbeaufwand verbreitet wurden und werden, im Osten bei weitem nicht so leicht erhältlich. Dies sind nur einige Stichworte, eine umfassende Analyse steht noch aus. Zur Zeit sind im Osten lokale epidemiologische Studien im Gange, die

aufschlußreiche Resultate über den Verlauf der Kariesprävalenz während der noch laufenden Umstellungszeit liefern werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen:

- in der DDR war der Kariesbefall niedriger und
- der konservierende Sanierungsstand höher als in der BRD, bei der Jugend sehr viel höher.

Diese Analyse beschränkt sich auf diejenigen dentalen Aspekte, die sich den DMF-Zahnzählungen entnehmen lassen. Eine umfassende Beurteilung des oralen Zustandes würde auch eine Berücksichtigung der parodontologischen, prothetischen und sozialwissenschaftlichen Daten des umfangreichen Forschungsberichtes erfordern. Unabhängig davon behalten die hier gezogenen Schlüsse jedoch ihre Gültigkeit.

Prof. Dr. T. M. Marthaler
Plattenstr. 11
Ch-8028 Zürich

Die REVOLUTION für das Aufschleifen Ihrer PA-Instrumente

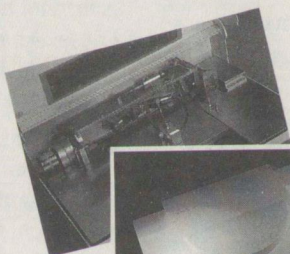
ERGOSHARP

Vollautomatisches Schleifen
von Scalern und Küretten.

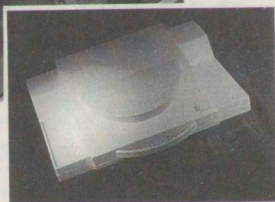
ERGOSHARP verändert nicht
die Instrumentenform,
ein Scaler bleibt ein Scaler
eine Kürette bleibt eine Kürette.

ERGOSHARP gibt Ihnen
Instrumenten eine hohe Stand-
zeit.

ERGOSHARP ist einfach zu be-
dienen. Nach kurzer Einweisung
kann selbst fachfremdes Perso-
nal den ERGOSHARP fehlerfrei
bedienen. Alle Abläufe werden
elektronisch geregelt.



Weltpatent



Weitere Informationen von:

Hegen Dentale Technologie

Lentinger Straße 25, 85092 Kösching

Tel. 0 84 56/70 15 Fax: 81 39

Die enge Zusammenarbeit von Forschung, zahnärztlichen Praktikern und Instrumentenherstellern führte zur Konstruktion neuer Parodontalinstrumente. Die neu entwickelten Parodontalinstrumente befähigen den Zahnarzt, moderne Therapieverfahren, wie Scaling und Root Planing als Teilschritt der chirurgischen Parodontaltherapie durchzuführen.

Schnelles, sicheres und effizientes Arbeiten ist nur mit scharfen Instrumenten möglich und kann die Behandlungsdauer bis zu 30% verringern. Stumpfe Instrumente entfernen nur unzureichend Zahnstein und infiziertes Wurzelzement, außerdem wird die Wurzeloberfläche verdichtet.

Die Rezidivquote ist in derartigen Fällen außerordentlich hoch. Mit stumpfen Küretten ist eine gezielte Küretage praktisch unmöglich. Moderne Parodontalinstrumente bestehen aus gehärteten Spezialstählen von längerer Standzeit. Um die Standzeit zu optimieren, ist nach jedem Eingriff ein Nachschärfen der Instrumente angezeigt. Darunter versteht man bei sicherer Anwendung der im Film an acht verschiedenen Parodontalinstrumenten gezeigten Technik ein Verfahren, welches zu einer optimalen Schärfe führt. Ebenfalls wird demonstriert, wie sich das Nachschärfen der Instrumente von dem Aufschleifen unterscheidet.

Durch eine übersichtliche Filmdemonstration und eine gute didaktische Darstellung können die zahnärztlichen Mitarbeiterinnen speziell durch diesen Film in die Technik des Aufschleifens und Nachschärfens eingeführt werden.

JETZT NEU AUF VIDEO

Nachschärfen und Aufschleifen von Parodontalinstrumenten



Autoren

Prof. Dr. D.E. Lange, Münster
Rudolf Hegen, Kösching

18 Min. DM 250,- plus MWST

Videovertrieb:

HEGEN-DENTAL-TECHNIK

Lentinger Straße 25
85092 Kösching

Telefon: 0 84 56 / 70 15
Telefax: 0 84 56 / 81 39

Eckpunkte zur Prophylaxe

DAZ stellt Präventionskonzept auf der Basis des GSG 93 vor

S. Zimmer

Fortschritte in Theorie und Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe und einige neue Bestimmungen des GSG haben die Rahmenbedingungen für präventive Arbeit geändert. Im DAZ wurde mehrere Monate lang an einem neuen Konzept, das die veränderte Erkenntnislage beschreiben und praxisgerechte Maßnahmen zur prophylaktischen Betreuung möglichst aller Alters- und Bevölkerungsgruppen angeben soll, gearbeitet. Wir stellen das Ergebnis hiermit zur Diskussion und bitten um Zusendung von Kritik und Kommentaren an Dr. Zimmer bis zum 15.3.'94. Anschließend sollen die programmatischen Vorstellungen des DAZ zur Prophylaxe auch über andere Medien an die Öffentlichkeit getragen werden.

1. Kollektivprophylaxe

- „Vollausbau“ der Salzfluoridierung
Fluoridiertes „Bäckersalz“ (ca. 30% der tgl. Salzaufnahme erfolgen über Backwaren).
- Zulassung von fluoridiertem Speisesalz in Kantinen, Fertignahrung (z. B. Wurst), Streuwürzen u.a. mit Deklarationspflicht.

2. Gruppenprophylaxe

1. Maßnahmen für alle Kinder von 3–12 Jahren
 - a. Jährliche Reihenuntersuchungen mit Erhebung von dmft und DMFT. Die Daten sind in angemessener Weise zu dokumentieren und auszuwerten.
 - b. Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene/Ernährungslenkung, Fluoridierung mit einem geeigneten Lack (mindestens alle 6 Monate). Alternativ kann – soweit

- eine entsprechende Infrastruktur vorhanden ist – eine wöchentliche Einbürstung von Fluorid-Gelee erfolgen.
- c. Karies-Risiko-Diagnostik (jährlich)
- d. Intensivprophylaxe (nach Bedarf)
- e. Therapie

ad a.:

Gesundheitsplanung läßt sich nur auf der Basis einer korrekten und einheitlichen Datenerfassung und -auswertung realisieren. Das vom DAJ vorgesehene Konzept zur bundesweiten Zusammenführung von Untersuchungsdaten aus dem Jugendzahnpflegeprogramm (JZP) von Prof. Pieper wird befürwortet.

ad b.:

Mit der regelmäßigen Applikation eines Fluoridlackes lassen sich Kariesreduktionen von 40–50% erzielen. Die Akzeptanz ist sehr hoch. Die Maßnahmen sind mit einem minimalen Auf-

wand an Personal und technischer Ausstattung durchführbar. Es werden keine Zahnputzzeiten benötigt. Die Gesamtkosten für zwei Applikationen/Jahr liegen pro Kind unter 10,00 DM. (Lit.: Born, C, Schmidt, HFM: Das Marburger Prophylaxemodell und seine Erweiterung auf den gesamten Landkreis – Erfahrungsbericht nach 8 Jahren, Zahnärztlicher Gesundheitsdienst S. 12-15, 2/1990)

ad c.:

Karies-Risiko-Diagnostik macht nur im Rahmen der Gruppenprophylaxe Sinn (am besten „angehängt“ an jährliche Reihenuntersuchung), weil nur in Schule und Kindergarten (mit Ausnahmen) alle Kinder erreicht werden können. Bei den 3–6jährigen sollte das Verfahren der AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe der DGZMK Verwendung finden, bei den 6–12jährigen die Dentoprog-Methode nach Marthaler.

ad d.:

Intensivprophylaxe bedeutet Individualprophylaxe.

Gemäß Sicherstellungsauftrag und dem Prinzip der Subsidiarität, nach dem der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nur solche Leistungen anbietet, die von anderen nicht erbracht werden können, ist es sinnvoll, bei den 6–12jährigen die Karies-Risiko-Kinder zur Intensivprophylaxe an die niedergelassenen Zahnärzte zu verweisen. Es muß allerdings sichergestellt sein, daß die Intensivprophylaxe dort auch wirklich erfolgt. Dazu wird ein „Zahnpaß“ vorgeschlagen, der zur Kontrolle bei der nächsten

Gruppenprophylaxe mitgebracht werden muß. Das Risikokind, das keine Intensivprophylaxe nachweisen kann bzw. den Paß vergessen hat, wird in den Zahnärztlichen Dienst einbestellt, wo dann die Intensivprophylaxe durch LAG-Prophylaxehelferinnen erfolgt. Der ÖGD muß überall so ausgestattet werden, daß er diese Aufgabe erfüllen kann. Überall, wo dies nicht möglich ist, müssen die Landesarbeitsgemeinschaften zur Verhütung von Zahnkrankheiten (LAG) Strukturen aufbauen, um diese Aufgabe wahrzunehmen.

Leistungen nach den BEMA-Positionen IP1-5 sind als Intensivprophylaxe für Karies-Risiko-Kinder unzureichend.

Da die Intensivprophylaxe bei 3–12jährigen ein gesetzlicher Auftrag auch an die GKV ist, muß diese deren Finanzierung sicherstellen.

Die Finanzierung der im Rahmen der Gruppenprophylaxe erbrachten Intensivprophylaxe (ÖGD, LAG) ist über den §21 SGB V möglich. Für die von niedergelassenen Zahnärzten erbrachte Intensivprophylaxe muß eine Position „Zahnreinigung“ mit einer Punktzahl von 3 pro Zahn in den BEMA aufgenommen werden. Auch im Hinblick auf eine Neuregelung der Individualprophylaxe sollte die IP-Position „Zahnreinigung“ den Personenkreis der 6–18jährigen begünstigen. Darüberhinaus sind die Positionen IP 1–3 auszubauen.

Die Intensivprophylaxe bei den 3–6jährigen sollte je nach Vorhandensein und Kapazität der entsprechenden Institu-

tionen in den Händen von ÖGD, LAG oder Patenschaftszahnärzten liegen. Es ist viel günstiger, Kleinkinder gruppenweise zusammen mit anderen Kindern, die sie aus dem Kindergarten kennen, zur Intensivprophylaxe einzuladen als einzeln zum niedergelassenen Zahnarzt zu schicken.

ad e.:

Nach der bevölkerungsrepräsentativen Erhebung des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahre 1989 liegt die Versorgungsrate kariöser Zähne bei 8/9jährigen bei ca. 45%, bei 3–6jährigen ist sie wahrscheinlich noch wesentlich niedriger. Daraus folgt:

Das System der zahnmedizinischen Versorgung durch niedergelassene Zahnärzte versagt ganz offensichtlich bei Kindern!

Deshalb sollte der ÖGD bzw. die LAG (evtl. über Honorarzahnärzte) stärker an der Therapie von Kindern beteiligt werden. Auch hier muß allerdings das Prinzip der Subsidiarität (s.o.) gelten.

Folgendes Vorgehen bietet sich an: Behandlungsbedürftige Kinder werden an den niedergelassenen ZA verwiesen. Wenn bei der nächsten Gruppenprophylaxesitzung festgestellt wird, daß keine Behandlung stattgefunden hat und im Zahnpaß der Beginn einer Behandlung nicht bescheinigt ist (Kontrolle möglichst nach 3 Monaten), erfolgt eine Therapie durch den Zahnärztlichen Dienst, Honorarzahnärzte der LAG oder Patenschaftszahnärzte. Die Kontrolle des

Zahnpasses kann gegebenenfalls durch Lehrer/Lehrerinnen bzw. Erzieher/Erzieherinnen stattfinden.

Die Möglichkeit der Erteilung einer Kassenzulassung an die LAGs ist zu prüfen.

3. Individualprophylaxe

Maßnahmen der Individualprophylaxe müssen sein:

- a. Initiierung von Maßnahmen in Eigenverantwortung („Oral self care“): häusliche Mundhygiene, Ernährungsumstellung.
- b. Wo immer die Maßnahmen nach a. versagen bzw. nicht ausreichend sind, muß der Zahnarzt das bestehende Prophylaxedefizit ausgleichen können. Dazu ist neben Fluoridierungsmaßnahmen eine professionelle Zahnreinigung unverzichtbar.
- c. Um eine präventive Versorgung und Früherkennung von Gebißschäden auch bei Kleinkindern zu gewährleisten, die keinen Kindergarten besuchen, sind drei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (UZ1–3) in das kinderärztliche Untersuchungsheft aufzunehmen. Die UZ1 sollte im Alter von 3 Monaten, die UZ2 von 24–36 Monaten und die UZ3 von 5–6 Jahren stattfinden. Zusätzlich zu den vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen solche Positionen aufgenommen werden, die eine erweiterte Beratung der Eltern und Fluori-

dierungsmaßnahmen ermöglichen. Inhalt der UZ1 ist die Beratung der Eltern über gesunde Ernährung (Vermeidung der frühkindlichen Prägung auf Geschmacksqualität „süß“) und Übertragungswege des Karies-Leitbakteriums *Streptococcus mutans*.

Finanzierung:

Von Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erfolgt die Finanzierung der Individualprophylaxe über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), danach ist sie eine Privatleistung mit Rückerstattungsanspruch bei finanzschwachen Mitgliedern der GKV.

Begründung:

- Kinder können keine Eigenverantwortung übernehmen und für unterlassene Maßnahmen nicht verantwortlich gemacht werden.
- Erwachsene sind durch finanzielle Eigenbeteiligung besser zur Eigenverantwortung motivierbar: Wer eine gute häusliche Mundhygiene betreibt, minimiert den Aufwand der Fremdvorsorge.
- Die privat angebotene Individualprophylaxe stellt einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde dar (Kontrolle durch den Patienten).
- Finanzschwache Patienten haben Anspruch auf Unterstützung der Solidargemeinschaft.
- Individualprophylaxe kann nur sinnvoll eingesetzt werden, wenn es ein valides Instrumentarium zur Risiko-

diagnostik gibt. Die gleiche Individualprophylaxe für alle ist nicht sinnvoll und über die GKV auch nicht finanzierbar. Leider gibt es derzeit noch kein für alle Altersstufen valides Instrumentarium zur Risikoeinschätzung.

- Für Kinder und Jugendliche von 6–18 Jahren soll die Prophylaxe im Antragsverfahren gewährt werden. Dabei kann für die 6–12jährigen das Dentoprogramm nach Marthaler zugrunde gelegt werden. Da die Validität dieses Tests auch Fehler teile zuläßt, müssen begründete Ausnahmen möglich sein. Für die 12–18jährigen müssen zur Risikoeinschätzung mehrere Faktoren herangezogen werden, wie etwa Karieserfahrung in der Vergangenheit, Hygienestaten, White-spot-lesions, Speicheltests.

Dr. Stefan Zimmer
Prophylaxereferent des DAZ
Klopstockstraße 18, 14163 Berlin
Tel./Fax: 030/802 36 51

Engagierter, zuverlässiger
 Zahnarzt (26 J.),
 Examen 12/93 in Bonn,
 z.Z. Promotion
 sucht ab Juni '94 Stelle als

Vorbereitungsassistent

in fortbildungsorientierter Praxis im
 Raum Koblenz-Trier-Mainz.

Kontakt: M. Coenen,
 Markusstraße 8, 53129 Bonn
 Tel. 0228/236731

Rezepte für Ärzte.

