

**Nr. 47**

13. Jahrgang  
4. Quartal 1994

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

**DAZ**

**forum**

**Die Sprachlosigkeit  
überwinden**

**Haben Sie es auch satt?**

**Die technisch  
unabhängige Praxis**

**Was haben ostdeutsche  
Zahnärzte für Probleme?**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

**Konsens-Vorschlag  
Zahnheilkunde 2000**



# 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**

## Die REVOLUTION für das Aufschleifen Ihrer PA-Instrumente

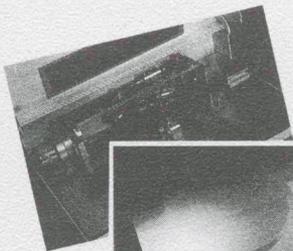
### ERGOSHARP

Vollautomatisches Schleifen  
von Scalern und Kuretten.

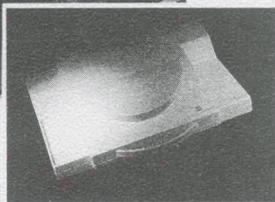
ERGOSHARP verändert nicht  
die Instrumentenform,  
ein Scaler bleibt ein Scaler  
eine Kurette bleibt eine Kurette.

ERGOSHARP gibt Ihren  
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

– Zahnarztbesuch –

*Nehmen Sie Ihr Kind so früh wie möglich mal mit, wenn sicher ist, daß Sie dort keine unangenehme Behandlung erwartet – zum Kennenlernen!*

Lassen Sie sich und Ihrem Kind eine nutzbringende Zahnputzmethode zeigen.

*Allerspätestens mit 3 Jahren sollte der Zahnarzt das erste Mal in den Mund Ihres Sprößlings schauen – und es wäre für Ihr Kind und für Sie ein schöner Erfolg, wenn dann alle 20 Milchzähne ihr o.k. bekämen.*

*Sie können dieses Merkblatt beziehen bei:*

**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund  
Belfortstraße 9  
50668 Köln**

*zum Preis von 20.– DM pro 100 Stück (für Zahnärzte)  
gegen Voreinsendung eines Verrechnungsschecks.  
Kinderärzte, Gynäkologen und Kliniken erhalten das  
Merkblatt kostenlos.*

**Allgemeine Hinweise  
zum Thema Zahngesundheit**

Schon beim Kleinkind muß Vorsorge getroffen werden gegen späteren Verlust der Zähne durch Karies (Zahnfäule) und Parodontitis (Entzündungen des Zahnbettes im Kieferknochen).

Die Milchzähne haben eine wichtige „Platzhaltefunktion“ für die zweiten Zähne. Deshalb müssen sie bis zum Zahnwechsel ihre natürliche Größe und Form behalten! Sonst werden die Milchzähne von den ersten nachwachsenden bleibenden Zähnen verschoben, so daß später nachkommende Zähne keinen Platz mehr haben.

Karies und Parodontitis werden hervorgerufen durch Bakteriengifte und Säuren, die sich in Zahnbelag (Plaque) bilden. Die Plaque entsteht im wesentlichen aus allen Arten von Zucker (auch Traubenzucker und Fruchtzucker!) und zuckerhaltigen Lebensmitteln und Bakterien. Diese Bakterien sind im Mund immer in geringen Mengen vorhanden und an sich ungefährlich. Durch Zufuhr von Zucker vermehren sie sich jedoch explosionsartig in Milliardenhöhe und bilden die gefährliche Plaque.

Der Speichel ist an sich in der Lage, gewisse Mengen von Zucker unschädlich und die Zähne durch Mineralzufuhr widerstandsfähiger zu machen. Unsere zuckerlastige „Zivilisationsnahrung“ überfordert jedoch diese Abwehrfunktionen, so daß es zur Karies kommt. Besonders ständige Naschereien und süße Zwischenmahlzeiten sind sehr schädlich. Alle klebrigen süßen Speisen sollen nie über längere Zeit im Munde verweilen. Da im Schlaf die Speichelbildung stark herabgesetzt ist, wirken sich „Betthupferl“ und bei nächtlichem Aufwachen getrunkene süße Getränke besonders fatal aus.

**Empfehlenswerte Produkte**

Kinderzahnbürsten: Elmex Lernbürste, Elmex Super 29, Aronal öko-med Kinder, Aronal öko-med Kompakt, Butler GUM 100 (1–5 Jahre), Butler GUM 111 (5–10 Jahre), Butler GUM 222 (10–15 Jahre), Butler-GUM-Artikel sind nur in der Apotheke erhältlich.

Aminfluorid-Zahnpasten: Elmex, Elmex-Kinderzahnpasta u. a.

Fluorid-Tabletten: Zymafluor D 500 / D 1000 (mit Vitamin D) zur Karies- und Rachitisprophylaxe bis zum 2. Lebensjahr. Danach Zymafluor 0,25 mg/0,50 mg/0,75 mg/1,0 mg zur Kariesprophylaxe. Fragen Sie Ihren Zahnarzt oder Kinderarzt nach einem Rezept für Fluorid-Tabletten.

Fluoridiertes-Haushaltssalz: Speisesalz mit Jod und Fluor – schützt wirksam sowohl vor Jodmangel als auch vor Karies. Bei der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz sollten nicht zusätzlich Fluorid-Tabletten eingenommen werden.

Fluorid-Gelees und -Spüllösungen: Bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sollte ab dem 6. Lebensjahr zusätzlich Elmex Gelee oder Meridol Spüllösung verwendet werden. Fragen Sie Ihren Zahnarzt! Elmex Gelee ist apothekenpflichtig und kann ärztlich verordnet werden.

**Literatur**

Zahnschäden sind vermeidbar. – Videokassette –  
Wybert GmbH, Postfach 2520, 79515 Lörrach

„Mama – was ist“, Antworten auf Fragen zu Karies.  
Zyma GmbH, 81366 München

Kariesvorbeugung, den Zähnen zuliebe –  
Informationen über fluoridiertes Speisesalz.  
DAZ Informationsstelle für Kariesprophylaxe  
Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau

*Liebe Eltern...*



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

### **Ihr Kind soll gesunde Zähne haben.**

Mit diesem Wunsch wendet sich dieses Merkblatt an Sie, um Ihnen zahnärztliche Hinweise für die Gesundheit Ihres Kindes zu geben.

#### **– Stillen –**

Die Entwicklung des Gebisses ist schon in den ersten Lebensmonaten beeinflussbar, obwohl Ihr Baby noch gar keine sichtbaren Zähne hat. Das Stillen spielt hierbei eine wichtige Rolle, denn die Anstrengung beim Trinken aus der Brust liefert den notwendigen Wachstumsreiz für eine normale Entwicklung der Kieferknochen und hat damit entscheidenden Einfluß auf die spätere Zahnstellung.

#### **– Flasche –**

Wegen dieses wichtigen Wachstumsreizes sollten Sie bei Umstellung auf Flaschennahrung keinesfalls das Loch im Schnuller erweitern. Ihr Kind sollte sich während des Trinkens noch genügend anstrengen müssen. Halten Sie Ihr Kind wie beim Stillen auf dem Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es sich einen falschen Schluckakt angewöhnen, der Zahnfehlstellungen verursachen kann.

#### **– Schnuller –**

Hierfür können keine allgemeinverbindlichen Richtlinien aufgestellt werden. Das Saugbedürfnis der Kinder, welches nach Meinung der Kinderpsychologen nicht unterdrückt werden darf, ist stark von der psychischen Konstitution sowie von der (körperlichen) Zuwendung durch die Mutter abhängig. Das Schnullern – auch mit Kuscheltieren – zum Einschlafen oder zur Eigentröstung macht zahnärztlicherseits keine Probleme; anders jedoch das Dauerlutschen (Daumen, Schnuller etc.).

Wenn ein Schnuller unumgänglich wird, dann geben Sie Ihrem Kind auf jeden Fall einen kiefergerecht geformten (NUK-)Sauger. Und – versüßen Sie den Schnuller nie mit Honig oder ähnlichem.

#### **– Putzen –**

Sobald die ersten Zähne zum Vorschein kommen, reinigen Sie diese abends mit einem Wattestäbchen. Vom 1. Lebensjahr an nehmen Sie diese Reinigung nach jeder Mahlzeit vor.

#### **– Bürste –**

Durch den Nachahmungstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit einhalb bis zwei Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen wollen. Mit einer eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihr Kind die ersten Versuche machen lassen. Bürsten Sie aber anschließend noch mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie eine Zahnpasta (natürlich ungesüßt) erst vom 3. Lebensjahr an verwenden.

#### **– Zucker –**

##### Zucker ist der Hauptfeind unserer Zähne!

Babynahrung darf deshalb gar nicht oder nur wenig gesüßt sein, denn die Abhängigkeit von Süßem wird in der Regel im Kleinkindalter anerzogen. Starker Zuckerkonsum verdrängt das Bedürfnis nach natürlicher gesunder Nahrung (Milch, Obst und Gemüse), begünstigt Fettsucht und kann die Anfälligkeit gegen Krankheiten erhöhen.

Häufige Ursache für eine verheerende Karies an den Schneidezähnen von Kleinkindern sind stark gesüßte Fertigtees, welche allzugern in Plastik-Nuckel-Flaschen den Kleinen als „süße Babysitter“ in die Hände gedrückt werden. Jede zuckerhaltige Babynahrung ist schädlich, wenn sie oft oder für längere Zeit mit den Zähnen in Berührung kommt, denn für die Schäden sind Häufigkeit und Dauer der Einwirkung ausschlaggebend. Deshalb sind süße Kindertees, aber auch Fruchtsäfte, die viel natürlichen Fruchtzucker enthalten, besonders schädlich, wenn sie über längere Zeit „genuckelt“ werden und so die Zähne „in Zucker baden“.

Süße Getränke also nie als Beruhigungs- oder Einschlafmittel, höchstens einmal als Durstlöscher. Sie erzeugen Abhängigkeit und Karies.