Sie wollen eine Praxis gründen, übernehmen oder modernisieren? Sie benötigen Geräte und Einrichtung? Kein Problem. Denn bei uns gibt es das richtige Rezept: einen Bera-

ter, der Ihnen alle Möglichkeiten unseres HYPO-Ärztendarlehens nach Ihren Wünschen individuell zusammenstellt. Kommen

Sie einfach zu unseren Sprechstunden.



Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

Am 22./23. April findet in der Zahnklinik Nord der FU Berlin, Föhler Str. 15, 13353 Berlin, die 4. Jahrestagung des Deutschen Dentalhygienikerinnen-Verbandes (DDHV) statt.

Freitag

DDHV-Generalversammlung
Schleifwettbewerb
Aperitiv: bei Frau Roulet-Mehrens

Samstag

Titel der Tagung: Wo steht die DH in der Deutschen Prophylaxelandschaft?

| | |
|---|-----------------------------------|
| Begrüßung durch die 1. Vorsitzende | Jeannette Bozenhardt, SDH |
| Das Stuttgarter „DH Schule Modell“ | Prof. Dr. Johannes Einwag |
| Das DGP Prophylaxeassistenten / Dentalhygienikerinnen Modell | Dr. Hans-Georg von der Ohe |
| Abrechnung von Prophylaxeleistungen in Deutschland | Fr. Marion Walther, SDH |
| Was bewirkt das 3. Ausbildungsjahr für die DH-Ausbildung in der Schweiz? | Fr. Andrea Schuh, SDH |
| Diskussion aller Referate des Vormittags | |
| Bekanntgabe der Resultate des „Schleifwettbewerbes“ | |
| Lasertechnique | Dr. Joachim Schiffer |
| Ist Amalgam gefährlich? | PD Dr. Adrian Lussi |
| Amalgam Ersatz | Prof. Dr. J. F. Roulet |
| Diskussion aller Referate des Nachmittages | |

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:
Fortbildungskomitee DDHV, Trudy Roulet-Mehrens, Herbartstraße 15, 14057 Berlin.
Telefon: 030/322 64 16, Fax: 030/322 17 10.

Überzeugend in Qualität und Wirkung.

Die medizinische Zahncreme

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

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

Bewährte 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

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

Fortschrittliche Deklaration

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.



Dr. Liebe Nachf. D-7022 Leinfelden, Postfach 10 02 28, Telefon 07 11/75 26 26, Telefax 07 11/75 66 66.

Die GOZ-Misere geht weiter

Eindrücke eines Gesprächs mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen

Im Rummel, den das GSG 1993 ausgelöst hat, ist fast geräuschlos auch die zweite Versicherungsform, die Private Krankenversicherung (PKV), im Bonner Gesundheitsministerium vorstellig geworden, um ihre Vorstellungen in die Novellen von GOÄ und GOZ einfließen zu lassen. Sie befand sich hier in einem Boot mit den öffentlich-rechtlichen Beihilfestellen, die ebenfalls (prononciert durch den nordrhein-westfälischen Minister Müntefering) eine umfangreiche Streichliste zur GOZ eingereicht hatte. Was waren die Ursachen dieser „konzertierten Aktion“ der privaten Kostenträger?

Der Leistungskatalog der GOZ 88 weist neben unklaren auch sachlich nicht immer plausible Details auf (Inlayprovisionen, Polituren, zu dürftige IP-Positionen, Berechnung der Spannen bei ZE u.a.). Hinzu kommen Durchführungsbestimmungen, die deutlich und nachteilig von denen der GOÄ 83 abweichen. Diese Situation – verschärft durch stagnierende oder gar reduzierte Punktwerte – veranlaßte viele Zahnärzte, eigenen oder kammereigenen GOZ-Interpretationen zu folgen. So entstand eine Lawine von Streitigkeiten mit Patienten, Beihilfestellen und privaten Krankenversicherungen. In fünf Jahren Gültigkeit der GOZ wurden mehr Konflikte

provoziert als in zehn Jahren Geltungsdauer der GOÄ.

Was alles umstritten ist, hat Gerd Ebenbeck in seinem Beitrag: „Die Privatliquidation – ein Tummelplatz für Halsabschneider?“ im *forum* 39 dargestellt. Welche sehr konkreten Hintergründe diese Ausführungen haben, zeigt unser Beitrag auf Seite 40. Die PKV hatte die Folgen dieser „Interpretationen“ zu tragen. Während im Zeitraum 1983–1992 die Kosten in der GKV je Versicherten um 18,5% stiegen, betrug dieser Anstieg bei der PKV 75%. Das erste Halbjahr 1993 habe wiederum einen Kostenzuwachs von 9,2% gebracht.

Die logische Folge sind Pläne der PKV, die GOZ eindeutiger aber auch einschränkender in den Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen zu gestalten. Verbote der Neben- oder Nacheinanderberechnung sind vorgesehen, Analogbewertungen oder das Ausweichen auf GOÄ-Positionen werden erschwert. Die BEL-Höchstpreise (für zahntechnische Leistungen) sollen auch für die GOZ gelten. Das alles auf der Basis einer nur denkbar geringen Punktwertanhebung.

Die PKV sei jedoch auch bereit, über die Einführung neuer Leistungen zu sprechen, jedem vernünftigen Fortschritt

solle Rechnung getragen werden. Von zahnärztlicher Seite seien aber nur dürftige Vorschläge gekommen. Deren unsägliche sogenannte „Fach-GOZ“ 1987 sei unvergessen. Die Leistungserstatter sind so ziemlich endgültig überzeugt, daß „mit den Zahnärzten nicht zu reden ist“. Die Rolle des FVDZ bei diesem Desaster ist offenkundig. So steht die BZÄK vor einem Scherbenhaufen jahrelanger Obstruktionspolitik. Die Idee einer Schlichtungskommission für zahnärztliche Behandlungsfehler und Liquidationsstreitigkeiten stößt auf Seiten der PKV auf Mißtrauen. Zu tief säßen schlechte Erfahrungen mit Kammern und kammerbestellten Gutachtern. Insbesondere die Zahnärztekammer Nordrhein habe sich nicht als neutral erwiesen. Berichtet wird auch von Kammeraktionen gegen Zahnärzte, die im Auftrag der PKV Rechnungsprüfungen vorgenommen hätten. Es habe Drohungen gegeben, Gruppenverträge mit bestimmten Krankenversicherungen zu kündigen, wenn nicht „gewisse Handlungen“ unterblieben. Das Verhältnis zu „den Ärzten“ wird als unproblematisch geschildert; mit ihnen seien alle bisher aufgetretenen Fragen vorurteilsfrei zu beraten und zu klären gewesen.

Die PKV – so wurde versichert – sei an einem guten Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern interessiert. Sie könne nur überleben, wenn sie ihren Mitgliedern mehr und bessere Leistungen bieten könne. Dafür sei sie auch bereit, zu zahlen. Wenn aber von Zahn-

ärzte-Seite einschließlich deren Körperschaften nicht alles getan werde, um zweifelhafte und/oder nicht durch die GOZ gedeckte Handlungsweisen von Zahnärzten zu unterbinden, dürfe man sich nicht wundern, wenn die Lobby eines Verbandes (aus 55 Versicherungen) ihrerseits aktiv wird und die Rahmenbedingungen zu korrigieren versucht.

In Bonn kann sich die PKV wohl auf ausreichend Verbündete stützen. Und die Zahnärzte? *kjb*

Ein Zahnarzt aus Düsseldorf, ca 60 J., möchte eigene 2-Stuhlpraxis in Düsseldorf, Elisabethstraße mit Umsatz 1992 von 550.000 DM, 1993 20% weniger, gegen größere 3-Stuhlpraxis im Großraum Düsseldorf eintauschen, damit seine Tochter mit in die Praxis einsteigen kann. Gewünscht: 3 Stühle, 120–150 qm, Einzugsbereich ca. 4.000 Einwohner.

Wer jemanden kennt mit Interesse für die kleine Praxis oder von einer größeren weiß, die vakant wird, wende sich an:

Herrn Fuchs
NAV-Wirtschaftsdienst
(c/o Herrn Kaltwasser)
Drususallee 66, 41460 Neuss
Tel. 0 21 31/27 89 75
Fax: 0 21 31/27 58 97

*Sympathie
durch schöne Zähne*



Stadler

Zahntechnische Werkstatt

■ Christian Stadler
Zahntechnikermeister

Isarstraße 1

93057 REGENSBURG

Telefon 09 41 / 40 03 33

Telefax 09 41 / 40 10 03

Abgezockt

– Wie hemmungslose Kollegen den Berufsstand in Mißkredit bringen

H.-W. Hey, Chr. Nielsen

Standesvertreter werden nicht müde, die Zahnärzte als wehrlose Opfer von Patientenbegehrlichkeit, Krankenkassenwillkür und Behördenmacht darzustellen. Auch wenn manches davon wahr ist, darf andererseits nicht unterschätzt werden, welch ein Schaden für Ansehen und Glaubwürdigkeit von denjenigen Kollegen angerichtet wird, die die Gebührenordnung gewissenlos ausreizen. Dies häufig genug mit Leistungen, die weder das Kriterium „medizinisch notwendig“ erfüllen, noch prognostisch einigermaßen zuverlässig sind.

Aufgabe der Zahnärztekammern – Körperschaften des öffentlichen Rechts – ist es, diesen Wildwuchs zu unterbinden. Viel zu häufig begnügen sie sich jedoch mit inhaltenden Beschwichtigungen oder blockieren gar berechnete Patientenklagen.

Die Folgen dieses Taktierens drohen alle Zahnärzte zu treffen: Einschränkung und Abwertung der Gebührenord-

nung (GOZ) sowie noch restriktivere Prüfungen durch die privaten Krankenkassenversicherungen (PKV) und die Beihilfestellen. Der DAZ verfolgt das Ziel, daß die Möglichkeiten der GOZ vielmehr erhalten und aktualisiert werden. Alle seriösen Kollegen sind darauf angewiesen.

Da unsere Appelle an die Körperschaften bislang wenig Reaktionen gezeigt haben, werden wir in einer *forum-Serie* krasse Fälle fragwürdiger Behandlungen und deren Abrechnungen vorstellen. Es geht dabei weniger um die Prüfung medizinischer Indikationen, sondern vor allem um die Skrupellosigkeit, die sich manche Zahnärzte herausnehmen, ohne irgendwelche Sanktionen befürchten zu müssen. Dies sind Sumpfb Blüten einer „freien Zahnheilkunde“, die in manchen Zahnärztehäusern jedoch als Reinkultur freiberuflicher Selbstbestimmung gehegt werden. Urteilen Sie selbst!

Fall 1: 80 000.– DM für zwei Sitzungen

Bei der Vorbesprechung am 6.5.93 stellt Prof. (PE) Dr. Th., Bonn, seinem Patienten R. aus Troisdorf 4 Heil- und Kostenpläne (für FAM, PAR, IMPL und ZE) über insgesamt 32 000.– DM aus

(einschl. Mat.- und Lab. Kosten); gleichzeitig läßt er ihn jedoch eine Einverständniserklärung über die ausschließende Anwendung des 6,0fach-Satzes der Gebührenordnung für Zahnärzte

(GOZ) unterschreiben, was die Rechnung schließlich auf 77 000.-DM anhebt, wozu später noch die Kosten für die Anästhesisten kommen. Wenn Herr R. dafür eine entsprechend gute und dauerhafte Leistung bekommen und alles selbst bezahlt hätte, hätte niemand Einwände erhoben. Doch natürlich verlangt Herr R. die Kosten von seiner Versicherung, und zwar für eine Versorgung mit 4 verschiedenen (!) Blattimplantaten im rückwärtigen Oberkiefer- und Unterkieferbereich, die nicht nur „schlichtester Implantattechnik der 70er Jahre“ (so ein renommierter Implantologe) entsprechen – die Implantate sind auch nur zum Teil osseointegriert und die Kronenränder der Suprakonstruktion stehen bis zu 4 mm über.

Vor allem:

- Die Extraktion der 6 unbrauchbaren Frontzähne
- die Endobehandlung von 3 Zähnen
- die offene Parodontalkurette an 13 Zähnen sowie
- 2 Neurolysen
- Sinus-Lift links und rechts (Ä 1467 + Ä 1628 + Ä 2732)
- 2x Einbringen von alloplastischem Material (Ä 2442)
- 2x Vestibulum-Tuberplastik beiderseits (Ä 2675)
- 2x Schleimhaut- und Knochentransplantation (Ä 2386 + Ä 2255)

Alles
an der
gleichen
Stelle

- 2 weitere submuköse Vestibulumplastiken sowie
 - 4 Knochenresektionen
- erfolgen *zusammen* mit dem Einbringen von 8 Implantaten, Präparation, Abformung und prov. Versorgung von insgesamt 21 Zähnen in *einer Sitzung*.

Daß der laut Anästhesiebeggründung hypertone Patient in dieser Sitzung neben seiner dreistündigen Vollnarkose zusätzlich 16 Infiltrations- und 4 Leitungsanästhesien bekommt, sei nur nebenbei bemerkt und läßt auf eine risikofreudige Anästhesiebegleitung schließen.

Wer glaubt, Prof. Th. würde seine Implantate nun mindestens 3 Monate in Ruhe einheilen lassen – von Implantologen als „absolutes Minimum“ betrachtete Chance zur Osseointegration von Implantaten – der täuscht sich: 13 Tage später werden Herrn R. die kompletten Suprakonstruktionen eingesetzt (in 4 Stunden Vollnarkose und wiederum 14 Infiltrations- und 2 Leitungsanästhesien) und die Fäden entfernt – fertig. Vor allem: Als Suprakonstruktionen, die im Ober- und Unterkiefer natürliche Zähne und Implantate starr miteinander verbinden (!), werden jeweils 14-gliedrige Metallkeramikbrücken festzementiert(!).

Abgesehen von der rein fachlichen Fragwürdigkeit dieser Behandlung in einer Bad Godesberger Privatklinik, die laut Werbeprospekt „ihren Patienten zahnmedizinische Behandlungsmethoden modernster Art bietet“, durchgeführt von „Zahnmedizinern mit über-

durchschnittlichen Fachkenntnissen“, enthält die Rechnung des Professors Leistungspositionen, die – absichtlich oder nicht – entweder nicht erbracht oder nicht abrechenbar sind. Die Entfernung der sechs Frontzähne, die laut Patient bereits so locker waren, daß er sie „immer wieder mit den Fingern rein-drücken mußte“, wird nicht mit 6 Pos. X₁, sondern, obwohl eine Angelegenheit weniger Minuten, mit 6 Osteotomien und zwei zusätzlichen Knochenresektionen (mit dem 6,0fach Satz für zusammen 1 755.–DM) abgerechnet.

Weiterhin wird die Pos. 900 (implantatbezogene Analyse) pro Zahn abgerechnet, ist jedoch nur pro Kiefer ansetzbar. Die Pos. 901 (Präparation einer Knochenkavität für ein enossales Implantat) wird für 4 Implantate 8mal berechnet. Die Pos. 902 (Einsetzen einer Implantatschablone) wird sogar 16mal berechnet. Und auch die Pos. 903 (Einbringen eines enossalen Implantats) wird wieder 8mal statt 4mal berechnet. Auch die Materialkosten für 4 Implantate werden 8mal berechnet, wodurch sich statt maximal 1 200.–DM tatsächlicher Beschaffungskosten dieser Posten mit 3 600.– in der Patientenrechnung aufsummiert.

Alles in allem erscheint es aus fachlicher Sicht ausgeschlossen, daß alle in der Rechnung aufgeführten Leistungen

auch nur ansatzweise von ihrem in der Gebührenordnung definierten Inhalt her erbracht wurden. Vielmehr wurde hier die GOZ als wohlfeiles Reservoir beliebiger Leistungsansätze mißbraucht. Abgesehen davon, daß die gleichzeitige Entfernung von Zähnen, Funktionsanalyse, chirurgische und parodontale Gesamtanierung sowie Einbringen von Implantaten und Brückenkonstruktionen allen zahnmedizinischen Grundsätzen widerspricht und den Geweben überhaupt keine Chance zur Abheilung gelassen wurde, ist dies alles ein Schlag ins Gesicht derjenigen Kollegen, die ihre ärztliche Sorgfaltpflicht ernst nehmen und sich dabei an Geist und Inhalt der gesetzlichen Gebührenordnung orientieren. Dieser chirurgische Rundumschlag hat mit der Rehabilitation eines Organs nichts mehr zu tun, sondern zielt ausschließlich darauf ab, eine Behandlung finanziell maximal auszureizen.

Da dies offensichtlich kein Einzelfall ist, wurde bereits vor 2 Jahren die Bundeszahnärztekammer auf die Behandlungs- und Abrechnungspraktiken des Professors (honoraris causa?) Th. aufmerksam gemacht. Konsequenzen von dort wie auch von der ebenfalls informierten zuständigen Zahnärztekammer Nordrhein sind jedoch bislang nicht bekannt geworden.

**Wiedergewinnung ärztlicher Autorität
Wiederherstellung des Ansehens unseres Berufsstandes
Wiederaufbau des politischen Einflusses**

Darum:



Fall 2:**Begründung für den 3,5-fach Satz GOZ:
„Systemimmanentes Vorgehen“**

Für zahnärztliche Gebühren und Nebenkosten ‚erlaubt‘ sich Dr. M. G. in Neuß DM 66 852,62 zu berechnen. Das Inkasso dieser Liquidation vom 9.10.‘93 läuft über die ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG Düsseldorf (Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Peter Dygatz).

Der Fall B. P.:

Patientin, 45 Jahre, allgemeinmedizinisch ohne pathologische Befunde oder Risikofaktoren. Zahnärztliche Diagnose: ‚starke parodontale Schädigung‘.

Ohne vorherigen PAR-Status, Kostenvorschlag oder sonstige schriftliche Vereinbarung werden am 23.9.1993 stationär in Vollnarkose 22 Zähne entfernt. Das Honorar dafür beläuft sich auf DM 1 139,60 zuzüglich DM 1 108,80 für das gleichzeitige ‚Auffüllen von 16 parodontalen Knochendefekten‘. Dazu kommen DM 693,- für die ‚chirurgische Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva‘ (der nun zahnlosen Kiefer) sowie die beiderseitige ‚Neurolyse des Nervus mentalis‘ für DM 467,54. Alle Leistungen weisen den 3,5-fachen Satz auf; Begründung: ‚Phobie‘, ‚Operation unter Narkose‘. Neben der (durch den Anaesthesisten separat berechneten) nasalen Intubationsnarkose berechnet Herr Dr. G. DM 246,88 für 16 Lokalanästhesien.

Während der gleichen Operation erfolgt die 16-malige ‚implantat-bezogene Analyse‘ für schlappe DM 3 326,40, das ‚Einsetzen einer Implantatschablone‘ für DM 554,40, schließlich das ‚Einbringen von 16 (in Fachkreisen höchst umstrittenen) Disk-Implantaten mit einem Honorarsatz von noch einmal DM 2 956,80. Der durchgehend 3,5-fache Satz der GOZ wird mit ‚systemimmanentem Vorgehen‘ begründet.

Die Materialkosten:

Die Materialkosten belaufen sich auf DM 35 852,62, davon DM 915,- für 2cc ‚Knochenersatzmaterial‘, ‚Nahtmaterial‘ (DM 165,-) und im wesentlichen für 16 Diskimplantate IDD je DM 2 170,-, die äußerst gewinnbringend vom Zwischenhändler Dr. G. an sich selbst weiterverkauft werden.

Die Visite:

Herr Dr. G. macht schon am Operationstag ‚Visite‘ für DM 15,18, zuzüglich 3 x ‚Verweilgebühr‘ (DM 72,09), ‚Aufwandsentschädigung‘ in Höhe von 72,- und ‚Wegegeld‘ von DM 18,-. Diese Visiten wiederholt er fünfmal bis zum 6.10.1993 zu jeweils gleichen Konditionen. Kosten für Visiten: DM 839,08, dies selbstverständlich neben der postoperativen Nachsorge und Pflege durch das Krankenhaus, dessen Kosten hier nicht zur Debatte stehen.

Die Suprakonstruktion:

Bei so aufwendiger Fürsorge ist es nur konsequent, daß am 8.10.1993, 15 Tage nach der Implantation, am Tag der Entlassung aus der Klinik jeweils 14-gliedrige Brücken (ohne jede Unterteilung) eingegliedert werden. Honorar: DM 7 700.– plus Kosten für Abdruckmaterial in Höhe von DM 167,60. Die Kosten des gewerblichen Labors betragen 12 269, 48. Fertig! Am 9.10.1993 ist die Rechnung in der Post, das Geld von der Abrechnungsstelle vorfinanziert auf dem Konto. Den Rest übernimmt die ZA-Abrechnungsgenossenschaft des Dr. Dygatz.

Das Gutachten:

Ein bald eingeschalteter Gutachter stellt nur vereinzelt erkennbares Knochensatzmaterial ‚in regio 17, 25, 35‘ fest. ‚Einige Diskimplantate überragen das Knochniveau‘, sind ‚nicht gedeckt‘. Die Prognose wird als fraglich eingeschätzt, da ‚die epitheliale Einkleidung

der Implantate wahrscheinlich‘ sei. Bei aller kollegialen Zurückhaltung werden die Materialkosten als ‚total überhöht‘ bewertet, einige Leistungen als ‚unsinnig‘ oder ‚nicht erbracht‘ beurteilt. Der Streit um diese Liquidation (!) hält an, der Leidensweg der Patientin wird in eine neue Runde gehen. Wie war doch die Begründung für den stereotypen 3,5-fachen Satz? –

‚Systemimmanentes Vorgehen‘.

Noch einmal: Es geht hier nicht um Neid gegenüber Kollegen, die professionell arbeiten und leistungsgerecht abrechnen – der Grundsatz „Gutes Geld für gute Arbeit“ gilt auch für uns. Es gilt aber zu verhindern, daß Patienten und Versicherungen von solchen Abenteurern ausgenommen werden und „die“ Zahnärzteschaft dadurch in Mißkredit gerät.

Dr. H. W. Hey, Dr. Chr. Nielsen
Lindenschmitstraße 44
81371 München

Wesentliche Verbesserung der Präparationsgrenze im Sulcus

Es gibt eine (von Dan Fischer) gefundene Methode, die Blutung im Sulcus wirklich absolut und nachhaltig zu stoppen.

Was macht Kollege Fischer? Mit Hilfe eines „Bürsten-Applikators“, der auf eine Einmalspritze gesteckt wird, bringt er mit kräftigen Reibebewegungen eine Eisen-III-Sulfat-Lösung in den Sulcus. Innerhalb weniger Sekunden bildet sich ein festes Koagulum, das mit kräftigem Spray entfernt wird. Ein genauer Abdruck kann gemacht werden. Wie funktioniert das? Durch das feste Reiben mit der „Bürstchenspritze“ wird das Eisen-III-Sulfat in die traumatisierten Kapillar-

enden eingebracht. Dort bilden diese winzige Koagulumpfropfen. Sie werden vom Spray nicht entfernt. Unter günstigen Verhältnissen (Hohlkehlpräparation) erübrigt sich sogar das Fadenlegen! Auch in leicht entzündeten Gebieten läßt sich ggf. nach mehrmaliger Anwendung die Blutung wirklich 100%ig zum Stillstand bringen.

Dan Fischers Tip ist einer der Besten seit meinem Studium!

Mein Dental-Depot bietet 100 Stück Bürsten-applikator für DM 169.– und 100 ml Eisen-III-Sulfat-Lösung für 49.– unter Tel. 0941 / 4 32 04, Fax: 4 12 87.

Präzision

im Detail



Zahntechnische Arbeiten von Scharl erfüllen höchste Qualitätsansprüche. Dabei erstreckt sich das Know-How unserer Techniker auf alle Spezialgebiete. Wählen Sie die Fachrichtung - wir sorgen für die fachgerechte Realisierung. Unser breites Leistungsspektrum steht zu Ihrer Verfügung.

Übrigens: Kompetenz kommt von Können, Qualität von Niveau.

ZAHNTECHNIK
scharl

Zahntechnik Scharl • Kleinraingering 66 • 8450 Amberg • Telefon: 0 96 21/379-0

Suchen Sie
»DEN ANDEREN AMALGAMABSCHIEDER«
der ein ganzes Zahnarztleben keinen Ärger machen wird?

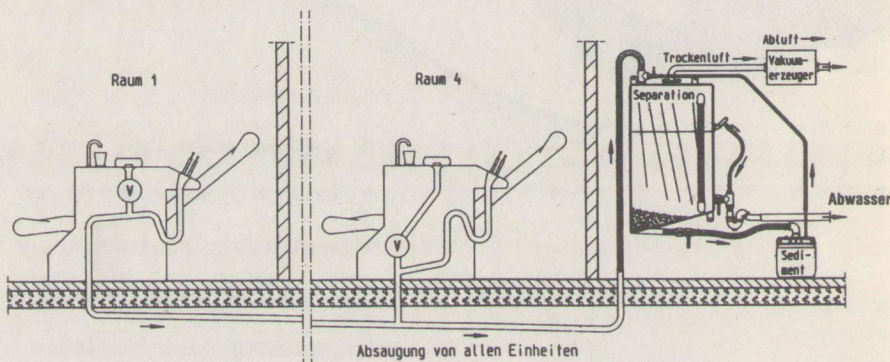
Der »SEDAS 4« löst Ihr Abscheiderproblem:

- ➔ Hochwirksam
- ➔ Funktionssicher
- ➔ Hygienisch
- ➔ Preisgünstig

Über 500 Praxen
bereits mit SEDAS
ausgerüstet!

Besonders vorteilhaft nicht nur zur Nachrüstung, sondern vor allem bei Praxisneuinstallation: Lassen Sie sich Ihre gewünschte Behandlungseinheit doch einmal ohne eingebaute Zentrifuge anbieten.

z. B. ebenerdige Installation (Variante 3):



Einzig zugelassener Amalgamabscheider
ohne Stromanschluß und Notabschaltung.

Prüfzeichen vom IFBT: PA - II - 3946

Wir von SEDAS wünschen allen unseren Kunden „STILLE“
Feiertage, allen anderen ein fröhliches „GOOD VIBRATIONS“.

Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH

Bürgerei 74, D-21720 Steinkirchen · Tel. 04142/3067 · Fax 04142/39 74

Zahnarzt in der eigenen Praxis – Lust oder Frust?

A. Ernst, R. Ernst

Praxisinterne Fortbildung mit einem Kommunikationstrainer zur Analyse der Praxissituation und Verbesserung der Kommunikation – ein Erfahrungsbericht, Teil I.

Hier ist *nicht* die Rede von den politischen Rahmenbedingungen, von KZV, von FVDZ oder DAZ. Wir geben hier Erkenntnisse und Erfahrungen der letzten drei Jahre in unserer Praxis wieder und ziehen Schlußfolgerungen daraus.

Es handelt sich dabei nicht um ein Abschlußresümee, sondern um einen ersten Zwischenbericht, einen Abschlußbericht wird es wohl nie geben. Es hat unsere Praxis bei diesem Prozeß eine gewisse freundliche Neugier von außen begleitet, die wir aber immer nur sehr oberflächlich befriedigen konnten. Wir hoffen, daß am Ende dieses Berichtes die Neugierde noch gewachsen ist, vielleicht sogar der Wunsch es auch einmal zu versuchen. Wir freuen uns auf einen Erfahrungsaustausch.

Ausgangslage:

Hört man die Zahnärzte über ihre Berufsausübung berichten, entfaltet sich ein Bild des Jammers! Die Gebühren reichen immer weniger aus, um qualitativ hochwertig zu arbeiten. In der Gesellschaft fühlen sie sich immer isolierter und mißverstanden. Die körperliche

Belastung führt zu gesundheitlichen Schäden und durch den Psychostreß sei sogar die Selbstmordrate sehr hoch. Die Patienten werden immer anspruchsvoller, die rechtlichen und vertraglichen Einbindungen immer komplizierter, komplexer und undurchschaubarer. Sie fühlen sich zwar im Beruf kompetent, ansonsten mangle es ihnen aber an Durchsetzungskraft. Es ist Sand im Getriebe des Praxisablaufs.

Die Helferinnen werden kritischer und anspruchsvoller, man beklagt eine hohe Personalfuktuation, ja es besteht ein Mangel an qualifizierten Mitarbeitern. Viele Kollegen machen abends ihre Abrechnung am Computer selbst – Frust im Beruf und am beruflichen Umfeld wachsen. Wir fühlen uns in der Tretmühle, die wirtschaftlichen Verpflichtungen lassen einen Ausstieg nicht zu. Nach vielen Berufsjahren vergeht die Motivation.

War es bei dem einen die Freude am verdienten Geld und am erworbenen Sozialstatus, war es beim anderen die Freude an der Erfüllung einer sozialen Aufgabe – beides reicht nicht aus als

Energiespender für 40 Berufsjahre. Wir fühlen uns leer und ausgebrannt.

Wie unsere eigene, so hat sich auch die Rolle der Helferinnen in der Praxis in den letzten Jahren wesentlich geändert. Rangierten sie früher in der Praxis-Hierarchie weit unter dem Zahnarzt, waren sie von ihm abhängig, durften sie ihm bei seiner Arbeit helfen, definierten ihren Status sozusagen über sein Wohlfühlen, hat sich dieses Bild heute deutlich gewandelt.

Die Helferin von heute genießt eine qualifizierte Ausbildung, die Fächer umfaßt, die der Zahnarzt nie gelernt hat. Sie ist sozial vom Zahnarzt unabhängig – bei dem heutigen Helferinnen-Mangel hat sich die Abhängigkeit fast ins Gegenteil verkehrt. Ihre Arbeit besteht nur noch teilweise aus Assistenz. Ganze Bereiche erledigt sie weitgehend selbstständig (Rezeption, Verwaltung, Hygiene, Einkauf, Patienten-Betreuung, Prophylaxe etc.).

Aus der früher statischen Ordnung und Hierarchie ist permanente Veränderung, Wechsel und Fluß geworden. Es gibt eine hohe Personal-Fluktuationsrate. Der junge Berufsnachwuchs ist wenig interessiert, und immer mehr Ausbildungen werden abgebrochen. Offensichtlich ist es den Zahnärzten noch nicht gelungen, die Rahmenbedingungen den geänderten Anforderungen anzupassen. Viele Zahnärzte verhalten sich immer noch wie früher und merken nicht, daß sie an ihrem eigenen Ast sägen.

Wir haben also die Bedürfnisse unserer Helferinnen ermittelt:

Sie sind sehr an Fortbildung interessiert, und zwar nicht nur in der Abrechnung – Sie wünschen sich vielmehr fortgebildet in:

1. Individualprophylaxe
2. Patientenbetreuung
3. Selbstsicherheitstraining
4. Gesprächsführungstraining (Kommunikation mit Rollenspiel)
5. Info-Besuche in Depots und Labors etc.