Am besten sollte auf süße Getränke ganz verzichtet werden. Falls dies nicht möglich erscheint, kann man auf Getränke mit Zuckeraustausch- oder Süßstoffen ausweichen.

#### **– Fluoride –**

Die heutige Ernährungsweise erfordert neben einer gründlichen Zahnreinigung auch die „Härtung“ der Zähne durch fluoridhaltige Präparate, welche in der erforderlichen Dosierung absolut ungefährlich sind. Fluoride sind lebensnotwendige Spurenelemente und in gewissen Mengen in unserem Trinkwasser sowie vielen Nahrungsmitteln enthalten. Allerdings sind diese Mengen für eine wirksame Kariesvorbeugung zu gering. Deshalb muß mit der Ergänzung dieser natürlichen Fluoridzufuhr gleich nach der Geburt begonnen werden, da von diesem Zeitpunkt an die im Kiefer liegenden Milchzähne reifen. Im 1. Lebensjahr wird Ihr Kinderarzt vermutlich fluoridhaltige Vitamin-D-Tabletten zur Rachitisvorsorge verschreiben, z. B. Zymafluor D. Danach sollten Sie Ihr Kind mit Fluoridtabletten weiterversorgen lassen. Fragen Sie Ihren Zahnarzt oder Kinderarzt nach einem Rezept für Fluorid-Tabletten, z. B. Zymafluor. Hierbei ist die tägliche Zufuhr sehr wichtig, später zusätzlich durch eine Fluoridzahnpaste. Sobald Ihr Kind „normale“ Kost zu sich nimmt, gibt es eine wirkungsvolle Alternative zur Tablettenfluoridierung: fluoridiertes Speisesalz. Der Vorteil dieser Art der Fluoridierung liegt darin, daß sie der ganzen Familie zugute kommt. Fluoride nutzen nämlich nicht nur Kindern, sondern auch jedem Erwachsenen mit natürlichen oder überkronten Zähnen. Allerdings ist die Dosierung mit fluoridiertem Speisesalz ungenauer als mit Tabletten.

|  |            |
|--|------------|
| Editorial: Das Ende der Fahnenstange   | 243        |
| Die Sprachlosigkeit überwinden   | 247        |
| Haben Sie es auch satt?  | 251        |
| Begleitleistungen – zum letzten?   | 255        |
| Stellungnahme zur Degression   | 259        |
| Abgezockt: Fortsetzung der <i>forum</i> -Serie über dubiose<br>Behandlungs- und Abrechnungspraktiken | 263        |
| QS in der Zahnheilkunde  | 267        |
| Die technisch unabhängige Praxis   | 271        |
| <b>Konsens-Vorschlag Zahnheilkunde 2000</b>  | <b>277</b> |
| Rückgang der Zahnschäden bei den<br>Schülern im Kanton Zürich  | 286        |
| T-E-C-I – das neue Pflegegerät   | 290        |
| Leserbriefe  | 293        |
| Was haben ostdeutsche Zahnärzte für Probleme?  | 297        |
| Konkurrierende HMOs zur Realisierung der<br>sozialen Marktwirtschaft in der Zahnheilkunde            | 299        |
| Henriette Hirschfeld, die erste niedergelassene Zahnärztin   | 301        |
| Zahnärztinnen ergreifen die Initiative   | 309        |
| Verbandsnachrichten  | 311        |
| Buchbesprechungen  | 314        |
| Impressum  | 318        |



# DAS GUTE GEFÜHL, ES RICHTIG ZU MACHEN:

**LEISTUNG MIT W&H**

W & H SUPERSCHNELLÄUFER  
999 LT/200.

- 200.000 min<sup>-1</sup> bei voller  
Drehzahlstabilität –  
die neue Dimension in der  
Präparationstechnik.

- Äußerste Laufruhe bei jeder Tourenzahl.

- 3-Düsen-Spray mit Außenmischung!

Je höher die Tourenzahl bzw. die Durchzugskraft,  
desto wichtiger die Kühlung!

- Hygiene beginnt, wo Kontamination erschwert wird.

Bei W & H müssen Kopf und Unterteil  
nicht separat gereinigt und öligepflegt werden.  
Leicht und leistungsstark für Ihre sensomotorische  
Präzisionsarbeit. SUPERSCHNELLÄUFER

999 LT/200 von W & H.



# Editorial

## Das Ende der Fahnenstange

Dieses DAZ-forum erscheint in einer Zeit zaghafter Neuorientierungen unseres Berufsstandes und stellt aus diesem Grund eine Reihe wesentlicher Essentials des DAZ dar.

Die deutschen Zahnärzte sind im Begriff, sich in zwei völlig verschiedene Richtungen zu bewegen. Auf der einen Seite diejenigen, die sich ihren „Kassenpatienten“ verpflichtet fühlen und trotz aller Hemmnisse und Einschränkungen engagiert sorgfältige Zahnmedizin praktizieren. Auf der anderen Seite immer mehr Kollegen, die zum zahnärztlichen High-Tech-Kosmetikstudio tendieren, wo möglichst nur die „besseren Kunden“ behandelt werden, die es sich leisten können, auch hohe – allzu häufig durch Selbstüberschätzung geprägte – Honorarforderungen des Zahnarztes zu erfüllen (S. 263).

Diese Entwicklung ist nicht neu – in Ansätzen war sie bereits seit langem erkennbar. Der DAZ hat 15 Jahre lang versucht, das eine zu leben und zu erhalten – ohne sich sinnvoller High-Tech Medizin zu verschließen – und vor dem berufspolitischen Gesamtschaden, den die Abzocker anrichten, zu warnen. Wir haben eine Fülle von Vorschlägen und Gedanken in die Diskussion gebracht, um die Qualität der „Kassenzahnheilkunde“ zu verbessern (S. 282), die Morbiditätsraten durch konsequente Prophylaxe zu senken (S. 280) und bei Erhaltung der Therapiefreiheit eine leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen.

Doch diese vernünftigen Modelle und Ansätze sind von den zahnärztlichen Körperschaften und Medien – in allen Bereichen majorisiert bzw. gekauft vom Freien Verband – jahrelang nicht einmal diskutiert worden. Noch schlimmer: Es unterblieb auch jede eigene Aktivität der Körperschaften, sich mit den wichtigsten Berufsproblemen ernsthaft zu befassen und besonders für die jüngere Kollegengeneration akzeptable Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Stattdessen beschränkte sich der größte Teil der offiziellen Standespolitik auf Besitzstandswahrung, Verweigerung der Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern, sinnloses Prozessieren (S. 255) auf Kosten der Kollegenschaft und peinliche Verbalinjurien gegen Staat, Parteien und diejenigen Zahnärzte, die sich weigerten, die Totalverweigerung der Korb-Initiatoren mitzugehen. Diese Kollegen wurden von der Führung des Freien Verbands als „Scheinzahnärzte, die nur weiter im Trüben fischen wollten“ und als „nützliche Idioten“ verhöhnt, die „unethisch handeln, wenn sie für den Erfolg einer Behandlung eine Gewähr übernehmen“, und das System der kassenärztlichen Versorgung als „Idiotenheim“ apostrophiert.

Diese Provokationen und Aggressionen haben ihre Wirkung nicht verfehlt: Auf der einen Seite wurde der Berufsstand gespalten, auf der anderen Seite Krankenkassen, Parteien, Aufsichtsbehörden und das Bundesgesundheitsministerium zu einer nie dagewesenen Front gegen „die“ Zahnärzte vereint. Minister Seehofer vor

allem hat diese Stimmung zu nutzen gewußt: Statt langfristige Konzepte zur soliden zahnmedizinischen Betreuung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Ausgabenbegrenzung zu unterstützen – Vertrags- und Wahlleistungen, Ausbau der Prophylaxe und der Qualitätssicherung – wählte er den bequemsten und Wahl-wirksamsten Schuß aus der Hüfte: Zulassungssperre und Budgetierung. Erstere hatte zur Folge, daß sich sofort mehr als 10% Zahnärzte (neben den Studienabgängern vor allem Kliniker) zusätzlich niederließen und diese 110% Zahnärzte sich ein reduziertes Gesamtbudget teilen müssen, das weder die gestiegenen Praxiskosten von 70% und mehr noch die erhöhte Leistungsnachfrage berücksichtigt. Selbst denjenigen Krankenkassen, die mehrprozentige Mitgliederzuwächse verzeichnen und erklären, daß „genug Geld da sei“, ist es aufsichtsbehördlich untersagt, das Budget zu erhöhen. Es ist also schlicht unwahr, wenn behauptet wird, daß hier lediglich ein Verteilungsproblem innerhalb der Zahnärzteschaft vorliege. Wenn das individuelle Budget erschöpft ist, seien die Zahnärzte, so Krankenkassen und Seehofer unisono, trotzdem verpflichtet, die „gesamte Behandlung sicherzustellen“, also ohne Geld und ohne Erstattung des Materials auch Sanierungen durchzuführen.

Dieses Szenario – sollte es tatsächlich so heiß gegessen werden müssen wie es ge-

kocht wird – stellt auch für den DAZ das Ende der Fahnenstange dar.

Das politische Vakuum der zahnärztlichen Standesführung vor dem Gesundheitsstrukturgesetz hat zwar die Politik und die Krankenkassen übermütig gemacht. Wenn aber verlangt wird, daß zweistellige Zuwachsraten niedergelassener Zahnärzte und der Mitgliederzuwachs von Krankenkassen bei gedeckeltem Budget allein von den Zahnärzten finanziert werden sollen, dann ist das mehr, als sie zu leisten in der Lage sind.

Dennoch ist Leistungsverweigerung keine Antwort eines freien Berufes. Dies ist die Stunde des kühlen Kopfes und des Augenmaßes, in dem der noch junge „Runde Tisch“ (S. 247) aller Zahnärzterverbände kraftvoll eine gemeinsame Interessenvertretung – und damit meint der DAZ auch die Vertretung unserer Patienten – etablieren kann. Vor allem aber darf sich diese Interessenvertretung nicht weiter gegen diejenigen Kollegen richten, die weiter engagiert ihre sozialversicherten Patienten behandeln wollen.