- Sie wünschen sich einen Organisationsplan, an den sich auch der Zahnarzt hält.
- Der Zahnarzt soll Erfahrungen und Meinungen mit den Helferinnen austauschen.
- Der Zahnarzt soll besser zuhören, was seine Helferinnen ihm zu sagen haben.
- Der Zahnarzt soll Vorgänge besser erklären, wenn die Helferin sie in der Praxis umsetzen oder dem Patienten vermitteln sollen.
- Die Helferinnen wollen mehr Verantwortung tragen. Das würde sie motivieren.
- Die Helferinnen wollen partnerschaftlich behandelt werden.

Hier liegt ein großes Potential brach: Laut Infratest beruht für 75% der Patienten die Zufriedenheit mit ihrem Zahnarzt auf dem Umgangston und der Zuwendung des gesamten Praxisteam zum Patienten.

Wir sind zwar ausgebildete Zahnärzte, aber im Management, Menschenführung, Konfliktforschung, Gruppenverhalten und Psychologie haben wir wenige Kenntnisse, die uns aus dem Loch heraus helfen könnten.

Es herrscht also Handlungsbedarf und wir haben folgendes gemacht: Wir haben einen externen Berater und Coach zu Rate gezogen, den wir seit vielen Jahren kennen. Er verfügt über mehrere abgeschlossene Berufsausbildungen (u.a. Psychologie, Pädagogik, Soziologie), war jahrelang Sporttrainer und ist zusätzlich Feldenkrais- und NLP-Lehrer (s. Literatur-Liste).

Nach gründlicher Analyse der Bedürfnisse des gesamten Praxisteam (sowohl in der Gruppe als auch in Einzelgesprächen) haben wir zu dritt – der Coach, meine Frau Angelika, sie ist die Kollegin in unserer Gemeinschaftspraxis und ich – ein Planungsraster festgelegt, wie vorzugehen sei. Auch für den Coach war diese Aufgabenstellung in der Zahnarztpraxis Neuland. Unterschied sie sich doch wesentlich vom Einzel-Coaching, vom Gruppen-Management-Training oder von der Feldenkrais-Methode, in denen er schon jahrelang arbeitet.

Unsere Aufgabe als Chefs bestand zunächst darin, Praxis-Leitsätze zu formulieren, also die Richtlinien vorzugeben, wie wir uns „Praxisführung“ vorstellen. Diese Richtlinien – vom allgemeinen bis zum speziellen – umfaßten 44 Sätze. Einige Beispiele: „Niemand übt Kritik am Anderen in Gegenwart eines

Dritten“, oder „Kleine Kinder und ängstliche Patienten werden nicht allein im Behandlungsraum gelassen“, oder „Patienten an der Anmeldung haben Vorrang vor Telefonanrufern“.

Als nächstes hatte jedes Teammitglied für sich zu klären, was ihn im Verlauf einer Arbeitswoche ärgert und ob es Situationen gibt, wo immer wieder Ärger entsteht. Dies war äußerst aufschlußreich, weil es Situationen offenlegte, unter denen einzelne Team-Mitglieder schon lange litten, ohne daß die anderen es wußten. Die Kenntnis z.B. um die immer vorhandene Unpäßlichkeit am Montagmorgen bei zwei Team-Mitgliedern – einmal akzeptiert von allen – hat dazu geführt, daß die montägliche aggressionsgeladene Stimmung völlig verschwunden ist. Der Montagmorden kam – für alle sichtbar – in ein sog. „rotes Kästchen“ und war damit als Problem aus der Welt geschafft.

Eine andere Analyse bestand darin, daß der Coach alle Teammitglieder unter 4 Augen fragte, wie hoch sie ihre Zufriedenheit mit dem Organisationsgrad prozentual zum erreichbaren Optimum einschätzten und wie hoch sie ihn für unter den gegebenen Umständen für möglich hielten. Im Schnitt lagen die Zahlen bei 50–60 und um 90% – die Kenntnis dieser Differenz stellte sich als hoher Motivationsfaktor heraus und wurde auch als solcher eingesetzt.

Inhaltlicher Schwerpunkt der gemeinsamen Arbeit wurde die Verbesserung

der Kommunikation und das Schärfen der Wahrnehmungsfähigkeit – sowohl für die eigene als auch für die Befindlichkeit jedes Mitgliedes des Praxis-teams. Dazu wurden vier gemeinsame Wochenendseminare – über ein Jahr verteilt – geplant.

Herausgekommen sind schließlich drei, über zwei Jahre verteilt. Wir mieteten uns in drei (verschiedenen) Seminarhäusern in Norddeutschland ein, alle drei in hübscher landschaftlicher Lage, mit Vollwertkostküche und abgeschieden vom Rummel der Außenwelt.

Herausgekommen ist Folgendes:

Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß im *Management* unseres Unternehmens Zahnarztpraxis erhebliche Defizite stecken, die dazu führen, daß die offensichtlich vorhandenen Ressourcen an Motivation und Know How nicht annähernd ausgeschöpft werden. Dilettantische Versuche diesen Zustand zu ändern, münden oft in Konflikten zwischen Zahnarzt und Mitarbeitern, die häufig genug katastrophal ausgehen und nur Verlierer hinterlassen. Konflikte entstehen durch Mängel in der *Kommunikation*. Die eine Seite versteht die andere nicht. Wenn überhaupt miteinander geredet wird, redet man aneinander vorbei oder hört nicht richtig zu. Die Ursachen dafür liegen in der ständig übersehenen Tatsache, daß alle Menschen objektiv gleiche Tatbestände unterschiedlich wahrnehmen. Um diese unterschiedliche *Wahrnehmung* geht es im nächsten Abschnitt. Die darauf fol-

genden Abschnitte befassen sich mit den Grundprinzipien der *Kommunikation*, der *Konflikte* und des *Managements*.

Wahrnehmung: oder „Kommunikation mit mir selbst“

Ich sehe die Welt nicht so, wie sie ist, sondern wie *ich* bin. Ich glaube aber, daß ich objektiv bin, alle anderen ergehen sich in Einzelheiten, nur ich habe den Überblick. Unsere Wahrnehmung ist getrübt durch Mythen, durch Paradigmen, durch die wir die Wirklichkeit wie durch einen Filter sehen. In unserem Kopf gibt es *Glaubensmuster*, an die wir glauben, ohne zu wissen, daß wir an sie glauben. In unserem Kopf gibt es Modelle von Dingen, Landkarten der Wirklichkeit. Wir übersehen ständig, daß die Landkarte nicht die Landschaft ist.

Modelle (Landkarten) helfen uns zwar, uns zurecht zu finden, schränken unsere Wahrnehmung aber ein.

Ein solches Paradigma ist z.B., daß Arbeit Freizeit wegnimmt und darum unangenehm ist. „Nur Freizeit baut auf und gibt dem Leben einen Sinn“. Wir wissen: 2/3 der wachen Lebenszeit ist Arbeitszeit. Allein dieser Umstand, bewußt von allen wahrgenommen, kann schon Zielvorstellung dafür werden, miteinander qualitativ umzugehen.

Wir Zahnärzte kennen alle das Prinzip der Aufbißschiene: Sie hebt die alten Okklusionsmuster auf. Sie entspannt die Muskulatur, sie führt uns in die Ausgangsposition zurück, und sie verfeinert die Wahrnehmung, die in der Position

der geringsten Spannung (der Muskulatur) am größten ist. Dies ist ein allgemeines Gesetz der Sinnes-Physiologie, formuliert von Weber-Fechner und gilt ebenso für den Spannungstonus der Muskulatur.

Die Verfeinerung der Wahrnehmung war darum das erste Ziel unseres Praxis-

erster Linie ein. Dies drückt sich übrigens auch in der Sprache aus. Ich komme im Abschnitt Kommunikation noch einmal darauf zurück.

Wahrnehmung der realen Welt hat also etwas mit dem inneren Filtern zu tun. Welche sind das, und wie stark wirken sie? Das läßt sich graphisch darstellen:

| | | |
|----------|--|---|
| Was? | → Verhalten | → Sichtbare Sachebene |
| Wie? | → Fähigkeiten | → Kompetenz/Studium Können/Training Selbstsicherheit |
| Weshalb? | → Werte Glaubenssätze Motivationen Sozialstatus | → Sozialbewußtsein, Fairneß, Geduld, Verlässlichkeit, Integrität, Erfolg, Dauerhaftigkeit, Zufriedenheit, Aussehen, Arbeitszeit ist Lebenszeit |
| Wofür? | → Identifikation | → Glaube |
| Mit wem? | → Zugehörigkeit → Wir-Gefühl | → Gemeinsames Lebens-/Weltbild setzt Energie frei; z.B. Sekten, Jugoslawienkonflikt, Nazis |
| Warum? | → Lebenssinn | → ??? |

Seminars. Erreicht wurde es mit der Feldenkrais-Methode (Bewußtheit durch Bewegung) und der Kinästhetik (s. Lit.). Außerdem gibt es eine Reihe von Übungen der Sinnesphysiologie und des NLP (des Neuro-Linguistischen Programmierens), das die Erkenntnis nutzt, daß sich die Menschen meist auf einen ihrer Sinne spezialisiert haben (sehen, hören, fühlen/tasten, riechen/schmecken).

Meist setzt man *ein* Sinnessystem für die bewußte Orientierung in der Welt in

Die sachliche Welt, in der wir uns bewegen, ist nur zu einem kleinen Teil sichtbar. Die wirksamen Faktoren liegen in uns drinnen, wirken bei jedem unterschiedlich und verschieden stark – auch auf seine Wahrnehmung.

Leitsätze zum Thema Wahrnehmung

- „Mag dich so, wie du bist.“
- „Formuliere deine Bedürfnisse.“
- „Das Leben ist so, wie du glaubst, daß es ist.“

- oder: Most people are as happy as they make up their minds to be (Abraham Lincoln)
- „Wenn du nicht weißt, wie du etwas tust, – kannst du es auch nicht ändern, – kannst du auch nicht tun, was du willst.“ (Feldenkrais)
- „Der kongruente Mensch spaltet sich nicht zwischen Privatleben und Beruf“
- „Die Landkarte ist nicht die Landschaft!“
- „Wenn wir nur unseren eigenen Er-

fahrungen überlassen sind, leiden wir beständig an Datenmangel.“

- „Lange bevor ich sagte: ich kann nicht, hätte ich sagen sollen: ich will nicht. (Flemming)“
- „Für den, der als einziges Werkzeug nur den Hammer kennt, ist jedes Problem ein Nagel.“

Dieser Erfahrungsbericht wird im nächsten *forum* fortgeführt.

Angelika Ernst, Dr. Roland Ernst
Waldblick 2, 26188 Edeweicht

Das Programm für Zahnärzte

CHREMA SOFT

DATENSYSTEME GMBH

Geschäftsstelle Nord
Linzer Straße 11
28359 Bremen
☎ 0421 – 20146-41
Fax 0421 – 20146-62

Geschäftsstelle West
Iltisweg 7
53842 Troisdorf
☎ 02241 – 9528-44
Fax 02241 – 9528-88

Geschäftsstelle Süd
Ulmer Straße 6/3
89134 Blaustein
☎ 07304 – 2096/7
Fax 07304 – 2098

Geschäftsstelle Ost
Ruhlsdorfer Straße 103
14532 Stahnsdorf
☎ 03329 – 6353-0
☎ 03329 – 635329

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Die zahnärztliche Dokumentation als Mittel zur Qualitätssicherung

T. Weindler

Zur im forum seit 1980 geführten Debatte zur Qualitätssicherung steuert Kollege Weindler einige überaus durchdachte und Kenntnisreiche Gedanken-gänge bei.

Die Forderung des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen nach qualitätssichernden Maßnahmen entspricht dem Wunsch der Solidargemeinschaft, eine transparente Darstellung des ärztlichen Handelns zu erhalten.

Die Diskussion darüber, ob Qualitätssicherung möglich und sinnvoll ist oder nicht, kann als abgeschlossen betrachtet werden. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung die Entscheidung bereits aus der Hand genommen und klargemacht, daß Qualitätskontrollen von außen die Folge der Unterlassung standesinterner qualitätssichernder Maßnahmen sein werden.

Bemerkenswert an der inzwischen kontrovers und engagiert geführten Diskussion über die Einführung solcher Maßnahmen ist, daß der problematische Qualitätsbegriff kaum erörtert wird. Nun ist eine einheitliche Definition des Begriffes Qualität in der Zahnmedizin weder vorhanden noch in absehbarer Zeit zu erwarten, gerade deshalb kann aber der Begriffsinhalt nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

Die Definition nach DIN 55 350 lautet: „Qualität ist die Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, die Qualitätsforderung zu erfüllen“¹. Der Qualität wohnt demnach eine große Komplexität inne, wodurch sie sich einer quantitativen Erfassung weitgehend entzieht.

Sicher ist es wünschenswert, den Qualitätsbegriff zu beherrschen und damit konsensfähig zu machen. Zunächst erscheint es aber wichtiger – und einfacher – Qualität anhand der Qualitätsforderung zu konkretisieren und begrifflich zu fassen². Diese muß in ihren unterschiedlichen Ebenen syntaktisch erfaßt und ihre Semantik formuliert sein, um zu einem für alle Beteiligten zufriedenstellenden Ergebnis zu gelangen. Leider ist festzustellen, daß in der Zahnheilkunde solche Qualitätsforderungen nur unzulänglich definiert sind. Insbesondere gibt es so gut wie keine gesicherten Erkenntnisse über die Bedeutung, die realisierbare Therapieergebnisse für den langfristigen Therapieerfolg haben.

Die Ziele unserer alltäglichen Arbeit können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

1. Erhaltung oraler Strukturen
2. Vermeidung von Beeinträchtigung des Wohlbefindens.

Es wäre ein fataler Fehlschluß zu glauben, daß mit der konsequenten Verfolgung des einen Zwecks zwangsläufig ein optimales Ergebnis bezüglich des anderen Zieles zu erreichen sei. Vielmehr sind therapeutische Entscheidungen notwendig, die einen auf den einzelnen Behandlungsfall optimierten Kompromiß suchen. Bei der Überprüfung sind deshalb grundsätzlich ungünstige Therapieergebnisse vorhanden. Sie sind keinesfalls Hinweise auf ein ärztliches Versagen.

Um das Risiko abschätzen zu können, mit dem das gewünschte Therapieergebnis verfehlt wird, sind Behandlungsstandards unverzichtbar. Ob ein besseres Ergebnis angestrebt werden kann, ist erst zu erkennen, wenn Vergleichsdaten vorliegen. Solche Behandlungsstandards sind in der heutigen Zahnheilkunde noch gar nicht oder nur rudimentär vorhanden und sollten in der zahnärztlichen Praxis erarbeitet werden.

Die Schaffung eines Behandlungsstandards setzt die Kenntnis der Ausgangslage voraus. In der Medizin ist die Dokumentation des Befundes, eventuell einschließlich der Anamnese, üblich. Ein geeignetes Befundblatt für den zahnärztlichen Befund habe ich bereits früher vorgestellt³.

Durch Dokumentation des Behandlungsverlaufes und Beobachtung des Patienten über einen längeren Zeitraum wird das Therapieergebnis faßbar. Die subsequente Dokumentation ist in der Lage, Ergebnisse und den Zeitpunkt ihres Eintretens in stetiger Skala zu messen. Es ist somit ein klinisch relevanter Rückschluß auf den Einfluß möglich, den eine therapeutische Entscheidung auf ein angestrebtes Therapieergebnis besitzt.

Die für eine Qualitätsbeurteilung relevanten Ergebnisse in einer Krankengeschichte sollten aus der zahnärztlichen Praxis definiert werden. Die Relevanz läßt sich leicht feststellen, indem man prüft, inwieweit ein Ergebnis das Erreichen der o.g. Therapieziele verhindert, bzw. bereits erzielte Ergebnisse wieder zunichte macht.