Informieren Sie sich – vor allem über die DAZ-Grundsätze im Konsens-Papier Zahnheilkunde 2000 – (S. 277) und helfen Sie gerade jetzt mit, unsere berufliche Zukunft auf eine solidere und verlässlichere Basis zu stellen!

*Dr. Hanns-W. Hey  
Lindenschmitstraße 44, 81371 München*

# Information ist Voraussetzung für zielbewußtes Handeln und wirtschaftliches Überleben!

## Arzt spezifische Buchführung und Personalabrechnung

- übersichtlich – verständlich – zeitnah  
damit Sie monatlich sehen, wo Sie wirtschaftlich stehen.
- steuerliche Rechnung
- interner und externer Praxisvergleich
- verfügbares Geld aus der Praxis
- private Geldverwendungs-Rechnung mit Beantwortung der Frage:

Wo ist das Geld geblieben?

## Laufende wirtschaftliche Beratung

"vor Ort" durch qualifiziertes Fachpersonal

- objektiv-unabhängig und allein am wirtschaftlichen Erfolg der  
Praxis orientiert

# nilaplan

Unternehmensberatung  
für Heilberufe GmbH

Sedanstraße 13-17 • 50668 Köln

die andere Hälfte Ihres Erfolgs

nilaplan Köln • Sedanstr. 13-17 •  
50668 Köln • Tel. 0221 / 97 355  
135 • nilaplan Berlin • Friedrich-  
str. 112a • 10117 Berlin • Tel.: 030  
/ 281 71 02 • nilaplan Chemnitz •  
Markersdorfer Str. 124 • 09122  
Chemnitz • Tel.: 0372 / 22 00 60 •  
nilaplan Hannover/Magdeburg •  
Brabeckstr. 7 • 30559 Hannover •  
nilaplan Karlsruhe • Hans-Sachs-  
Str. 11 • 76133 Karlsruhe • Tel.:  
0721 / 85 83 23 • nilaplan Schwe-  
rin • Postfach 01 06 10 • 19006  
Schwerin • Tel.: 0385 / 47 99 88



**Antwortcoupon**

Ja, ich möchte Informationsmaterial zur arztspes-  
zifischen Buchführung und Personalabrechnung.

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

# Ein Konzept, das sich bewährte

Vor 25 Jahren wurde der NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte gegründet, mit dem Ziel Ärzten und Zahnärzten in allen wirtschaftlichen Bereichen rund um die Praxis Beratung, Information und bedarfsgerechte Angebote zu liefern.



... sprechen für sich -  
sprechen Sie mit uns!

## Nutzen Sie unsere Erfahrung!

Information ist der erste Schritt, um die Effektivität Ihrer Praxis zu erhöhen und Schwierigkeiten zu vermeiden. Deshalb haben wir speziell auf die Bedürfnisse der Ärzte und Zahnärzte abgestimmte Broschüren und Ausarbeitungen entwickelt, die in verschiedenen Bereichen wichtige Tips, Tricks und Informationen liefern.

- |  |           |
|--|-----------|
| ① Die Ehegatten-Direktversicherung   | (10,- DM) |
| ② Der Ehegatten-Arbeitsvertrag   | (12,- DM) |
| ③ Steuer- und sozialversicherungsfreie Zuwendungen an Arbeitnehmer in Arzt- und Zahnarztpraxen | (8,- DM)  |
| ④ Fahrtenbuch zur Ermittlung der steuerlich absetzbaren Kfz-Kosten                             | (5,- DM)  |
| ⑤ Das Testament - Ratgeber für Erben und Erblasser   | (15,- DM) |
| ⑥ Die Prüfung der Arztpraxis durch Finanzamt und Krankenkasse                                  | (20,- DM) |

## Sprechen Sie mit uns!



NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH  
Sedanstr. 13-17 • 50668 Köln  
Tel. (0221) 97355-0

Bitte  
senden  
Sie mir  
folgende  
Broschüren  
(bitte ankreuzen)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Verrechnungsscheck anbei

Name

Straße

PLZ/Ort

# Die Sprachlosigkeit überwinden...

W. Kolossa

In den letzten 15 Jahren ist in der zahnärztlichen Öffentlichkeit, vor allem von Standespolitikern, aber auch von solchen, die sich berufen fühlten, über den DAZ gesprochen oder gegen ihn polemisiert, aber meistens an ihm vorbei geredet worden. In diesem Jahr hat sich eine neue – bessere – Qualität der Auseinandersetzung entwickelt.

Schon zweimal traf sich der Gesprächskreis „Zahnärzte bei der Bundeszahnärztekammer“ (BZÄK) am 8.6.'94 und 31.8.'94 in Köln.

## Teilnehmer

Geladen hatte der Präsident der BZÄK Dr. F. J. Willmes, der auch die Gespräche leitete. Er machte deutlich, daß es sich für ihn um ein Spitzengespräch zwischen den Bundesvereinigungen und den zahnärztlichen Verbänden handelt.

Der Wunsch nach Installation eines „Runden Tisches“ war eines der Hauptanliegen des Gründervaters der IGZ, des Kollegen Bolstorff, und das Zustandekommen kann als der Erfolg seiner Tätigkeit angesehen werden, wengleich er persönlich nicht mehr teilnahm.

Sein Anliegen war die Überwindung der unerträglichen „3-Säulen-Theorie“, die unter alleiniger Meinungsführung des „Freien Verbandes“ die Zahnärzteschaft in den letzten Jahren immer mehr ins Abseits gebracht hatte.

Neben je zwei Vertretern von DAZ, VDZM und (zumindest beim zweiten Treffen) IGZ war vor allem die Bundeszahnärztekammer durch mehrere Teilnehmer repräsentiert.

Deutlich wurde der Wunsch der BZÄK, in einem ernsthaften Dialog Konsens und Dissenz zu finden. Ihr strategisches Ziel ist

offensichtlich, in der Öffentlichkeit mit einer Stimme aller Zahnärzte sprechen zu können. Die Erfahrung von 1992, daß eben nicht alle Zahnärzte sich körbchenweise verweigern, sondern zum Beispiel schadensbegrenzend auf die Politik einzuwirken versuchen, war prägend.

Die demokratisch gewählten und als solche legitimierten Standesvertreter waren ja lange Zeit auf Order des „Freien Verbandes“ in Verweigerung erstarrt. Plötzlich fanden sie sich im Abseits wieder und sahen sich durch den DAZ substituiert, der sich durch Seriosität statt Aggression und Glaubwürdigkeit statt Polemik profiliert hatte. Diese Erkenntnis bestimmt heute das Handeln.

Kennzeichnend war darum auch die Beteiligung von KZBV und „Freiem Verband“ an diesen Gesprächskreisen: die jeweiligen ersten Vorsitzenden nahmen nicht teil (= was lästernde Zungen dem Wunsch von Dr. Willmes, „Extrempositionen“ auszuklammern, zuordneten). Dem konstruktiven Dialog war das nicht abträglich.

Der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Kuttruff ließ es sich dagegen nicht nehmen, in die Diskussion einzugreifen.

Und selbst der „Freie Verband“ war durch Mitglieder seines Bundesvorstandes vertreten, die sich deutlich um Sachlichkeit bemühten.

## Inhalte

Das erste Treffen im Juni diente dem vorsichtigen Abtasten und der Suche nach einer Gesprächsbasis, die überraschend schnell gefunden wurde.

Dabei wurde deutlich, daß die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung als Körperschaft öffent-

lichen Rechts in vielen Bereichen Sacharbeit in kleinen Schritten erledigen, hingegen Verbände in ihren Forderungen und Handlungen ungebundener vorgehen können.

Interessant waren Äußerungen von Mitgliedern des „Freien Verbandes“, daß innerhalb ihres Verbandes durchaus unterschiedliche Meinungen zu den verschiedenen Themen bestehen und daß ein „zentralistisch geführter Kampfverband“ (Zitat BIEG) nicht existiere.

Bemerkenswert war auch die Aussage, daß Kostenerstattung lediglich einen Zahlungsfluß beschreibt und nicht *den* Einstieg in den Ausstieg aus der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen solle.

Auf Vorwürfe über das Verhalten von DAZ, VDZM und IGZ im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes stellten alle drei Organisationen noch einmal fest, wie notwendig ihr Eingreifen in der damaligen Situation gewesen ist, um gravierenden Schaden für die Zahnärzte abzuwenden.

So würde der Gedanke der Degression in das Gesetzgebungsverfahren als Ersatz für Budgetierung und Abwertung eingebracht, also um wesentlich Schlimmeres zu verhindern. Es herrschte im Gesprächskreis völlige Übereinstimmung darüber, daß die im Gesetz (nachlässig) formulierte Degressionsregelung verwaltungsmäßig so nicht umsetzbar ist.

Dem Wunsch zu einer gemeinsamen Erklärung, daß die Degression in toto abzulehnen sei, konnten wir uns allerdings nicht anschließen, solange aus der Zahnärzteschaft keine eigenen Vorschläge zur Behebung der Ungerechtigkeiten bei der Honorarverteilung gemacht werden.

Grundsätzliche Einigkeit gibt es auch über die Einführung von Vertrags- und Wahlleistungen.

Bei letzteren sollten Festzuschüsse eingeführt werden.

Leistungen, die prinzipiell dem Wahlleistungsbereich entstammen, sollten als Vertragsleistungen anerkannt werden, wenn ein Gutachten eine medizinische Indikation feststellt. Die Presseerklärung des DAZ, in der die Einführung von Inlays in den Grundleistungskatalog der GKV allein aufgrund einer durch die Amalgamdiskussion verunsicherten Öffentlichkeit abgelehnt wird (siehe S. 270) würdigten die Teilnehmer als positives Beispiel der Darstellung einer gemeinsamen Auffassung des Berufsstandes.

### Perspektiven

Der Bedarf nach weiterem Meinungsaustausch führte zu der Vereinbarung von zwei weiteren Gesprächsterminen noch in diesem Jahr. Qualitätssicherung soll der nächste Themenschwerpunkt sein.

Dabei bleibt zu wünschen, daß der DAZ in Zukunft bei Fragen der Qualitätssicherung direkt an den Beratungen beteiligt wird und nicht (wie auf der Klausurtagung „Qualitätssicherung“ der Bundeszahnärztekammer am 15./16.04.'94 in Frankfurt) lediglich in den Redebeiträgen von Dr. Boehme und Prof. Heners erwähnt wird.

Die Suche nach Gemeinsamkeiten erscheint durchaus ernst gemeint. Der DAZ hat sich noch nie konstruktiven Gesprächen verweigert, die zum Ziel hatten, kontroverse Positionen zusammenzuführen. Dieser Tradition bleiben wir treu.

### Fazit

„Wir reden miteinander! ... nicht mehr, aber auch nicht weniger.“ So Dr. Fritz-Josef Willmes in der ZM 14/1994 – und dieses nun schon mehrfach.

Zumindest wird die Zahl derer, die vorgeben, den DAZ besser zu kennen als wir selbst, durch die Überwindung der Sprachlosigkeit kleiner.

W. Kolossa  
stellvertr. DAZ-Vorsitzender

## Neu aufgelegt: Patienten-Broschüre „Liebe Eltern“

Viele von Ihnen kennen unser Infoblatt zur frühen Oralprophylaxe mit Kurzinformationen zu Stichworten wie Stillen, Flaschennahrung, Schnuller, Putzen ab dem ersten Zahn, Zucker, Fluoride, Zahnarztbesuch usw. Durch die Mithilfe von Sponsoren konnte eine neue Auflage gedruckt werden, die es uns nunmehr erlaubt, alle Anfragen von Gesundheitsämtern, Zahnärzten, Kinderärzten, Gynäkologen usw. zu befriedigen (auch in Höhe von mehreren 1000 Exemplaren). Fordern Sie unsere Broschüre „Liebe Eltern“ in der Kölner DAZ-Geschäftsstelle an! Wo immer möglich, bitten wir um einen Beitrag zur Finanzierung der Versandkosten.

Suche  
**Praxisräume für Zahnarztpraxis**  
in Berlin-Lichtenberg. Chiffre 3069



*Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:*

**15.1.1995**

## Innovativ...

unsere neueste Technik.

## Zeitgemäß...

im Einklang mit modernem Design.

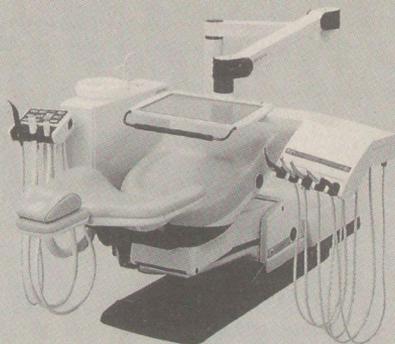
## Individuell...

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  
Stahlgruberring 26, D-81829 München  
Tel. 0 89/42 09 92-0, Fax 0 89/42 09 92-50

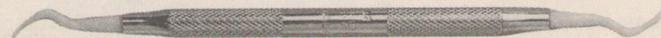
U 1300-2-84

# 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**<sup>®</sup>  
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

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

# Haben Sie es auch satt?

R. Ernst

Seit bald zwei Jahrzehnten hängt jedem anständigen Zahnarzt zum Halse heraus, in seinem Sportverein, in seiner Nachbarschaft, ja in seinem Freundeskreis höhnisch auf das Einkommen „der Zahnärzte“ angesprochen zu werden. Hört man sich unter befreundeten Kollegen um, sitzen ihnen die Banken im Nacken, quälen sie Liquiditätsprobleme, sehen sie den Tag herbei, an dem „abbezahlt“ ist.

Von Beihilfestellen und Krankenkassen fühlen sie sich gelegentlich wie Betrüger behandelt, ohne dazu Anlaß gegeben zu haben. Eine ausufernde, aber inkompetente Staatsmacht will bürokratisch zentral regeln, was in eigener (Selbstverwaltungs-)Regie dezentral besser geregelt werden könnte. Auch vernünftig und maßvoll erbrachte Leistungen werden nicht mehr angemessen honoriert, weil die Geldtöpfe leer sind und die Selbstverwaltung nicht in der Lage ist, die Gelder gerecht zu verteilen.

Was machen Sie falsch? Sie tun doch nichts anderes, als unter hohem persönlichen Einsatz gesetztes- und vertragskonform Ihre Patienten zu versorgen. Und weil Ihnen Ihre Arbeit Spaß macht, tun Sie es vermutlich noch ein bißchen besser, als Ihre Pflicht ist.

Es ist die Stärke dieses Berufsstandes, daß er eine große Bandbreite von profilierten Kollegen aufweist. Es ist/war die Schwäche seiner politischen Führung, daß er diese Bandbreite zu wenig nutzt, um glaubwürdig die Interessen einer anständigen Zahnheilkunde für die Kollegen und für die Patienten zu vertreten. Die Kraft zur Wiederherstellung des zerstörten (Selbst-)Vertrauens muß aus uns selbst kommen. Wenn das gelingt, wird

uns der Gesetzgeber auch weniger gängeln. Wer aber Politiker, Kassen, ja seine Patienten als Feind betrachtet, soll nicht im Schafspelz eines Sozialberufes, der durch die tadellose Arbeit der großen Mehrheit ein hohes Ansehen genießt, der Gesellschaft das Fell über die Ohren zu ziehen versuchen.

Aufgabe der Standespolitik – besonders in den Körperschaften, denen wir alle angehören – ist die Vertretung der Interessen der gesamten Kollegenschaft. Partikularinteressen zu vertreten ist legitim, darf aber nicht zu Lasten der Gesamtheit gehen. So haben es die Kieferorthopäden seit Jahren geschafft, daß ihr Honoraraufkommen nicht gesondert veröffentlicht wurde. Heute wissen wir, daß z.B. in Niedersachsen jeder zweite von ihnen vom degressiven Punktwert betroffen ist, die maximale Rückzahlungssumme eines Kollegen liegt bei über 540 Tsd. DM für das Jahr 1993. Das u.a. waren die Riesensaugrohre, die jahrelang unsere Honorartöpfe leergeaugt und eine gerechte Punktwertanpassung verhindert haben. Jede KZV hat seit vielen Jahren einen Honorarverteilungsmaßstab, der hier schon vor Seehofers GSG hätte eingreifen müssen. Warum ist es wohl nicht geschehen?

Diese „Interessen“-Vertreter sind es, die heute an den Hebeln sitzen, um Körbe zu organisieren, um vom Zusammenbruch des Systems wieder den größten Nutzen zu ziehen. Statt an solidarischen Lösungen zu arbeiten, rufen sie die Aufsichtsbehörden geradezu auf den Plan.

Die Basis muß aber die Solidarität leisten können, die die Standesführung einfordert. Welches Schicksal haben sich die KORB-

Planer denn für die Kollegen ausgedacht, die ihn nicht wollen? Wo ist der Sozialplan für die Nicht-Registrierkassen-Zahnärzte? Die Wölfe haben den Korb für die Schafe organisiert, weil sie wissen, daß kleine, finanziell schwächere Praxen ihn nicht durchstehen. Konkret im Visier sind dabei etwa 30% Kollegen, die von unseren eigenen Funktionären schon häufiger als „zuviel am Markt“ bezeichnet wurden.

Die zahnärztliche Standespolitik liegt so schief, weil sie das Prinzip der Solidarität auf den Kopf stellt: Nicht die Starken sollen die Schwachen solidarisch unterstützen, sondern die Starken verlangen Solidarität von den Schwachen. Ein linearer Honorar-Verteilungs-Maßstab zementiert den hohen Einkommensstand der Großen und den niedrigen der Kleinen. Und wer das Kleine Einmaleins der zahnärztlichen Betriebswirtschaft kennt, weiß, daß kleine Praxen einen viel höheren Kostenanteil an ihren Leistungen haben (konkret: Umsatzklasse 300–400 Tsd: 63,6% Kosten, Umsatzklasse von über 1 Mio: 40,9% Kosten. Quelle: ZM 16/91 und BMG 1993). Wer also hält den linearen 8%-Niedersachsen-Abzug vom Honorar (also vom verminderten Brutto-Betrag bei gleichen Kosten) länger durch?

Es gibt nur ein gemeinsames Dach, unter dem eine qualitativ befriedigende, allen Patienten offenstehende und von den Versicherten bezahlbare Zahnheilkunde im Griff zu halten ist: die KZV. Sie wird als Mittler zwischen Zahnärzten und Kassen auf absehbare Zeit der einzige gemeinsame Interessenvertreter der Zahnärzteschaft bleiben, wenn sie nicht von innen heraus mutwillig zerstört wird, weil sie die Partikularinteressen einiger weniger einflußreicher Gruppen nicht mehr schlagfertig genug vertritt. Dort, wo extreme Ultras mit dem nötigen Rückhalt in der berufsinternen veröffentlichten Meinung

(u.a. von Niedersachsen bis in den KZBV-Vorstand hinein) die Forderung von FVDZ-Chef Gutmann nach „Kamikazeflug der KZV“ erfüllen, kann es nur einen Weg geben: Der Berufsstand wird sich teilen müssen. Die KZVen sind auf Interessenausgleich ausgelegt. In einem solchen Organ kann kein Platz sein für die modernen Dr. Eisenbarts, die unter dem Deckmäntelchen des Sozialberufs ihren Dental-Behandlungsservice nach Art eines Cash- & Carry-Marktes betreiben. Selbstverständlich sollen sie weiter ihrem Gewerbe nachgehen dürfen, in ihrem neuen Bewußtsein gestärkt von IUZ, 3MC und Wahl-, Zusatz- und Luxusleistungen verkaufen, was der Markt hergibt. Aber eines sollten sie bitte nicht mehr: sich weiterhin ZahnÄRZTE nennen und einen ganzen Berufsstand für dumm verkaufen.