Sind Ausgangsbefund, Therapieentscheidungen und Ergebnisse der subsequenten Dokumentation bekannt, kann ein Behandlungsstandard festgelegt und konsensfähig gemacht werden. Der Behandlungsstandard stellt somit eine akzeptable Norm dar. Er drückt konkret aus, welcher Erfolg von einer zahnärztlichen Therapie im Mittel erwartet werden kann.

Der Behandlungsstandard ist eine notwendige, jedoch keineswegs hinreichende Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. Qualitätssicherung kann nur auf der freiwilligen Bereitschaft der Zahnärzte aufgebaut werden, das eigene Handeln einer fortwährenden Überprü-

fung zu unterziehen. Der Zahnarzt soll bereit sein, die Folgen seiner Tätigkeit zu erkennen und seine bisherige Praxis in Frage zu stellen.

Zwangsregelungen zur Durchsetzung von Qualitätsnormen für das zahnärztliche Behandlungsergebnis stellen eine Beschränkung der Therapiefreiheit dar. Durch sie gewinnt das wirtschaftliche Kalkül bei der Therapieentscheidung erheblich an Bedeutung. Der Zahnarzt wird gezwungen, das wirtschaftliche Risiko, das jeder Therapieentscheidung innewohnt, zu minimieren. Die Suche nach der medizinisch günstigsten Therapiealternative für den individuellen Fall wird erheblich beeinträchtigt.

Der volkswirtschaftliche Vorteil, den eine Zwangsregelung zunächst zu bieten scheint, wird langfristig durch den Verlust an medizinisch begründetem Problemlösungswissen zunichte gemacht.

Die Realisierung qualitätssichernder Maßnahmen ist zusätzlich noch von der Vergleichbarkeit der in einzelnen Praxen erhobenen Daten abhängig. Da der Zahnarzt für den Behandlungserfolg verantwortlich ist, muß ihm ein Instrument zur Einschätzung seines Handelns zur Verfügung stehen. Die statistische Mathematik stellt Methoden bereit, die Praxis- und Patientenstrukturen vergleichbar macht. Sind die Vergleichsdaten anderer Praxen vorhanden, kann jeder Zahnarzt Abweichungen seiner eigenen Ergebnisse feststellen und interpretieren. Er kann seine Therapie-

entscheidungen überprüfen und gegebenenfalls zu einem geringeren Risiko hin korrigieren. Er kann aber auch risikante Entscheidungen zuverlässiger abschätzen und gegenüber dem Patienten und Außenstehenden besser begründen.

Die subsequeute Dokumentation und die aus ihr abgeleiteten Behandlungsstandards stellen einen biologisch-dynamischen Ansatz zur Qualitätssicherung dar. In der Zahnmedizin wird diese Lösung für Qualitätsfragen noch nicht angewendet. Vielmehr werden bisher ausschließlich technomorphologische Prinzipien diskutiert, die das zahnärztliche Handeln auf eine rein handwerkliche Ebene reduzieren.

Über die Gründe und die Folgen der technomorphen Betrachtungsweise, die unsere ungünstige sozialpolitische Situation mit bedingen, möchte ich abschließend einige theoretische Überlegungen anstellen:

1. Es existieren entweder keine Behandlungsstandards oder vorhandene Standards werden nicht als solche erkannt, mit der Folge, daß der Sinn solcher Standards gelehnet wird.
2. Der Mangel an erkannten Standards führt zu ersatzweisen Rechtfertigungen des zahnärztlichen Handelns. In Deutschland entwickelt sich daraus zunehmend eine technomorphe Sichtweise des Qualitätsbegriffs. Diese hat einerseits die totale Ablehnung der Qualitätssicherung zur Folge, andererseits werden bisher ausschließlich

technomorphe Ansätze zur Qualitätssicherung entwickelt und gefordert.

3. Der technomorphe Qualitätsbegriff führt zu der dogmatisch wiederholten, aber falschen Behauptung, daß ein höherer technischer Aufwand zwangsläufig zu besseren Ergebnissen führe. In diesem Zusammenhang wird immer wieder unterstellt, daß man nur alles richtig machen müsse, um den gewünschten Behandlungserfolg zu erreichen. Dies, obwohl uns die alltägliche Erfahrung das genaue Gegenteil lehrt.
4. Aus dem technomorphen Ansatz wird die Forderung nach einer, dem Aufwand entsprechenden Honorierung erhoben. Gleichzeitig wird alles, was nicht dem technomorphen Qualitätsbegriff entspricht, als qualitativ minderwertig dargestellt. Dieses Vorgehen entspricht keinesfalls etablierten Qualitätsbetrachtungen. Es wird von den Vertretern der Solidargemeinschaft als zur Darstellung zahnärztlichen Handelns unzureichend angesehen. Höhere Honorare sind auf diesem Wege nicht zu erreichen.

Die Qualitätssicherung in der Zahnmedizin scheitert bisher am Mangel schlüssiger Konzepte. Alle Bemühungen um Konsens müssen angesichts eines unüberschaubaren Gesundheitssystems zwangsläufig in der Konfrontation enden; Beschwörungen helfen da wenig. Ein Wissen um Problemlösungen, wie es die gegenwärtige Krise des Ge-

sundheitswesens erfordert, ist nicht verfügbar. Vielmehr ist davon auszugehen, daß die am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen nur ungenügendes und einseitiges Wissen über die Funktionsweise dieses Systems besitzen.

Dieser Mangel an Problemlösungswissen existiert schon seit geraumer Zeit. Das Wissensdefizit hat zur Folge, daß immer wieder sog. Reformen durchgeführt werden, ohne abschätzen zu können, wie das Gesundheitswesen als System auf Änderungen seines Regelwerkes reagiert. Mittlerweile ist das Systemverhalten völlig unberechenbar – und nicht nur unbezahlbar – geworden.

Die Erarbeitung klinisch relevanter und gesicherter Behandlungsstandards ist ein unverzichtbarer Teil der Beseitigung des Wissensdefizits.

Dr. Tilman Weindler
Pfleggasse 31
94469 Deggendorf

Literatur:

- ¹ DIN 55 350 Teil II
(Ausgabe Mai 1987) Beuth Verlag
- ² Masing, W.:
Handbuch der Qualitätssicherung
Carl Hanser Verlag 1988
- ² Weindler, T.:
Therapiefindung auf der Grundlage
eines praxiserprobten Befundblattes
forum 40, S. 83 (1993)

INNOVATIV HOCHWERTIG LANGLEBIG

Bei *Hu-Friedy* ist jeder bemüht, Sie mit den besten zahntechnischen Instrumenten zu beliefern. Der Leitgedanke dieser Firma heißt einfach ausgedrückt: Qualität ohne Kompromiß.

Seit mehr als 80 Jahren wurden die Techniken immer wieder verbessert, neue Designs entwickelt, neue Arbeitsmethoden untersucht, um den höchsten Stand der Technik zu gewährleisten - um stets Instrumente bester Qualität zu liefern.

Die Auswahl ist enorm, mit fast 3000 Instrumenten kann *Hu-Friedy* schnell Ihren Anforderungen gerecht werden.
... und daß *Hu-Friedy* immer einen Schritt voraus ist, sehen Sie an den beiden neuesten Entwicklungen aus diesem Hause:



IMPLACARE,

ein Instrument mit Spezialkunststoffspitzen (ohne Füllstoffe) zum Entfernen von Zahnbelag und Zahnstein am Implantat, ohne die Titanoberfläche zu beschädigen.



ACCU-PLACER,

die Umsetzung einer neuartigen Idee zum akkuraten Placieren von Inlays, Onlays, Veneers, Kronen etc.

In USA und Kanada haben 95 % der Universitäten und Institute *Hu-Friedy*-Instrumente für die Ausrüstung ihrer Studenten ausgewählt und die Beliebtheit wächst weiter weltweit, denn man weiß, auf *Hu-Friedy* kann man sich verlassen.

Vertrauen auch Sie dem großen Erfahrungsschatz und entscheiden Sie sich für *Hu-Friedy*-Qualität, um damit beste Arbeitsergebnisse erzielen zu können. Ihre Patienten werden es Ihnen danken.



Hu-Friedy[®]
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Postfach 1380, D-69171 Leimen, Tel. 0 62 24 - 97 00-0, Fax 0 62 24 - 97 00-97

Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis:

Hygienisch-technische Wartung von zahnärztlichen Handstücken und Turbinen

Der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) gibt aus aktuellem Anlaß folgende Stellungnahme zur hygienisch-technischen Wartung von zahnärztlichen Hand- und Winkelstücken und Turbinen (im folgenden „Übertragungsinstrumente“ genannt) ab:

1. Nach dem Einsatz am Patienten sind Übertragungsinstrumente außen und innen mikrobiell kontaminiert.
2. Bei im Behandlungsgerät fehlender oder unwirksamer Wasserentkeimung ist mit einer geräteseitigen mikrobiellen Kontamination in den *Spraywasserkanälen* der Übertragungsinstrumente zu rechnen.
3. Durch die üblicherweise vorhandenen Rücksaugeventile muß von einer Innenkontamination der *Spraywasserkanäle* durch Mikroorganismen aus der Patientenmundhöhle ausgegangen werden.
4. Konstruktionsbedingt können die *Getriebe* von Übertragungsinstrumenten mit Keimen aus der Mundhöhle kontaminiert werden (z.B. Sogwirkung durch Unterdruck bei Turbinen).
5. Ohne technische Sicherheitsvorkehrungen kann die Innenkontamination

über die Mikro-
motoren und Tur-
binenkupplungen
hinaus in die zu-
führenden *Schläu-
che* erfolgen. Dies
ist insbesondere der Fall, wenn die
rücksaugende Ventiltechnik eine
überstarke Wirkung hat.

DAHZ



Ist eine besondere Ventiltechnik in der Turbinenkupplung vorhanden, können diese Vorgänge auf das Übertragungsinstrument begrenzt werden.

Ohne eine hygienisch-technische Wartung der Übertragungsinstrumente – innen wie außen – besteht die Gefahr, daß infektiöses Material von einem zum nächsten Patienten übertragen wird (Kreuzinfektion). Ein Durchspülen mit Kühlwasser als alleinige Hygienemaßnahme ist unzureichend.

Deshalb ist zu beachten:

Nach jedem Einsatz der Übertragungsinstrumente am Patienten muß eine hygienisch-technische Wartung in folgenden Schritten erfolgen:

1. Außendesinfektion und Reinigung durch Sprüh-/Wischverfahren mit ei-

nem alkoholbasierten Flächendesinfektionsmittel, das DGHM-anerkannt ist und dessen Viruswirksamkeit (insbesondere gegen Hepatitis-Viren) gutachterlich belegt ist. Eine Hautzulassung ist empfehlenswert. Es wird darauf hingewiesen, daß eine alleinige Sprüh-/Wischdesinfektion der Übertragungsinstrumente keine ausreichende Hygienemaßnahme ist.

2. Reinigung und Schmierung der Innenteile nach Herstellerangabe.

3a *Dampfsterilisation* im herkömmlichen Autoklaven oder im Schnellautoklaven mit nachgewiesener Wirksamkeit bei Übertragungsinstrumenten.

3b Sind Übertragungsinstrumente materialbedingt nicht sterilisierbar, sollte eine *Desinfektion der Außen- und Innenflächen* erfolgen. Als Verfahren bietet sich die Dampfdesinfektion bei 105 Grad und 0,8 bar an. Für ältere Übertragungsinstrumente mit Materialproblemen gegenüber höheren Temperaturen ist dieses Verfahren besonders zu empfehlen.

Als Alternative können Geräte verwendet werden, in denen ein chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit angewendet wird. Voraussetzung ist, daß die Hersteller der Übertragungsinstrumente den Einsatz

dieses Verfahrens aus materialtechnischen Gründen zulassen.

Grundsätzlich gilt, daß in jedem Einzelfall die Wahl des Sterilisations- oder Desinfektionsverfahrens auf die Angaben der Hersteller zur Materialverträglichkeit ihrer Übertragungsinstrumente abzustimmen ist.

Es wird empfohlen, alle jene technischen Maßnahmen durchzuführen, die eine Innenkontamination der Übertragungsinstrumente verhindern oder zumindest begrenzen. Dies sind:

1. Einbau einer Wasserentkeimungsanlage.
2. Abschaltung der Rücksaugventile oder zumindest Reduzierung der Rücksaugwirkung, damit rückgesaugtes Material nicht über Turbinenkupplungen hinaus oder bei Hand- und Winkelstücken in die Mikromotoren und weiter in die Schläuche eindringen kann.
3. Einbau von Vorrichtungen, die den relativen Unterdruck bei Abschalten der Turbinen sofort abbauen.
4. Einbau von Rückschlagventilen in die Turbinen- und Motorenkupplungen.

*DAHZ-Redaktionsausschuß:
Prof. Dr. Klaus Bößmann, Kiel
Dr. Karlheinz Kimmel, Koblenz
Dr. Bert Wagner, Weifenstadt*

(Fortsetzung des Beitrags von S. 20)

In erfolgreichen und sicher auch mit Politik und Krankenkassen konsensfähigen Gesprächen auf hohem Niveau wäre die Möglichkeit eröffnet worden, diese sinnvolle neue Technik, die viele Kollegen beherrschen, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen einzuführen. Es macht schließlich keinen Sinn, daß wir einerseits gezwungen werden, unsere Praxen auf über 90% Amalgamabscheidung hochzurüsten, auf der anderen Seite innerhalb der GKV keine Möglichkeit zu eröffnen, diesen Sondermüll zu vermeiden. *Die bornierte Haltung, alle Patienten zu Privatpatienten machen zu wollen, hat sich somit gegen viele Kollegen gewendet und ihre berechtigten Interessen sträflich mißachtet.* Ein privat in Rechnung zu stellender, fixer Zuschlag wäre zweifellos durchsetzbar gewesen. Gleichzeitig wäre die Möglichkeit eröffnet worden, besonders anspruchsvolle Leistungen zu erbringen und die Volksgesundheit zu verbessern. Eine Lege-Artis-Leistung wird zur Sensation hochstilisiert, um sich selbst zu überhöhen und überzogene Preisvorstellungen zu legitimieren.

Ein wesentliches Argument der Korbefürworter war die mangelnde Transparenz. Durch Erstellen einer privaten Rechnung an den Patienten mit Angabe von Datum, Art der Behandlung und behandeltem Zahn sollte die Ausbeutung des Blankoschecks Krankenschein verhindert und die schwarzen Schafe elimi-

niert werden. Nur – muß man deshalb das Sozialsystem kippen? Viel wahrscheinlicher ist die Vermutung, daß es sich um ein Scheinargument handelt, um sich jeglicher Kontrolle zu entziehen. Wenn es wirklich nur um die Transparenz zwischen Leistungserbringung und Leistungsabrechnung ginge, wäre der wesentlich einfachere Weg, die Kostenträger zu verpflichten, am Quartalsende einen Auszug des Krankenscheins mit Angaben über Datum, Zahn und durchgeführte Maßnahme an den Patienten zu versenden. EDV-technisch ein leicht lösbares Problem mit durchschlagendem Erfolg.