Keiner weiß, wie lange es noch KZVen gibt. Krankenkassen dagegen wird es noch lange geben. Es gibt KZBV-führende Kollegen, die schon laut fragen, was Zahnheilkunde eigentlich in einem Solidarsystem zu suchen hat. Über den Solidargedanken der FVDZ-Führung und der KORB-Organisatoren ist im *DAZ-forum* schon berichtet worden (s.o.). Ziehen wir Konsequenzen aus dieser Erkenntnis, bevor sie die Grundlagen unserer gemeinsamen Berufsausübung zerstört haben: Lassen wir sie ziehen, bauen wir ihnen goldene Brücken, damit sie alle Leistungen oberhalb des siebten Halswirbels privat gegen Cash mit jedem abrechnen können, der sich auf sie einläßt. GEBEN WIR IHNEN IHREN KORB!

Dr. Roland Ernst  
DAZ-Vorsitzender  
Waldblick 2  
26188 Edewecht

# 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.

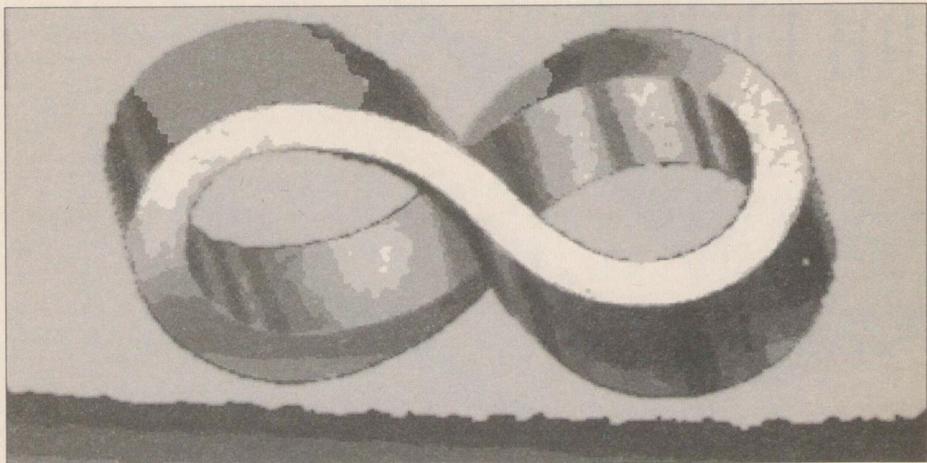
ZAHNTECHNIK  
**Scharl**

Zahntechnik Scharl · Kleinraingering 66 · 92224 Amberg · Telefon 096 21 / 379-0

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

## Begleitleistungen – zum Letzten?

Wie oft haben nicht zahnärztliche Standespolitiker zu Recht beklagt, daß strittige Fragen der Gesundheitspolitik viel zu lange die Gerichte beschäftigen. Entscheidungen würden häufig erst gefällt, wenn Gesetzes- oder Vertragsänderungen längst neue Tatbestände geschaffen hätten.

Diesmal war es der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) vorbehalten, eine juristische Streitfrage über Jahre durch die Gerichte zu treiben. Dies auch dann noch, als durch Bundesgesetz längst eine Entscheidung gefallen war. Der Schirbort-Vorstand hatte 1990 sehr eigenwillige Schlußfolgerungen aus dem neuen Gesundheitsreformgesetz gezogen (§30 SGB V) und sich prompt den heftigsten Widerstand der Vertragspartner und des Sozialministeriums eingehandelt (s.a. *DAZ-forum* 45, 1994, S. 87 ff.).

Das Konzept der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), das auf eine Verhandlungslösung abzielte, wurde in Hannover souverän beiseite geschoben und der Konflikt mutig angenommen. Alle niedersächsischen Kollegen wurden zu einer Verfahrensweise genötigt, die aus einer höchst strittigen Gesetzesauslegung abgeleitet wurde.

Im August 1991 fällt das Sozialgericht Hannover erstmalig eine Entscheidung gegen die KZVN. Es führte dabei aus: „Es läßt sich jedoch auf Grund des Gesetzes (§30 SGB V) nicht ohne weiteres bestimmen, welche zahnärztlichen Leistungen als notwendig im Zusammenhang mit der prothetischen Leistung angesehen werden... (Es) ist daher eine vertragliche Ausgestaltung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwal-

gen ... erforderlich. ... Diese Abrechnungsbestimmungen (Bema Z) gelten auch fort, sie dürfen jedenfalls nicht durch §30, SGB V außer Kraft gesetzt worden sein.“

Im März 1992 entschied das gleiche Sozialgericht erneut gegen die KZVN im Zusammenhang mit einer Einstweiligen Anordnung, die von zwanzig Zahnärzten angestrengt worden war. Am 2. Februar 1994 endlich fällt das Sozialgericht die Entscheidung in der Hauptsache: Die KZVN erlebte erneut eine eindeutige Abfuhr. Neben der unzulässigen Gesetzesauslegung wurden ihr auch noch Verstöße gegen die eigene Prüfungsordnung vorgehalten.

Ungeachtet der Tatsache, daß die Darlegungen des Sozialgerichtes jedesmal ungewöhnlich umfangreich ausfielen, von verschiedenen Richtern verfaßt wurden und in ihrem Tenor einheitlich und mit zunehmender Deutlichkeit den Standpunkt der KZVN verwarfen, hielt es die Schirbort-Truppe für angemessen, Berufung einzulegen.

Im September 1994 tagte das Landessozialgericht in Celle. Der Präsident gab zu Beginn der Sitzung zu bedenken, daß man ja auch Berufungsklagen zurückziehen könne. Doch die strikt weisungsgebundene Justitiarin der KZVN sah sich nicht in der Lage, diesem Vorschlag zu folgen. Nach einer Verhandlungszeit von nur etwas mehr als einer Stunde erfolgte der Urteilsspruch: Abermals mußte die KZVN eine eindeutige Zurechtweisung hinnehmen. Die Revision wurde nicht mehr zugelassen.

Was treibt die Herren des Schirbort-Vorstandes, juristische Auseinandersetzungen gleichsam wie sportliche Wettkämpfe zu betreiben? Vordergründig muß man zunächst

einmal feststellen, daß es nicht gerade hinderlich ist für die ausgeprägte Prozeßfreudigkeit, daß die Verfahrenskosten unter den niedersächsischen Kollegen gerecht aufgeteilt werden.

Zweitens muß man wohl davon ausgehen, daß die alte Juristenweisheit, ein magerer Vergleich sei besser als ein fetter Prozeß, im Schirbort-Umfeld gänzlich unbekannt ist. Dort dürfte eher die Devise vorherrschen: Ein Prozeß ist Politik mit anderen Mitteln.

Man sollte drittens bedenken, daß auch der beste Justitiar durch die Konfliktfreudigkeit der derzeitigen standespolitischen Spitze der Gefahr ausgesetzt ist, den Überblick zu verlieren oder auf dem einen oder anderen Feld Defizite erkennen zu lassen. Man tritt der betroffenen Juristin sicher nicht zu nahe,

wenn man konstatiert, daß ein „starker Vorstand“ einen starken Justitiar gar nicht aushält (... seien Sie begrüßt, Herr Dr. Pohl!)

Der vierte Grund dürfte jedoch der entscheidende sein: Unsere aktuelle standespolitische Elite ist mittlerweile von einer Milieu-Blindheit betroffen, die wenig Gutes für die Zukunft erwarten läßt. Es mangelt ganz offensichtlich an Phantasie, die Wirkung der eigenen Worte und Taten nach außen hin abzuschätzen. Geradezu grotesk ist zeitweilig die Überschätzung der eigenen Bedeutung und die der zahlreichen berufsständischen Gremien.

„Viel Feind, viel Ehr“, war schon immer barer Unsinn, auch dann, wenn es nicht so weit ging wie bei Cervantes.

D.O.

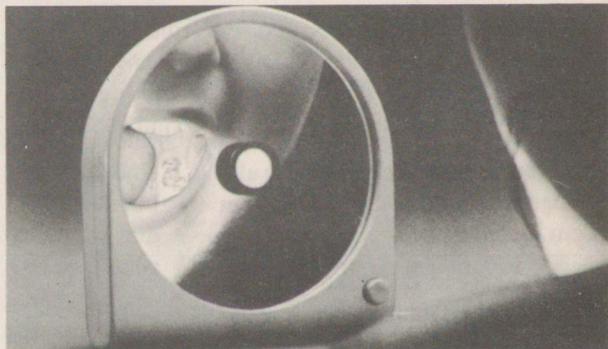
## Unerläßlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel



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

### Für Praxis und Patient!

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



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



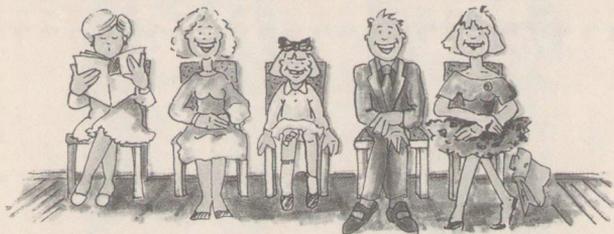
PROFIMED GmbH

Postfach 10 05 40 · 83005 Rosenheim  
Tel. 080 31/7 10 17 · Fax -/72 508

# 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



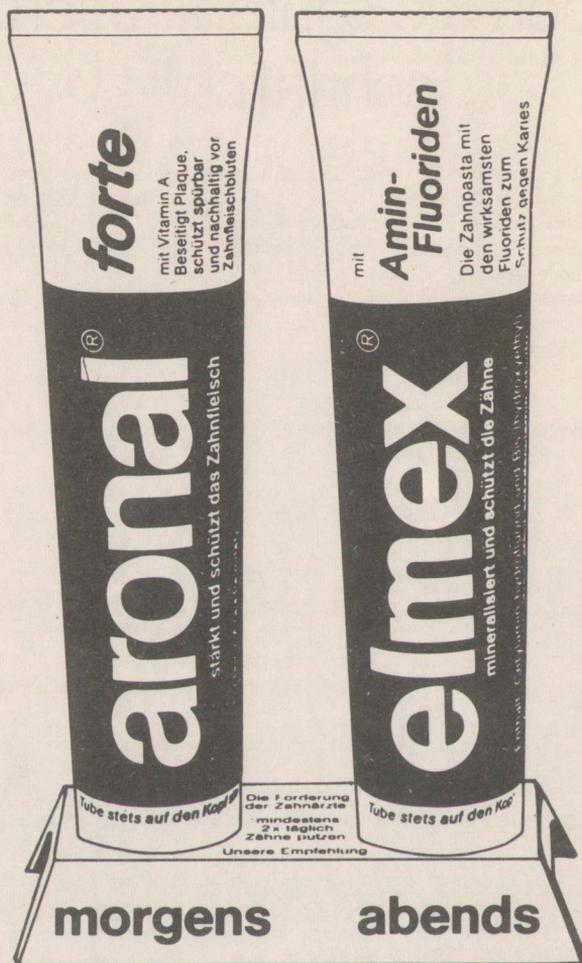
**Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg** (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). **Hilfsst:** Poly(1-vinyl-2-pyrrolidon) vernetzt, Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Tbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,50 mg 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 Lj. 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./N3 DM 9,28. Zymafluor 0,5 mg: 250 Tbl./N3 DM 10,99. Zymafluor 0,75 mg: 250 Tbl./N3 DM 12,77. Zymafluor 1 mg: 250 Tbl./N3 DM 14,78. Stand: 5/94

▣ Zyma GmbH München

# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung

# Stellungnahme zur Degression

K. Müller

Die gestaffelte Herabsetzung des Kassens-punktwerthes für abgerechnete zahnärztliche Leistungen bei Überschreitung festgelegter Umsatzhöhen (Degression) ist bei den meisten zahnärztlichen Standesorganisationen auf entschiedene Ablehnung gestoßen. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchowbund gehört zu den Gruppierungen, die diesen Vorschlag in die politische Diskussion gebracht haben. Heute wird die Handhabung der „Degression“ im wesentlichen auf die Urheberschaft von IGZ, VDZM und DAZ zurückgeführt.

Zutreffend daran ist, daß das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Zeit unseres Eingreifens in die Diskussion beabsichtigte, den Punktwert für Zahnersatzleistungen *global* um real 23,5% herabzusetzen. Dies sollte für zwei Jahre (1993–1995) erfolgen. Gleichzeitig trat die Budgetierung (Deckelung) der Gesamtausgaben für zahnärztliche Vertragsleistungen in Kraft.

Dieser zangenartige Zugriff auf die Honorierung bereits erbrachter Einzelleistungen stellte eine hohe wirtschaftliche Bedrohung besonders für Neugründungen (vor allem in den neuen Bundesländern) und für solche Praxen dar, bei denen das Gewicht mehr auf der Qualität als der Quantität der erbrachten Leistungen liegt. Der DAZ war nie der Meinung, daß es gerecht oder notwendig ist, einzelne Berufsgruppen mit Enteignungsmaßnahmen zu überziehen, aber ein Gesetz, das daran offensichtlich keinen Anstoß nimmt, mußte wenigstens insoweit korrigiert werden, daß die Tendenzen zum Sozialdarwinismus verhindert werden. Es stand dabei nicht zur Diskussion, ob Praxen, die

hohe Umsätze erzielen, dies nicht auch auf ausreichend hohem qualitativem Niveau zu stande brächten. Es lag vielmehr die Überlegung zugrunde, daß Praxen mit hohen Umsätzen einen Zeitraum von zwei Jahren mit wirtschaftlichen Einbußen leichter überleben können als dies für wirtschaftlich ungefestigte Praxen zu erwarten ist.

Daran hat sich auch heute nichts geändert. Der DAZ ist der Meinung, daß der Gesetzgeber den Beweis für eine behauptete Kostenexplosion und für die angebliche „Nichtfinanzierbarkeit“ der zahnärztlichen Behandlung in Deutschland schuldig geblieben ist. Das hat ihn aber nicht gehindert, die bekannten Einschränkungen vorzunehmen. Unter diesem Aspekt – und nur unter diesem – ist die Degression nach unserer Meinung der Eingriff, der am wenigsten schwer zu verkraften ist. Das Argument der Leistungsfeindlichkeit, das in Zahnärztekreisen besonders gegen die Degression ins Feld geführt wird, trifft auf alle anderen Fälle der Honorareinschränkung durch den Gesetzgeber genauso zu. Es bleibt ein Unding, das Konzept der Einzelleistungsvergütung anzuerkennen und gleichzeitig die Entlohnung der Leistungen zur Disposition zu stellen. Dieses Vorgehen hat der Gesetzgeber zu verantworten. Er hat auch zu gewärtigen, daß ein gesamter Berufsstand im Gesundheitsbereich die Lust an seiner Tätigkeit verliert. Dieser Umstand ist nicht in statistischen Zahlen zu fassen, aber seine Manifestation kann sich kein Verantwortlicher wünschen.

Das Sozialgesetzbuch (SGB) V leidet in mancher Hinsicht unter der Hast des Gesetzgebungsverfahrens. Beim degressiven Punkt

und seiner administrativen Anwendbarkeit ist dieser Mangel deutlich zu erkennen. Die KZV'en von Baden-Württemberg haben einen Katalog von Fehlern und Ungereimtheiten vorgelegt, der das eindrucksvoll beweist. Die Forderung dieser KZV'en, die „Degression“ ersatzlos zu streichen, ist gut zu verstehen und zu unterstützen, aber nur, wenn die Mehrheit des Bundestages dann nicht beginnt, wieder mit anderen globalen Honorarkürzungen zu operieren. Im Augenblick hat die Zahnärzteschaft dem Gesetzgeber dafür keinen Gegenwert zu bieten. Das potentielle Faustpfand einer wirkungsvollen und glaubwürdigen Qualitätssicherung kann (noch?) nicht ins Feld geführt werden. Auf die Möglichkeiten, die der § 135, Abs. 4, SGB V eröffnet, hat die Zahnärzteschaft mit vordergründigen Argumenten verzichtet. Die

administrative Fehlerhaftigkeit der Degression ist wohl mit einer Novellierung des Gesetzes weitgehend zu reparieren. Was soll also den Gesetzgeber dazu veranlassen, die Knute des degressiven Punktwerts nicht mehr zu schwingen?

Der DAZ ist der Überzeugung, daß erst das Herausgehen aus der bockigen Verweigerung der zurückliegenden Jahre, ein glaubwürdiges Darstellen des gesellschaftlichen Wertes der Zahnmedizin in Deutschland und eine konstruktive Hinwendung zu den Partnern in der Selbstverwaltung eine Chance bieten könnten, grobe und kontraproduktive Instrumente wie die Degression obsolet werden zu lassen.

Dr. Kai Müller  
Hauptstraße 26, 82229 Seefeld

# PKC

DENTALLABOR

# ZAHNTECHNIK

die für sich  
spricht...  
Lassen auch Sie  
sich überzeugen

PKC Dental-Labor · 26121 Oldenburg · Scheideweg 65 · ☎ 0441 - 8 10 38

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.**

Dental-  
Depot  
Hermann

**FÄGER**

Sup-Dent  
GmbH

*Ein Münchner  
Unternehmen mit  
Tradition!*

## Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

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

**... wann immer  
Sie können!**

---

Pettenkofferstraße 4 · 80336 München  
Telefon 089/5518 00-0

# Abgezockt

C. Nielsen, H.-W. Hey

Wie in den vorangegangenen *forum*-Ausgaben Nr. 44, 45 und 46 setzen wir unsere Serie über zahnärztliche Behandlungsfälle fort, die nicht nur extrem liquidiert, sondern auch prognostisch fragwürdig bis medizinisch unsinnig durchgeführt wurden. Natürlich sind hier zuallererst die zahnärztlichen Körperschaften aufgerufen, ihrer Aufsichtspflicht nachzukommen, will man nicht den gesamten Berufsstand erneut der Disziplinierung durch den Gesetzgeber aussetzen. In erster Linie geht es aber sicherlich um die Patienten, die vor medizinisch unnötigen, manchmal sogar den Tatbestand der Körperverletzung erfüllenden „Sanierungen“ geschützt werden sollten.

## Fall 7: „Höchster Qualitätsstandard“

Wenn die Kollegin B. L. aus München nur bei *einem* Patienten so exzessiv abgerechnet hätte, dann könnte man sich ja noch den Fall einer besonders schwierigen und zeitraubenden Therapie vorstellen. Inzwischen gibt es aber bereits bei einer einzigen Krankenversicherung eine ganze Reihe von Behandlungsfällen, bei denen Frau Dr. L. jeweils so ähnliche, viele und vielfach wiederkehrende Leistungen erbracht haben will, daß sich der Eindruck aufdrängt, daß hier mit System die Gebührenordnung (GO-Z) als wohlfeile Wundertüte ausgereizt wurde.

Eigentlich sind es nur 3 Kronen und eine 4-gliedrige Brücke, die die Kollegin der Patientin G. R. eingliedert hat. Dafür wurden aber – in 4 Sitzungen und nur an diesen Zähnen – 13 Leistungen nach Pos. 405 (Zahnsteinentfernung), 16 mal die Pos. 203 (besondere Maßnahmen beim Präparieren), 17 mal die Pos. 307 (Exzision der Schleimhaut) und 3 mal die Pos. 407 (Parodontalchirurgie) und für dies alles 22 mal Pos. 009 (Infiltrationsanaesthetie) und 6 mal Pos. 010 (Leistungsanaesthetie) sowie 3 mal Funktionsanalyse nach Pos. 801–805 in Ansatz gebracht. Alle Leistungen werden mit dem 2,7–3,5 fachen Satz der GO-Z abgerechnet für insgesamt 13.188,60 DM – u.a. mit der mehrfachen Begründung: „Höchster Qualitätsstandard bezüglich Präparations- und Paßgenauigkeit“.