Ähnlich steht es um die Qualitätssicherung. Vordergründig wird mit der spitzen Sonde und der Unmöglichkeit der Durchführung jeglicher qualitätssichernder Maßnahmen argumentiert. Dabei wäre gerade in der Zahnmedizin alles sehr einfach. Selbstverständlich kann nicht jeder Patient nachuntersucht werden. *Erforderlich sind vernünftige statistische Kriterien, die Häufungen bei Mißerfolgen erkennen lassen.* Liegt die Mißerfolgsrate einer bestimmten Leistung über einer zu definierenden Quote, so würde in kollegialem Gespräch über die Gründe und Ursachen für eine überdurchschnittliche Mißerfolgsrate zu befinden sein, ganz einfach, sonst nichts. Die inzwischen zu berufspolitischer Bedeutung gelangte sogenannte Kirschker-*Theorie* des vormals Freien Verbandes würde in sich zusammenfallen. Der Geschäftsführer des Bundesver-

bandes der Betriebskrankenkassen, Herr Schmeinck, hat zu diesem Komplex sehr vernünftige, nachvollziehbare und moderate Vorschläge gemacht. Leider wurde er für seine Vorstellungen nur öffentlich beschimpft. Das Ergebnis dieser unvernünftigen Politik ist heute gesetzlich festgeschrieben.

Wie sehr Politik mit dem Argument des „jungen, qualitätsbewußten Kollegen“ betrieben wird und wie schamlos wider seine Interessen gehandelt wird, wird auch an folgenden Beispielen deutlich:

Der degressive Punktwert dient als wesentliches Argument zur Indoktrination der jungen Kollegenschaft. Bei Ausschöpfung dieses Punktwertes ergibt sich aber ein Kassenumsatz zwischen 600.000.– und 800.000.–DM, je nach Prothetikanteil, wobei die Privatliquidation unberücksichtigt bleibt. Wohlweislich verschwiegen wird, daß der qualitätsorientierte Kollege in einer der eigenen Gesundheit nicht abträglichen Zeitspanne wohl kaum mehr Umsatz erwirtschaften kann und wird, will er den angestrebten Qualitätsstandard auf Dauer erreichen, halten oder gar erhöhen. Das Gesetz wendet sich also primär gegen den Vielschleifer nach Gutmann, den zu bekämpfen er vorgibt, dessen Steigbügel er aber hält. Wenn man in den Annoncen sieht, daß einige Kollegen gleich zwei Partner suchen müssen, um dem degressiven Punktwert zu entgehen und, wie sie sich ausdrücken, „Seehofer ein Schnippchen zu schla-

gen“, würde man gerne einmal zuschauen, wie es in einer solchen Praxis um die Qualität der Leistung bestellt ist. Auf der einen Seite Vielschleifer nach Gutmann, auf der anderen Seite Niedergang der leistungsfähigen Praxen, gerade wie es in die berufspolitische Demagogie paßt.

Jeder glaubt von sich, er arbeite flink, geschickt und gleichzeitig sorgfältig. Wenn jemand jedoch auffällig behend ist, und somit der Vermutung Raum gibt, er sei vielleicht nur noch schnell, so muß er halt auch in der Lage sein, das unter bestimmten Voraussetzungen vorzumachen und zu beweisen. Was ist dagegen einzuwenden, wie will man dagegen argumentieren?

Gleiches gilt für alle prothetische Arbeiten. Wird eine größere Sanierung beantragt, wird der Heil- und Kostenplan von einem Gutachter geprüft. Ist die Genehmigung einmal erteilt, ist der Bürokratie genüge getan. Wie die Leistung anschließend erbracht wird, interessiert niemanden. Wie einfach wäre es, wenn der Gutachter verpflichtet wäre, sich die Arbeit nach der Fertigstellung stichprobenartig anzuschauen? Warum herrscht eine nahezu panische Furcht davor, die eigenen Arbeiten einem Kollegen zu zeigen?

Daß im Gesetz auch zum ersten Mal der Weg zur besseren Honorierung einer überdurchschnittlichen Leistung eröffnet ist, wird dem jungen Kollegen wohlweislich verschwiegen. Ein höhe-

res Honorar für die qualitativ überlegene Arbeit, diese in der Leistungsgesellschaft erstrebenswerte Entwicklung scheinen die Meinungsmacher im Freien Verband zu fürchten wie der Teufel das Weihwasser. Stattdessen versuchen sie denjenigen Kollegen den Rücken zu stärken, die sich zwar trauen, die Kassenzulassung zurückzugeben, anscheinend aber nicht den erforderlichen wirtschaftlichen Hintergrund haben, auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse zu verzichten. Diejenigen Zahnärzte, die aus ihrer ethischen Verantwortung heraus weiterhin soziale Medizin betreiben wollen, sollen den sozial schwachen Rest behandeln. Glücklicherweise hat das Bundessozialgericht dieser egoistischen, in hohem Maße unkollegialen und sozial unverantwortlichen Masche einen Riegel vorgeschoben.

Ein Präsident ist ein Präsident.

Von einem Präsidenten erwartet man ein hohes Maß an Unabhängigkeit von den politischen Niederungen der Verbände. Von einem guten Präsidenten erwartet man darüber hinaus, daß er sich in berufspolitisch schwierigen Zeiten zu Wort meldet, mit visionärer Kraft einen Weg zum Konsens aufzeigt und die Parteien zur politisch unausweichlichen Räson bringt, wie es zum Beispiel Richard von Weizsäcker als Präsident der Präsidenten nicht nur einmal vermocht hat. Mein Präsident hat diese Eigenschaften vermissen lassen. In absoluter Parteilichkeit schickt er mir Briefe, in denen er mich als unkollegial bezeich-

net und mir berufsrechtliche Konsequenzen für den Fall androht, daß ich medizinisch notwendige lege-artis-Leistungen erbringe, ohne Privatpatienten zu produzieren, ja er unterstellt mir sogar, als Kassenzahnarzt „nur weiter im Trüben fischen“ zu wollen.

Diejenigen, die immer noch vom Korb schwadronieren oder sogar durch politisch fragwürdige Maßnahmen versuchen, existentiellen Druck auf die Kollegenschaft auszuüben, um diesen Korb vielleicht noch in der kalten Küche zu füllen, sollten sich nunmehr endlich vollständig abspalten und den Mut aufbringen ihre Kassenzulassung zurückzugeben. Wir leben in einer freien Gesellschaft, in der niemand gezwungen wird, als Vertragszahnarzt tätig zu sein. Die verbleibenden Kollegen könnten dann im gesellschaftlichen Konsens endlich wieder die Kräfte sammeln, die erforderlich sind, um die für eine erfolgreiche zahnärztliche Gesundheitspolitik viel bedeutenderen Aufgaben anzugehen, wie zum Beispiel die Reform der universitären Ausbildung, die Reform des antiquierten Ausbildungssystems unserer Assistentinnen und die Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Zeit für politisch wirkungsloses Palaver ist endgültig abgelaufen.

Aus vielen Gesprächen mit jungen und alten qualitätsorientierten Kollegen weiß ich, daß eine echte Spaltung der Zahnärzteschaft unmittelbar bevorsteht. Nachdem unter den verantwortlichen

Standesvertretern weit und breit niemand zu sehen ist, der auch nur versucht, dieses Gesetz, in dem essentielle Bedürfnisse einer wesentlichen Gruppe innerhalb der Zahnärzteschaft und der Mehrzahl der Patienten verwirklicht sind, innerhalb der bestehenden politischen Ordnung mit intelligentem Leben zu erfüllen, ist für viele die Versuchung groß, es dann eben außerhalb der KZV zu versuchen. Die Angebote sind verlockend und wer sich einbildet, diese Gruppe werde klein und unbedeutend bleiben und unter der Knute der gesetzlichen Krankenkasse zerbrechen, wird sich getäuscht sehen, wie in letzter Zeit so unerträglich häufig. Mit großer Solidarität und intelligenter, kostengünstiger Politik ohne Inflation an Verbänden und Funktionären wird diese Gruppe wachsen und machtvoll werden, die verkrusteten Strukturen aufbrechen und die KZV überflüssig werden lassen. Wie die einen ihre Freiheit im Korb, werden andere die ihre in direkten Verhandlungen mit den Kostenträgern suchen und auch finden. Schlechter als im Korb des ehemals Freien Verbandes wird es keinem gehen, denn mehr als pleite geht nicht.

Ich möchte dies nicht als Drohung verstanden wissen, aber als ernste Warnung an diejenigen, die den von der Mehrzahl der Kollegen gewünschten Erhalt der KZV beschwören, ihre politische Potenz aber nicht nutzen, den erforderlichen tiefen Schnitt zu vollziehen, der den Erhalt des Bewährten sichern würde.

Gestaltung von Politik und erfolgreiche Ausübung politischer Macht hat viel zu tun mit der Behauptung der Initiative. Diese Initiative ist der zahnärztlichen Berufspolitik vollständig verloren gegangen. Standespolitik wird schon lange nicht mehr vorausschauend gedacht und anschließend konsequent umgesetzt, vielmehr ist die zahnärztliche und auch ärztliche Berufspolitik zur Reaktion auf politische Vorgaben verkommen, die ihrerseits aus für den Eingeweihten erkennbaren gesellschaftlichen Zwängen geboren sind. *Die berufspolitische Initiative wiederzuerlangen ist vordringlichste und überfällige standespolitische Aufgabe.* Erster und entscheidender Schritt in diese Richtung könnte die Verabschiedung eines gesundheitspolitischen Manifestes sein, das mit den folgenden Worten beginnen könnte:

„Die Zahnärzteschaft erklärt, daß die in der Bundesrepublik Deutschland aufgebrachten Mittel ausreichen, um eine zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau zu gewährleisten, wenn bestimmte politische Voraussetzungen erfüllt sind. Die Zahnärzteschaft erkennt an, daß die Gesamtausgaben der gesetzlichen Kostenträger für zahnmedizinische Leistungen zukünftig nur noch im Rahmen der Steigerung der Grundlohnsumme anwachsen können. Die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung müssen also zukünftig wegen der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung nicht erhöht werden. Im Gegenzug verpflichten

sich Politik und Kostenträger das Gesamtvolumen konstant zu halten, also auf weitere Absenkungen auf Kosten der freien zahnärztlichen Praxen zu verzichten, da die aufgewendeten Mittel nicht zuletzt im Hinblick auf die Alterspyramide dringend erforderlich sind, ein dem Status der Bundesrepublik Deutsch-

land entsprechendes zahnmedizinisches Niveau zu erreichen und zu sichern“.

Es wäre einem kleinen, aber hochkarätig besetzten Kreis vorbehalten, diese Voraussetzungen in Gesprächen auf hohem Niveau zu formulieren.

Dr. Dr. R. Osswald, 80805 München

METALLANALYSEN an festsitzenden Restaurationen

Die Bestimmung der Zusammensetzung von fest inkorporierten Restaurationen ist durch eine Metallpartikelanalyse bis auf ca. ein Gewichtsprozent möglich. Der Test ist bei unbekanntem Legierungen

- bei Verdacht auf allergene Reaktionen (Ni, Co, usw.)
- bei Verdacht auf Freisetzung toxischer Elemente
- zur Qualitätskontrolle und zur Verwechslungsprüfung
- zur Testung nach alternativen Methoden
- zur Vermeidung von mehreren Legierungen im Patientenmund angezeigt.

Informationen bitte anfordern bei:
Dr. Michael Borchmann, Dipl.-Ing.-Werkstofftechnik
Kolpingstrasse 7, 49196 Bad Laer
Tel: 05424/7674 Fax: 05424/7982

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.


DAZ-Start ins Jahr '94

Mitarbeit und Programm sind gefragt

Das erste DAZ-Treffen auf Bundesebene im neuen Jahr fand in Berlin statt - auf Einladung der dortigen Studiengruppe und unter Beteiligung des NAV-Virchowbund-Vorsitzenden Dr. Erwin Hirschmann. Die Berliner Gruppe, erst innerhalb des letzten Jahres neu entstanden und bunt gemischt aus Zahnmedizinern Ost und West, NAV-Virchowbund- und DAZ-Mitgliedern, zeigte als lebendiges Beispiel, wie positiv sich die Ost-West-Kooperation gestalten und wie selbstverständlich auf der Basis-Ebene die Verzahnung von DAZ- und NAV-Strukturen vor sich gehen kann.

Verbindung DAZ-NAV-Virchowbund auf allen Ebenen angestrebt

Nachdem die verwaltungsmäßige Integration des DAZ in den NAV-Virchowbund komplettiert ist, wird es Anliegen dieses Jahres sein, Kontakte zwischen den Studiengruppen des DAZ und benachbarten Bezirksgruppen des NAV-Virchowbundes zu initiieren. Wir regen an, daß in den jeweiligen Regionen Aktivisten beider Seiten zusammenkommen, bei einem informellen Treffen Ideen und Erfahrungen austauschen und überlegen, an welchen Punkten die Kooperation beider Gruppen Sinn machen könnte. Zugleich möchten wir jedes einzelne Mitglied ermuntern, von seiner Zugehörigkeit zum NAV-Virchowbund Gebrauch zu machen und Sitzungen, Kontakt- und Informationsmöglichkeiten der in seiner Nähe befindlichen Gruppierungen unseres Partnerverbandes zu nutzen. Adressen sind über die Geschäftsstelle zu

erfragen - in diesem Zusammenhang sei auch die Lektüre des  NAV-Virchowbund-Jahresberichtes empfohlen, der kostenlos über Köln zu beziehen ist. Im übrigen können alle DAZ-Mitglieder natürlich wie bisher schon die Service- und Beratungsangebote des NAV-Virchowbundes in Anspruch nehmen und z.B. Informationsbroschüren, Musterverträge, Anzeigenservice und die kostenlose Rechtsberatung in der Kölner Geschäftsstelle nutzen.

Berufspolitische Herausforderungen auch im Jahr 1994 zu erwarten

Ein gestraffter Verwaltungsapparat und die Effektivierung der innerverbandlichen Kommunikation sind u.E. wichtige Voraussetzungen dafür, mit den Anforderungen der nächsten Jahre fertigzuwerden. Derzeit treten Parteien und Verbände, tatsächliche und vermeintliche Experten fast wöchentlich mit neuen Reformkonzepten vor die Öffentlichkeit; die erste offizielle Stellungnahme des Sachverständigenrates steht unmittelbar bevor. Es gilt, die z.T. radikal systemverändernden Vorschläge und die politischen Strömungen sehr genau zu untersuchen. Auch die Umsetzung des GSG ist noch nicht abgeschlossen. So wird speziell der DAZ in naher Zukunft die Ausgestaltung des §135(4) GSG (d.h. die Erlangung von deutlichem Mehrhonorar für den Verzicht auf erneute Berechnung bei eventuellen Wiederholungsleistungen) zu werten haben, da Verträge zwischen Kassen und Zahnärzten/Zahnärztegruppen konkrete Form annehmen; mit

dem Tauziehen um Deckel und Degression sind Körperschaften und Gerichte nach wie vor beschäftigt. Doch nicht nur Probleme und die Abwehr schädlicher Entwicklungen fordern die Aufmerksamkeit des DAZ. So werden programmatische Äußerungen zu den neuen gesetzlichen Möglichkeiten im Bereich der Prophylaxe und ihre Umsetzung durch die Zahnärzteschaft (etwa im DAJ) erforderlich. Der DAZ hat über Monate hinweg Eckpunkte für ein neues Prophylaxe-Konzept gesammelt, sie in Form von Arbeitspapieren und bei zwei bundesweiten Treffen zur Diskussion gestellt und wird sie – nachdem sie noch einmal über diese *forum*-Nummer (1993 s. Seite 30) allen Mitgliedern zugänglich gemacht werden – in Kürze einer breiteren Öffentlichkeit präsentieren.