Vor allem die unzähligen Begründungen für die Steigerungssätze waren es wohl, die die ratlose Versicherung veranlaßt haben, die medizinische Notwendigkeit der Leistungen und die Zulässigkeit der Abrechnung gutachterlich überprüfen zu lassen. Der von der Kammer benannte Gutachter Dr. Sch. stellt hierzu auch fest: „Die Begründungen sind stereotyp – sie werden größtenteils nicht auf die einzelnen Leistungen bezogen, sondern erscheinen als Aufzählung mehrerer überhaupt möglicher Begründungen, aus der sich der Leser dann bedienen möge.“ Weiterhin stellt Dr. Sch. bei einer Untersuchung der Patientin fest, daß die Begründungen z.T. gar nicht zutreffen können: „Der 3,4 fache Satz für den Ansatz der Pos. 234 am 15.2., begründet mit „übergroße, jugendliche Pulpa“, kann die Wahrheit nicht treffen, wenn zum anderen am 17.5. der 3,4 fache Satz für die Pos. 239 damit begründet wird, daß die Kanaleingänge nur erschwert dargestellt werden konnten.“

Der Gutachter beanstandet außerdem, daß „trotz der mehrfachen Abrechnung von Zahnstein – Konkremententfernungen und parodontalchirurgischen Maßnahmen bei der Untersuchung an den betreffenden Zähnen Zahnstein und Konkremeute zu sehen sind und eitriges Sekret aus einer (behandelten) Zahnfleischtasche fließt, daß Wurzelbehandlungen trotz der Anwendung des Höchstsatzes der GO-Z „unzulänglich“ sind und die ebenfalls mit dem Höchstsatz berechnete Krone auf dem Zahn 37 („höchster

Qualitätsstandart“) eine positive Stufe von ca. 1,5 mm aufweist“.

Mehrfach ist im Gutachten die Rede von Leistungen, die „medizinisch nicht nur nicht nachvollziehbar, sondern auch medizinisch kontraindiziert sind“. Und schließlich: „Nicht unerwähnt soll bleiben, daß ein Fläschchen zu 4 ml der Färbeflüssigkeit des ‚Caries Detectors‘ für 500–800 Anwendungen im regulären Dentalhandel zum Komplettpreis von 72,20 zuzgl. MwSt. zu

erhalten ist; in der vorliegenden Abrechnung wurde die Anwendung, pro Zahn, zu 150.– DM abgedungen.“

Da wundert man sich dann auch nicht mehr, daß die Kollegin L. sich allen Bitten und Aufforderungen von Gutachtern um Überlassung von Behandlungsunterlagen mit dem Hinweis auf ihre ärztliche Schweigepflicht widersetzt, bis sie schließlich von juristischer Seite dazu veranlaßt wird.

### Fall 8: Inlays zum 8-fach Satz

Zwar hat Frau Dr. R. L. aus Frankfurt ihrem Patienten H.-J. B. am 8.7.'92 einen Heil- und Kostenplan über die Versorgung von 4 Zähnen im Oberkiefer (14, 15, 16, 17) ausgestellt und darin ausgeführt, daß „der 8-fach Satz GO-Z für zwei Keramikinlays, der 6-fach Satz für eine Teilkrone, ein Zentriregistrat und eine Zentri montage sowie der 5,5-fach Satz für eine Vollgußkrone“ in Anwendung gebracht würden. Begründet wurde dies aber nicht mit besonderen individuellen Umständen oder Erschwernissen, sondern mit dem lapidaren Hinweis auf „die weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision“ ihrer Arbeit. Deshalb erwarte sie auch von Herrn B., daß er ein Drittel des voraussichtlichen Gesamtbetrages (knapp 10.000.–DM) zu Beginn der Behandlung bezahle, ein weiteres Drittel „nach Fertigstellung der Unterlagen für das Labor“ und den Restbetrag bei Eingliederung. Herr B. hat diese Vereinbarung zwar nicht unterschrieben, sich der Behandlung gleichwohl unterzogen.

Bei der Durchführung und Abrechnung finden sich dann z.B. Mehrfachberechnungen individueller Abformungen, die (unzulässige) Berechnung von Aufbaufüllungen unter Inlays und mehrfache Caries profunda-Behandlungen zum 3,5-fach Satz, aber

weder eine Vitalitätsprüfung noch eine Röntgenaufnahme oder auch nur eine  $O_1$  – nicht sehr glaubwürdig, wenn ausdrücklich auf die „weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision“ verwiesen wird.

Insgesamt also 3636,66 DM für die Herstellung der vier Restaurationen im Eigenlabor und 5.472,54 DM Honorar für die Kollegin. Dazu ein Vergleich: Die Operation eines „inflammatorischen Aortenaneurysmas“, höchster Schwierigkeitsgrad, 5–6 Stunden Operationszeit – ohne weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision kann der Patient einen solchen Eingriff nicht lange überleben – wird vom leitenden Chirurgen einer Münchner Klinik mit 4414.–DM liquidiert (3,5-fach Satz, einschl. 5 Untersuchungen und 25 Besuchen). Der muß dazu 20% an das Krankenhaus und knapp 30% an den Mitarbeiterpool abführen.

Aber auch dann, wenn man findet, daß der Chirurg für eine solche Operation mehr bekommen müßte (er selbst findet die Abdingung über den 3,5-fach Satz „generell unmoralisch“), und wenn man einräumt, daß auch die Zahnärztin ihre Praxis abbzahlen muß und Betriebskosten hat: Finden Sie nicht auch, daß trotzdem diese Relationen bedenklich und peinlich sind?

Dr. Chr. Nielsen, Dr. H.-W. Hey  
Lindenschmitstr. 44  
81371 München

## Zahnärztliche Behindertenhilfe legt neues Verzeichnis vor

Hannover (nrp). – Die niedersächsische Zahnärzteschaft, deren Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe Niedersachsen e.V. sich seit rund 20 Jahren für die medizinische Spezialbetreuung von Behinderten und für deren Eingliederung in die Gesellschaft einsetzt, hat jetzt eine neue Broschüre vorgelegt. Darin sind die Anschriften aller Zahnärzte übersichtlich zusammengefaßt, die ihre Praxen speziell für die Behandlung körperlich und geistig behinderter Patienten eingerichtet haben. Das mit finanzieller Unterstützung des Niedersächsischen Sozialministeriums aufgestellte Verzeichnis erhalten alle Gesundheitsämter und alle Zahnarztpraxen, um die Adressenfindung bei der Überweisung eines behinderten Patienten zu erleichtern.

Schwerpunkte des Engagements der Arbeitsgruppe sind, wie der Vorsitzende Dr. Ekkehard Ficken betonte, einmal die zahnärztliche Prophylaxe mit der Information für die Betreuer in den Behinderteneinrichtungen und für die Familien, in denen Behinderte leben. Zum anderen sind es die Frühbehandlung und die regelmäßige Zahnkontrolle der Behinderten durch die geschulten Zahnärzte. Zudem werden noch ganztägige Seminare den Betreuern in den Behinderteneinrichtungen angeboten. Wie Dr. Ficken weiter sagte, sei im Rahmen des neuen Verzeichnisses auch an die Behandlung von geistig Behinderten mit der Intubationsnarkose (ITN), die in besonderen Fällen durch den Zahnarzt angewendet werde, gedacht. Für diese Vollnarkose seien besondere Voraussetzungen zu erfüllen, um sie im Interesse der behinderten Patienten erfolgreich handhaben zu können. Wenn die Zahnärztliche Behindertenhilfe mit ihrer Arbeit auch bereits Verbesserungen des Mundgesundheitszustandes bei den Behinderten erreicht habe, so bleibe doch noch viel zu tun. Leider hätten noch nicht alle Behinderteneinrichtungen von der kostenfrei angebotenen Leistung der Zahnärzte Gebrauch gemacht, betonte Dr. Ficken. rz

## Dr. Helmut Diewald DENTAL-DEPOT

**Das preisgünstige Depot  
für qualitätsorientierte  
Zahnärztinnen und -ärzte!**

Pa-Instrumente führender  
deutscher und internationaler  
Hersteller

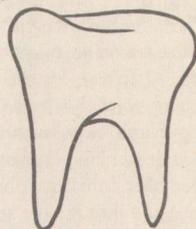
Alles, was Sie zum Schärfen von  
Pa-Instrumenten brauchen  
Chirurgie-Instrumentarium  
Röntgen-Zubehör  
Hilfsmittel zur Vorbereitung des  
Sulcus für die Abformung

**Alle Artikel in eigener Praxis  
erprobt !!**

**Anruf oder Fax genügt:  
Ich mache Ihnen ein Angebot!**

Donaustauer Straße 25  
93059 Regensburg  
Telefon (09 41) 4 18 64  
Telefax (09 41) 4 18 27

FRAGA · DENTAL



- **Füllungen**

haltbarer, preiswerter

- **Instrumente aller Art**

Hu Friedy, Deppeler, Carl Martin, etc.

- **Schleifservice, Schleifkurse,  
Schleifmaschinen**

**FRAGA · DENTAL**

Winzeldorfer Straße 2 · Postfach 11 63 · 25470 Bönningstedt

Telefon 040 · 55 66 255 · Telefax 040 · 55 67 331

# QS in der Zahnheilkunde

## DAZ-Vorschläge zur Qualitätssicherung

K. Müller

Die folgenden Vorschläge zur Qualitätssicherung wurden von uns bereits der IGZ zur Behandlung vorgelegt. Bevor wir aber darüber diskutieren konnten, war der DAZ bereits ausgetreten. Sie liegen jetzt auch dem „Gesprächskreis Zahnärzte“ bei der BZÄK vor und sollen demnächst dort besprochen werden. Absicht war, nur Maßnahmen vorzuschlagen, die nach heutigem Sachstand innerhalb der Zahnärzteschaft realisierbar wären. Ohne einige grundsätzliche Exkurse zur Begründung der Vorschläge geht es leider bei diesem Thema nicht.