Um nach dem vom Rückzug in die eigene Praxis-Arbeit geprägten Jahr 1993 wieder mehr Mitglieder in die Verbandsarbeit einzubeziehen, haben die DAZ-Aktivisten bereits Ende 1993 bei einem Brainstorming-treffen Pläne geschmiedet und im Januar 1994 zur o.e. Ratssitzung nach Berlin eingeladen. Abgesehen vom Ratstreffen im März am gewohnten Kölner Standort sollen weitere Sitzungen des Jahres 1994 über die Republik verteilt organisiert werden, um so für möglichst viele und verschiedene Mitglieder die Teilnahme zu erleichtern: im Mai trifft man sich in Frankfurt, im September in München; weiteres wird noch festgelegt.

Isolierung in den Einzelpraxen überwinden

In Berlin stand – naheliegenderweise – u.a. die besondere Situation in den neuen Bundesländern auf der Tagesordnung. Immer mehr Praxisgründer geraten jetzt,

wo Tilgungs- und Steuerforderungen greifen, in wirtschaftliche Bedrängnis. Die vielerorts propagierten Programme zur Ausweitung der zahnärztlichen Privatliquida-tion sind auch im Osten kein Ansatz zur Problemlösung – zumal angesichts der auf dem Lande vorfindbaren Versicherungs-Monokultur und hoher Arbeitslosigkeit. Den nach wie vor abgesenkten Punktwert sucht man durch ein erhöhtes Leistungsvolumen auszugleichen. Je mehr die Schwierigkeiten wachsen, umso mehr vergräbt man sich in die Arbeit – Berufspolitik ist nicht gefragt. Der DAZ möchte in dieser Situation seine Strukturen als Rahmen für örtliche Zusammenschlüsse anbieten und für ein gemeinsames Anpacken der Probleme werben.

Beim Thema „Studienreform“ ist langer Atem gefragt

Andere Themen waren bei der Berliner Ratssitzung die Kooperation mit unserem Partnerverband, Neues aus dem Umwelt- und dem Hochschul-Referat sowie aus der Arbeitsgruppe Studienreform. Dank parallel laufender Sitzungen stieß für kurze Zeit die AG-Mannschaft zur Ratssitzung hinzu und berichtete über gelaufene und geplante Aktivitäten. Grundsätzlich ist die Änderung der zahnmedizinischen Ausbildung ein sehr langfristiges Vorhaben. Erst für 1995 steht ein Antrag an den Bundestag an; insofern bleibt reichlich Zeit für weitere Öffentlichkeitsarbeit. Hierbei soll das neue Konzept in Form einer Broschüre verbreitet werden; Interessenten können sich wenden an: 1993 Harald Strippel, Sybelstr. 57, 34128 Kassel, Tel. 0561/882476.

Nach einem Tag intensiver Diskussion ging man am Abend des 8.1.1994 ausein-

ander – nicht ohne sich bei der gastfreundlichen Studiengruppe (die nicht nur für Speis und Trank gesorgt sondern auch Übernachtungsplätze angeboten hatte) bedankt zu haben. Mehrfach wurde der Wunsch geäußert, in nicht allzu ferner Zeit erneut in Berlin zu tagen. Schön wäre es, wenn wir bei DAZ-Sitzungen an anderen Orten auf eine ähnlich engagierte Beteiligung der örtlichen Mitglieder treffen würden. Wer nicht unmittelbar abreisen mußte, nutzte den folgenden Sonntag, um noch ein wenig „Berliner Luft“ zu schnuppern und die Veränderungen in der Hauptstadt in Augenschein zu nehmen.

Änderungen bei der Mitgliederverwaltung

Zum Schluß noch ein paar Worte in Sachen Geschäftsführung/Mitgliederverwaltung. Wiederholungen bitte ich mir nachzusehen, aber von Mal zu Mal wechselt ein wenig der Adressatenkreis. Seit Jahresbeginn wird die Erhebung der Mitgliedsbeiträge im Rahmen des entsprechenden EDV-Verfahrens unseres Partnerverbandes abgewickelt. Alle Mitglieder erhalten neue Ausweise mit einer Nummer, die im Zusammenhang mit Beitragsfragen angegeben werden sollte. Der Beitragseinzug für das 1. Halbjahr 1994 ist bereits erfolgt; im März werden Zahlungsaufforderungen an die Selbstzahler ergehen. Nach Eingang Ihres Beitrages beim NAV-Virchowbund sind alle

Beitragsansprüche des DAZ abgegolten; zusätzliche Rechnungen von Seiten des DAZ gibt es nicht! Im Hinblick auf die Vereinfachung der Verwaltung bitten wir erneut um eine Einzugsermächtigung – ein Formular wird mit dem Mitgliedsausweis verschickt. An alle Zahnärzte/innen, die *beiden* Verbänden angehören, hier noch einmal die Versicherung: es wird nur *ein* Beitrag angefordert.

Die Beitragshöhen bleiben für selbständige Mitglieder und Studenten unverändert; im Rahmen der Beitragsanpassung an den NAV-Virchowbund gibt es lediglich für Assistenz-Zahnärzte/innen eine Neuerung (Beitragsenkung), über die bereits per Rundschreiben informiert wurde. Gegenüber Ihrem Finanzamt können Sie Ihre Beitragszahlungen durch Lastschrift- bzw. Überweisungsbelege dokumentieren; wünschen Sie darüber hinaus einen Beleg, so schicke ich Ihnen im Falle über den Mindestbeitrag hinausgehender Zahlungen am Jahresende auf Wunsch eine Bestätigung des Gesamtbetrages zu.

Wenn es irgendwelche Fragen geben sollte, melden Sie sich bitte direkt bei mir ☎ (Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239). Je unkomplizierter wir die Verwaltung handhaben, umso mehr Zeit bleibt für inhaltliche Arbeit.

Aus Köln grüßt Sie:

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

**Stärkung der Kollegialität und
Zusammenarbeit mit allen Ärzten!**

Darum:



im NAV-
Virchowbund

Termine 1994

- 5.3.'94 **DAZ-Ratssitzung**
Köln/NAV-Wirtschaftsdienst, Sedanstr. 13-17
- 12.-19.3.'94 Kitzbühel/Ferienhotel Pass: **DAZ-Ski- und Fortbildungs-Woche**
Infos: T. 089/8111428, Fax 089/8117768
- 8.-10.4.'94 Berlin/Internationales Congress Center ICC:
8. Berliner Zahnärztetag unter dem Motto:
„Erfolgreiches Praxismanagement zum Wohle unserer Patienten“
mit parallel laufendem Fortbildungskongreß für Zahnarzthelferinnen
und Zahntechnikertag
Infos und Anmeldung: Tel. 0421/219070, Fax 0421/216419
- 16.4.'94 Berlin/Zahnärzthehaus: **IGZ-Beiratssitzung**
- 7./8.5.'94 Köln/Ärztehaus: **Arbeitstagung des NAV-Virchowbundes**
Infos: T. 0221/973005-0
- 7./8.5.'94 Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim:
Gemeinsame Frühjahrsfortbildung von VDZM und DAZ am
7.5.1994 (berufspolitischer Teil mit Sachverständigenratsmitglied
Prof. Neubauer und Fortbildungsteil über „Manuelle Funktions-
analyse“ mit Dr. Bumann) und **Ratssitzung** am 8.5.1994
- 9.5.'94 Stuttgart: **20-jähriges Z.A.P.F.-Jubiläum** mit Podiumsdiskussion
zum Thema: „Langfristiger Reformbedarf der GKV - Überlegungen
zu Lösungsansätzen“
- 10./11.9.'94 München: **DAZ-Ratssitzung**
- 14.-16.10.'94 Köln: **DAZ-Jahreshauptversammlung**
- 25.-27.11.'94 Köln/Ärztehaus: **Bundeshauptversammlung
des NAV-Virchowbundes** Infos: T. 0221/973005-0

Kleinanzeigen

im DAZ-forum, in den DAZ-Kontakten,
in der Zeitschrift „der niedergelassene arzt“ des NAV-Virchowbundes
können bei der Suche nach einer Stelle, nach Kooperationspartnern,
nach Praxisräumen, nach Gebrauchtgeräten usw. helfen.

Nutzen Sie die für Mitglieder kostenlose Möglichkeit!



Buchbesprechungen

Die Frontzahnücke im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. Winfried Harzer

152 S., DM 128.-, ISBN 3-446-17221-1, Carl Hanser Verlag München, Wien 1993

Zahnkeimplasie, Zahnretention, traumatisch bedingter Verlust, vorzeitige Extraktion als Kariesfolge und letztlich ein Diastema mediale sind die Ursachen für das Entstehen einer Lückensituation, die schon im Kindesalter zu einer Störung im psychosozialen Wohlbefinden durch eine Beeinträchtigung von Ästhetik und Funktion führen kann.

Die langfristige Planung der Therapie, ob orthodontischer Lückenschluß, abnehmbarer oder festsitzender Zahnersatz oder Einzelimplantat, ist eine Herausforderung an die

diagnostische und prognostische Fähigkeit eines jeden Zahnarztes.

In diesem Buch werden präventive und Sofortmaßnahmen bei Lückensituationen der unterschiedlichsten Genese sowie das rationelle Vorgehen bei der definitiven Therapie dargestellt.

181 z. T. farbige Abbildungen und interessante Fallbeispiele regen den Leser an, auch auf diesem Gebiet die Fachkenntnisse einmal wieder zu vertiefen.

Silke Lange

Zahnärztliche Funktionstherapie

W. B. Freesmeyer

360 Seiten, ISBN 3-446-15657-7, Verlag Hanser

Schwierigkeiten bereitet in der Praxis nach wie vor die Umsetzung von differenzierten diagnostischen Erkenntnissen in eine angemessene Therapie – hier gibt das Buch von Prof. Dr. Freesmeyer, ein Schüler von Krogh-Poulsen, Hilfestellung.

Alle einschlägigen therapeutischen Maßnahmen bei Funktionsstörungen sind erläu-

tert und auf die jeweilige Ätiologie und spezielle Befunde bezogen.

Besonderes Augenmerk wird der Aufbißschienentherapie gewidmet.

Ein Abriß über Krankheitsbilder und aktuelle Terminologie rundet das Buch, das zu einem Verkaufspreis von 178.- zu erhalten ist, ab.

Silke Lange

Moderne Konzepte in der Zahnerhaltung

Preben Hörstedt-Bindslev, Ivar A. Mjør

365 S., 334 Abb., Preis DM 280.-, ISBN: 3-87652-551-9, Best.-Nr.: 1550

Quintessenz-Verlag Berlin 1993

Fast 100 Jahre lang galten die Black'schen Prinzipien „extension for prevention“ in der konservierenden Zahnheilkunde. Generationen von Zahnärzten haben das permanente „drill and fill“ als ihre Haupttätigkeit angesehen, das nur noch in der Prothetik-Ära durch noch grandiosere Präparationen übertroffen wurde.

Dieses eher technophile Denken wird durch präventiv-restaurative Konzepte abgelöst, die längst das Stadium des theoretisch-wünschenswerten verlassen haben und sich auf praxisreife, bewährte Methoden stützen. Diesen neuen diagnostischen und therapeutischen Ansatz erläutert das Werk der beiden skandinavischen Autoren in ganz überzeugender Weise.

Als (nicht mehr ganz taufrischer) Praktiker habe ich lange Zeit ein schlechtes Gewissen gehabt, gegen die Black'schen Regeln zu verstoßen, war skeptisch, daß Remineralisierung von Schmelz wirklich gelingt. Mit

Hilfe dieses Buches habe ich mein Indikationsverhalten auf den neuen Stand gebracht und betrachte dies als großen Gewinn. Dies betrifft auch die dabei erfolgte Rekapitulation wichtiger materialkundlicher und verarbeitungstechnischer Details bei Amalgam-, Glasionomer-, Kunststoff- und Goldgußfüllungen. (Die Endodontie wurde aus systematischen Gründen unberücksichtigt gelassen.)

Ein eigenes, gut bebildertes Kapitel gilt der Qualitätsbeurteilung, der die Methode und Systematik der – immer noch vorbildlichen – Studie der Californian Dental Association (CDA) zugrundeliegt.

Gesamtprädikat: Hervorragend! Hier wird ein Werk vorgelegt, mit dem die konservierende Zahnheilkunde auf einem höherem, weil biologischerem Niveau zu leisten ist. Das ist Fortschritt! Ein Sonderlob für die homogene, gut lesbare Übersetzung gilt den drei jungen Profis(!) von der Berliner Zahnklinik-Nord.

Dr. Christian Nielsen

HNO-Heilkunde für Zahnmediziner

Ernst Lehnhardt

Preis DM 39.-, ISBN 313-6204026, Thieme Verlag

Da Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde und HNO-Heilkunde eng miteinander verwandt sind, ist es sowohl für den Studenten der Zahnmedizin wie auch für den Praktiker äußerst wichtig, über HNO-Grundkenntnisse zu verfügen, zu erlernen bzw. aufzufrischen.

Das kleine Taschenbuch von Prof. Lehnhardt vermittelt einen Überblick, nicht in lexikon-

artiger Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder, sondern symptomorientiert, speziell auf das zahnärztliche Aufgabengebiet hin ausgerichtet.

Differentialdiagnostische Tafeln und ein umfassendes Sachverzeichnis machen das Büchlein zu einem wertvollen Vademecum.

Silke Lange

Patientenführung, Beratung und Motivierung in der Zahnarztpraxis

Theoretische Voraussetzungen, angewandte Gesprächstechniken und praktische Konzepte

204 Seiten, DM 98.-, ISBN 3-87652-107-6, Quintessenz Verlag Berlin 1992

In zunehmendem Maße ist zur erfolgreichen präventiven und kurativen Zahnheilkunde eine systematische Gesamtbetreuung des Patienten erforderlich. Neben einem schlüssigen Behandlungsaufbau gehören dazu auch Zeit, kommunikative Fertigkeiten – die man nicht „einfach hat oder nicht hat“, sondern die trainiert werden können – sowie ein didaktisches Konzept. Letztere werden in der zahnärztlichen Ausbildung meist nur sehr unzureichend erlernt, das Selbststudium und eigenverantwortliches Training sind für ein umfassendes Arbeitsprinzip unverzichtbar. Das Buch handelt nicht nur über Führung, Beratung und Motivierung der Patienten; es ist auch eine systematische Führung des Zahnarztes durch ein ihm fremdes Fachgebiet.

Klare Gliederung und redundante Beispiele vermitteln den Stoff in leicht verdaulicher Weise. In aufeinander aufbauenden Kapiteln wird Schritt für Schritt ein praxisgerechtes Wissen erarbeitet.

Wichtige Begriffe und Definitionen werden in separaten Abschnitten zusammengefaßt. Durch diese sog. Tafeln wird dem bereits eingearbeiteten Zahnarzt ein präziser und griffiger Überblick geboten. Dem Neuling geben sie eine zusätzliche Einstiegshilfe.

Daß die Motivierung des Zahnarztes, die praktischen Konzepte und Hinweise alltäglich anzuwenden, nicht zu kurz kommt, liegt nicht zuletzt auch am flüssigen Stil dieses Buches.

Dr. Tilmann Weindler

Dental-Almanach 1993/94

416 Seiten, 50.-, Dental Echo-Verlag, Pf. 102663, 69016 Heidelberg

Tel. 06221/768492, Fax: 768592

Mit dem Dental Almanach 1993/94 hat der Dental Echo Verlag ein sehr umfangreiches, jedoch zugleich handliches Nachschlagewerk der Dentalfabriken, Depos und – grossisten aus Deutschland, Europa, USA und Kanada auf den Markt gebracht. Das mehrsprachige Bezugsquellenverzeichnis mit ca. 900 Produkthinweisen und ca. 10 000 Firmennennungen wird ergänzt durch eine detaillierte Adreßsammlung für die zahnmedizinische Fachwelt in Deutschland mit Angaben zu Körperschaften, Verbänden, wissenschaftlichen Gesellschaften, Universi-

täten, Forschungseinrichtungen, Fachzeitschriften und Verlagen, Normenausschüssen usw. In weiteren Abschnitten findet man internationale Organisationen und Institutionen aus Zahntechnik und Zahnmedizin – hier insbesondere Hochschulen und andere Ausbildungsstätten. Übersichten über Normen im Dentalbereich, über geprüfte Abformmassen und Legierungen sowie eine Analyse von Situation und Perspektiven des Dentalmarktes durch den Herausgeber Dr. Kimmel runden das alle zwei Jahre neu erscheinende Werk ab.

ib

Klinische Material- und Werkstoffkunde

Jakob Wirz

ISBN 3-87652-726-0, Quintessenz Verlag Berlin 1993

Werkstoffkunde! Prof. F. möge mir verzeihen, aber die Vorlesung habe ich damals nicht sehr geliebt.

Zwischen den Buchdeckeln der hier zu besprechenden Neuerscheinung befürchtete ich mithin, eine Unzahl von Tabellen, Grafiken und Beschreibungen von Versuchsanordnungen nebst schwerverdaulicher Texte zu finden, die nur mit Mühe in einen nutzbaren Zusammenhang mit eigenen praktischen Problemen zu bringen sein würden.

Weit gefehlt! Dieses Buch ist über weite Strecken regelrecht spannend zu lesen.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß „Viele Zahnärzte (...) ihren Patienten heute Werkstücke (inkorporieren), deren materialkundlichen Hintergrund sie kaum oder gar nicht kennen, obwohl sie für ihr Handeln die volle Verantwortung gegenüber dem Patienten (...) zu tragen haben.“, ist hier ein sehr praxis-taugliches Nachschlagewerk entstanden.

Der Autor betreut seit nunmehr acht Jahren eine materialkundliche Beratungsstelle, die zentraler Anlaufpunkt für die entsprechenden Probleme der schweizerischen Zahnärzteschaft ist. Aus diesem sicherlich reichen Fundus schöpfend, kann Wirz zahlreiche hervorragend klinisch wie labortechnisch dokumentierte Fallbeispiele anführen, die die praktische Bedeutung der wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse belegen.

Über weite Strecken hatte ich nicht das Gefühl, ein wissenschaftliches Traktat zu lesen, sondern vielmehr ein allgemein-zahnärztliches Lehrbuch mit werkstoffkundlichem Schwerpunkt. Die Lektüre macht deutlich, daß

hier kein überspezialisierter Theoretiker schreibt, sondern ein Praktiker mit profundem Kenntnisreichtum auf vielen Einzelgebieten. So findet man etwa Abschnitte über die Werkstoffkunde der Elastomere, der Materialien für individuelle Abformlöffel, über Dentallegierungen, Schrauben und Stifte, Amalgame, Dentalkeramiken, Kunststoffe für die Provisorienherstellung u.a.m. Darüber hinaus werden aber ganze Verfahren und klinische Vorgehensweisen erläutert und gezeigt, die sicherlich nicht jedem Zahnarzt geläufig sind: So informiert Wirz über das Parapin-System, Keramik-Veneers, Adhäsivbrücken, Probond-Leichtbaukronen und -brücken, Magnetsysteme zur Retention von Zahnersatz, Silanisierungsverfahren, Zahnfleischmasken und ... und noch vieles mehr.

Etwas Negatives? Das Register könnte ausführlicher sein, etliche orthographische und satztechnische Fehler warten auf ihre Beseitigung, (wirklich nur) manchmal kommen die Hinweise an den Leser doch spürbar aus dem Elfenbeinturm. Vor allem aber ist die Auswahl der behandelten Werkstoffe stark Metallurgie-lastig. Ich habe vergeblich nach Kapiteln über Füllungscomposite, provisorische Füllmassen, Zemente einschließlich Glasiomerzemente, Prothesenkunststoffe sowie endodontische Füllmaterialien gesucht. Schade!

Zusammenfassend: Viel mehr als „nur“ ein Werkstoffkundebuch, eher ein Lehrbuch der praktischen Zahnheilkunde aus vielen Gebieten, geschrieben von einem erfahrenen und beschlagenem Autor. Sehr empfehlenswert!

Thomas Murphy

Thema Krebs – Fragen und Antworten

Hilke Stamatiadis-Smit, Almuth Sellschopp (Hrsg.), Thema Krebs – Fragen und Antworten, 430 Seiten, 23 Abb., DM 34,80 DM, Springer-Verlag Heidelberg, 1993

Das Dickicht der Therapieangebote, Warnungen vor Gesundheitsrisiken und Empfehlungen ist heute groß. Überall winken Publikationen und Medienberichte mit sogenannten Sensationen. Wo aber findet der Interessierte fachlich fundierte Auskunft? Wo werden dem Ratsuchenden Ängste durch zuverlässige Informationen und Zusprache genommen?

Seit 1986 informiert der Heidelberger Krebsinformationsdienst (KID) telefonisch zu allen Fragen zum Thema Krebs. Er wurde auf Initiative des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), Heidelberg, und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit ins Leben gerufen. Bislang konnten dort mehr als 75 000 Menschen individuell informiert und beraten werden; die Zahl der registrierten Anrufe beträgt rund 250 000.

Diese Fülle von Informationen zum Thema Krebs gibt es jetzt auch zum Nachlesen. Denn

die wichtigsten Fragen haben die beiden Gründerinnen von KID, die Pressesprecherin des DKFZ Hilke Stamatiadis-Smit, und die Münchener Psychologin Almuth Sellschopp, in einem Buch herausgegeben.

Präzise und verständlich, jedoch stets einfühlsam

werden Fragen zu Risiken von Krebs, der Behandlung und Nachsorge von Tumorkranken beantwortet. Der wissenschaftliche Beirat von KID, Ärzte und Wissenschaftler des Tumorzentrums Heidelberg, gewährleistet den hohen Standard des Kompendiums, das auch klare Auskünfte zu unkonventionellen Therapieansätzen gibt.

Darüberhinaus werden zahlreiche Publikationen und Adressen zum Thema Krebs aufgeführt. Zumindest im Bereich der Krebserkrankungen hat dieser wertvolle Wegweiser das Dickicht gelichtet.

Spendenaufruf

Viele Flüchtlinge im ehemaligen Jugoslawien haben seit ihrer Flucht keinen Zugang zu einer ärztlichen Versorgung. Es gibt Kolleginnen und Kollegen in Bosnien-Herzegowina und Kroatien, die bereit sind, die Menschen aus den Lagern zu behandeln, aber leider fehlt es an Verbrauchsmaterialien wie Füllungs-materialien, Matrizen, Lokalanästhetika, Bohrern und Schleifkörpern, Desinfektionsmitteln, Speichelsaugern, Watterollen ect. Die Materialien werden an Nexus in Zagreb geschickt, eine Hilfsorganisation, die Flüchtlinge betreut, sich um ihre medizinische Versorgung, Medikamentenverteilung, Ernährungsverbes-

serung und anderes mehr kümmert.

Da die Materialsendungen dem jeweiligen Bedarf angepaßt sein sollen, bitte ich Sachspenden nur nach Rücksprache mit mir zuzusenden. Vor allem bitte ich um Geldspenden an:

Aachener Netzwerk für humanitäre Hilfe Bosnien-Herzegowina und Kroatien e.V., **Stichwort: Nexus-Zahnmedizin** (unbedingt zufügen, da sonst das Geld für andere Projekte verwendet wird!)
Konto: 317 008 Sparkasse Aachen, BLZ 390 500 00, Spendenbescheinigung werden zugesandt. Für Fragen und nähere Information wenden Sie sich bitte an: Dr. Ariane Hesse, 040/551 12 98



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

15.4.1994

Bundeshaushalt 1994

| Einzelplan | Mio. DM 1993 | Mio. DM 1994 | +/- | % |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|----------|------------|
| 01 Bundespräsidialamt | 28,6 | 28,3 | - | 1,0 |
| 02 Deutscher Bundestag | 935,2 | 950,4 | + | 1,6 |
| 03 Bundesrat | 30,2 | 26,5 | - | 12,2 |
| 04 Bundeskanzleramt | 610,8 | 606,0 | - | 0,8 |
| 05 Auswärtiges Amt | 3632,5 | 3803,8 | - | 4,7 |
| 06 Inneres | 8789,4 | 8527,2 | - | 3,0 |
| 07 Justiz | 732,0 | 659,9 | - | 9,9 |
| 08 Finanzen | 5814,4 | 5899,9 | + | 1,5 |
| 09 Wirtschaft | 15962,6 | 14145,2 | - | 11,4 |
| 10 Ernährung, Landwirtschaft | 13935,8 | 13326,4 | - | 4,4 |
| 11 Arbeit und Sozialordnung | 119862,1 | 130403,4 | + | 8,8 |
| 12 Verkehr | 43871,5 | 53808,3 | + | 22,7 |
| 13 Post und Telekommunikation | 558,6 | 464,1 | - | 16,9 |
| 14 Verteidigung | 49847,0 | 48481,2 | - | 2,7 |
| 15 Gesundheit | 1064,3 | 859,2 | - | 19,3 |
| 16 Umwelt, Naturschutz | 1262,4 | 1331,4 | + | 5,5 |
| 17 Frauen und Jugend | 2911,0 | 2708,7 | - | 7,0 |
| 18 Familien und Senioren | 29906,4 | 28368,2 | - | 5,1 |
| 19 Bundesverfassungsgericht | 22,8 | 24,5 | + | 7,7 |
| 20 Bundesrechnungshof | 69,6 | 71,3 | + | 2,5 |
| 23 Wirtschaft, Zusammenarbeit | 8423,9 | 8365,2 | - | 0,7 |
| 25 Raumordnung, Bauwesen | 7988,9 | 10537,6 | + | 31,9 |
| 30 Forschung und Technologie | 9611,0 | 9468,1 | - | 1,5 |
| 31 Bildung und Wissenschaft | 6447,6 | 6185,8 | - | 4,1 |
| 32 Bundesschuld | 60531,6 | 67076,5 | + | 10,8 |
| 33 Versorgung | 13465,2 | 14049,7 | + | 4,3 |
| 35 Verteidigungslasten | 1202,8 | 1194,2 | + | 0,7 |
| 36 Zivile Verteidigung | 773,1 | 662,6 | - | 14,3 |
| 60 Allg. Finanzverwaltung | 49848,6 | 47916,5 | - | 3,9 |
| Gesamtsumme | 458140,0 | 479950,0 | + | 4,8 |

**Gesundheitspolitik durch Kompetenz
und Verantwortung mitgestalten**

Darum:



DAZ forum

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

Impressum

- **Herausgeber:**
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchowbund,
Belfortstraße 9, 50668 Köln,
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Redaktion:**
Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ,
Dr. H.-W. Hey, Silke Lange, Dr. Stefan Zimmer
Anschrift: Redaktion DAZ *forum*,
Belfortstraße 9, 50668 Köln
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Erscheinungsweise / Auflage**
DAZ *forum* erscheint viermal jährlich
Auflage: 2.000 Stück
- **Bezugsbedingungen**
DAZ *forum* ist im Abonnement erhältlich.
Jahresabonnement: 40,00 DM.
Für DAZ-Mitglieder ist das Abonnement im Mit-
gliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten DAZ
forum auf Anfrage, soweit die Auflagenhöhe dies
zuläßt.
- Der **Inhalt der Beiträge** entspricht nicht immer
der Meinung der Redaktion oder des DAZ. Nach-
drucke mit Quellenangabe DAZ *forum* sind er-
laubt, soweit mit den Autoren der Beiträge abge-
sprochen.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind er-
wünscht, eine Besprechung kann aber nicht
zugesichert werden.
- **Zuständig für Annoncen:**
Dr. Wolfgang Lell
Hermann-Geib-Str. 59a, 93053 Regensburg
Tel. 0941/90238, Fax. 0941/90359
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie
bitte eine Druckvorlage an die Redaktion.
Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift
schwarz-weiß.
- Für die **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir
gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Be-
darf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder
Skizzen.
- **Inseratpreise:**
Auskünfte über Anzeigenformate und -preise,
Plazierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber
usw. gibt unsere Anzeigenpreisliste 6. Bitte
anfordern bei Dr. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a,
93053 Regensburg.
- **Satz:** Brack, Hauptstraße 47
93138 Lappersdorf, Tel.: 09 41/8 72 57
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold
Kötzingerstr. 10, 93057 Regensburg

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-Virchowbund

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 Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

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 Informationsblatt „Kontakte“ heraus. Die DAZ-Mitglieder erhalten zudem die Zeitung „IGZ Kontakt“ der Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ), der der DAZ angehört.

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistenzenausbildung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Verbindung mit dem NAV-Virchowbund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften,
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und Wahlleistungen innerhalb der GKV,
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit,
- Aufgabe hektischer ad hoc - Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven

Qualität

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

- vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die 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 ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Zulassung von Fluoridkochsalz in Backwaren, Konserven, Kantinenessen

Delegation

Die zahnärztlichen Assistenzberufe 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.



Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine
der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

Berlin, Dr. Claudia Barthel, Klopstockstraße 18, 14163 Berlin, Tel./Fax 030/8023651

Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstraße 8, 09130 Chemnitz, Tel. 0371/412228, Fax 0371/428686

Elbe-Weser, Dr. Frank Kopperschmidt, Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck, Tel. 04149/1066

Freiburg, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215, 79211 Denzlingen, Tel. 076666/2410

Hamburg, Dr. Thomas Murphy, Poppenbütteler-Chaussee 45, 22397 Hamburg, Tel. 040/6074151, Fax 6074152

Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404/4455

Oldenburg, Dr. Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291, 26180 Rastede, Tel. 04402/928811, Fax 928831

München, Dr. Armin Maurer, Wöhlerstraße 20, 81247 München, Tel. 089/8111428, Fax 089/8117768

Schleswig-Holstein, Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43, 24216 Schönberg, Tel. 04344/9020, Fax 04344/3349

oder an Irmgard Berger-Orsag

DAZ-Geschäftsstelle, DAZ im NAV-Virchowbund, Belfortstraße 9, 50668 Köln

Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Pressereferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 81371 München, Tel. 089 / 7 250 246, Fax. 089 / 7 250 107

Neujahrs-Entschluß 1994: Beitritt zum DAZ im NAV-Virchowbund

Zum neuen Jahr gute Vorsätze fassen, ist üblich. In 1994 wird die Lage der Zahnärzte nicht einfacher werden. Nach wie vor gibt es Konflikte um die Umsetzung der GSG, und das nächste Reformgesetz steht vor der Tür. Sie sollten Ihre Energie nicht als Einzelkämpfer verschleifen, sondern sich zusammentun mit Kollegen, die wie Sie prophylaxe- und qualitätsorientierte Zahnheilkunde im Interesse Ihrer Patienten praktizieren wollen.

Machen Sie mit im DAZ!



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Tel. /

Fax

Geb.-Datum

Semesterzahl (b. Stud.)

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Stud./ cand. med. dent. | 12,- DM |
| <input type="checkbox"/> Assistenz ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 120,- DM |
| <input type="checkbox"/> Assistenz ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 90,- DM |
| <input type="checkbox"/> Niedergel. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 360,- DM |
| <input type="checkbox"/> Niedergel. ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 180,- DM |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA im Ruhestand | 60,- DM |

Datum, Unterschrift

An die CENTRAL-Krankenversicherung, Abt. MV/ZV
Hansaring 40-50, 50670 Köln

- 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 _____



Bitte
freimachen

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

Belfortstraße 9
50668 Köln