Die Einführung, Verwirklichung und Fortschreibung qualitätssichernder und -verbessernder Maßnahmen in der Zahnmedizin ist Aufgabe der gesamten Zahnheilkunde in Praxis, Lehre und Forschung. Zuständig und verantwortlich hierfür ist der/die einzelne Zahnarzt/ärztin. Die Zahnärztekammern sollen (im Sinne des Subsidiaritätsprinzips) organisatorische Ressourcen zur Verfügung stellen, und ansonsten in jenen Bereichen tätig werden, die ihnen vom Gesetzgeber aufgetragen sind (Fortbildung, Berufsordnung, Schiedsstellen o.ä.).

Kassenzahnärztliche Qualitätssicherung ist immer eine Untermenge der zahnärztlichen und hat dort ihre Berechtigung, wo ihre Besonderheiten auch besondere Regelungen erfordern. Die Ausbildungsstätten für Zahnmediziner und zahnmedizinische Assistenzberufe sind ebenfalls unverzichtbare Träger qualitätssichernder Systeme.

### Zielsetzung qualitätssichernder Maßnahmen

Qualitätssicherung verfolgt verschiedene Absichten:

#### 1. Transparenz:

– *Nach innen:* Ordnung und Überblickbarkeit der eigenen Vorgehensweisen bis hin zur ergebnisorientierten Qualitätssiche-

rung. Transparenz durch Qualitätssicherung entsteht beim einzelnen und in der Berufsgruppe.

– *Nach außen:* Vertrauensbildung und -sicherung gegenüber Patienten, Öffentlichkeit, Kostenträgern etc. Auch hier reicht das Spektrum vom einzelnen zur Gruppe.

#### 2. Kompetenz

Dies ist das Feld der voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung. Sie umfaßt die Aus- und Fortbildung, vom Erwerb von Wissen und Fähigkeiten bis zur Einübung der kritischen Selbstbewertung.

#### 3. Motivation

Auch hier ist der einzelne nicht von der Gruppe zu trennen. Eine Gruppe, die in der Lage ist, ihre Kompetenz (und damit ihren Nutzen für die Öffentlichkeit) sichtbar zu machen, wird auf ihre Mitglieder eine positive Wirkung in Richtung auf Erhalt und Verbesserung der Qualität haben. Die Zahnärzteschaft hat jahrelang (bis heute) den Fehler begangen, Qualitätssicherung als Knote zu betrachten. Der damit ausgedrückte Zweifel am Selbstwert hat sich auf das Bild übertragen, das die Gesellschaft von uns hat.

#### 4. Sanktion

Der erzieherische Wert von Strafen ist immer fragwürdig, und schon deshalb kann

Sanktion nur ein letztes Mittel sein. Weil wir befürchten, daß die Einführung von Sanktionen gegen Kollegen auf das Außenbild der gesamten Zahnärzteschaft zurückfallen könnte, trauen wir uns an sie nicht heran. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung (von der die Öffentlichkeit nichts weiß) hat bei uns erstaunlicherweise nicht so sehr das Odium der Strafe. Der moralische Appell an beliebige Gruppen allein hat wiederum keine nachhaltige Wirkung. Ohne Sanktion hat Qualitätssicherung keine Zähne. Wie und wen man beißt, wird man erst dann herausfinden, wenn man ernsthaft daran gegangen ist, Qualitätssicherung zu institutionalisieren. Die erforderlichen Regelkreise müssen sich aus Theorie und Empirie ergeben.

#### Zu 1.

Der wichtigste Aspekt der Qualitätssicherung ist es, der Öffentlichkeit zu einem besseren (und damit realistischeren) Eindruck von uns zu verhelfen! Die Zahnärzteschaft leidet wirklich am Fernbild, das die Öffentlichkeit von ihr hat. Medien, Sozialpartner, Gesetzgeber haben eine Vorstellung von uns, die wir nicht akzeptieren und die wir als fahrlässige oder gar böswillige Diskriminierung empfinden. Wollen wir daran etwas ändern, müssen wir ganz unten anfangen – beim einzelnen Patienten und beim einzelnen Kollegen. Da der Umkehrprozeß nur allmählich verlaufen kann, müssen wir uns nicht auf Kampagnen werfen, die nach schnellem Erfolg aussehen.

#### Vorschlag:

Bei allen Sanierungsfällen, das heißt, immer wenn mehrere verschiedene diagnostische und therapeutische Maßnahmen anstehen, sollen die Patienten einen schriftlichen **Behandlungsplan** erhalten. Dieser wird Bestandteil der Dokumentation. Dies ist ein Mehraufwand! Vielleicht besteht aber eines Tages die Chance, ihn

honoriert zu bekommen, zur Zeit sollten wir diesen Schritt als PR-Maßnahme betrachten. Ein Unterschied zwischen Kassen- und Privatpatienten darf nicht in Erwägung gezogen werden. Siehe Vorwort! Am anderen Ende der Behandlung steht ein **Sanierungstestat**.

#### Zu 2.

Weitgehend unter Ausschluß der (zahnärztlichen) Öffentlichkeit finden derzeit Auswahl und Bestellung der Gutachter, Festlegung von Qualifikationskriterien, Fortbildung für Gutachter statt. Die wenigsten Zahnärzte haben eine Ahnung davon, Laien erleben die Tätigkeit von Gutachtern bruchstückhaft, wenn sie davon betroffen sind. Die Meinungsbildner nehmen sie nicht zur Kenntnis.

#### Vorschlag:

- Gutachter sind unsere besten „Qualitätskommissare“! Sie betreiben standesinterne Qualitätssicherung.
- Die Kriterien, nach denen sie ausgewählt werden, müssen **öffentlich** sein. Jeder, der sie erfüllt, muß sich bewerben können. Gutachteraufgaben müssen standesintern ausgeschrieben werden. Die Bestellung muß nachprüfbar für die Zahnärzteschaft sein.
- Die Honorierung für die Gutachtertätigkeit muß so gestaltet sein, daß sie nicht mit Einbußen verbunden ist.
- Sollten im kassenzahnärztlichen Bereich ausreichende Honorare nicht erzielbar sein, müssen die Kammern zuschießen. Die fachlichen Inhalte und Kriterien der gutachterlichen Tätigkeit müssen anders als bisher Gegenstand der fachöffentlichen Diskussion sein.

#### Zu 1,2

Die Auswahl an Produkten, die der Zahnärzteschaft angeboten werden, ist nicht mehr

übersehbar. Mit dem „Dental-Vademekum“ hat die BZÄK darauf zu reagieren versucht. Im Vergleich mit den USA ist die bisherige Vorgehensweise allerdings defizitär. Die American Dental Association (ADA) hat schon seit sehr vielen Jahren ein System der Qualifikation für Werkstoffe und Instrumente.

#### Vorschlag:

- In Verhandlungen mit der ADA sollte erreicht werden, daß die „ZM“ das Recht erhält, die im Journal der ADA (JADA) veröffentlichten Produktqualifikationen nachzudrucken, soweit sie für unseren Markt Relevanz haben.
- Die Verbraucherorganisationen können von den Inhalten unterrichtet werden.
- Auf lange Sicht sollte unsere Zusammenarbeit mit der Industrie ähnlich aussehen wie in den USA (auch mit Blick auf den europäischen Markt). Die Errichtung einer Stiftung wäre ein gangbarer Weg, die Industrie (und – wenn von ihnen gewünscht – die Kostenträger), sowie die Verbraucherverbände mit einzubinden.

#### Zu 1,3,4

Die Ergebnisqualität zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen ist ein heißes Eisen. Zu lange haben unsere Standesorganisationen den Eindruck zu erwecken versucht, daß sich gute Ergebnisse von selbst einstellen, wenn die Voraussetzungen und die Strukturen stimmen (hiermit soll einer positiven Wirkung von Struktur- und Voraussetzungsoptimierung keineswegs widersprochen werden). Trotzdem ist es unsere Pflicht, uns auch um **gute Ergebnisse** zu sorgen. Nach dem SGB V und der Verweigerung der Zahnärzteschaft ist nur nicht mehr damit zu rechnen, daß dieses Kapitel QS in Zukunft in unserer Verantwortung belassen wird. Dieses Kind wird andere Vormünder bekom-

men. Die Schuld daran trägt allein der FVDZ. Was uns – vielleicht – noch bleibt, ist eine späte Kooperation mit den Krankenkassen.

#### Vorschlag:

- Wir bieten jenen Kassen (oder -verbänden), die ohnehin patientenbezogene Routinedaten sammeln und unter Qualitätsaspekten auswerten, an, die Wirtschaftlichkeitsprüfung dort zu modifizieren, wo qualitätsbezogene Daten zur Verfügung stehen. Bei der Evaluation der Daten sind wir behilflich. Der chronologische Krankenschein wird nicht mehr mit der -scheinheiligen – Begründung bekämpft, daß wir ihn nur deshalb nicht wollten, weil ausgerechnet wir die Patienten vor Ausspähung schützen müßten.

#### Zu 1,2,3

Das Werbeverbot in unseren Berufsordnungen wird in den nächsten Jahren eine allmähliche Aufweichung erfahren. Tendenzen dafür sind erkennbar. Zwischen informativer Werbung (in einem **Markt**, der ja allenthalben von uns gefordert wird) und marktschreierischer Reklame, liegt ein weites Feld. So, wie die Zahnärzteschaft als Ganzes Werbung und Imageförderung nötig hat, ist es keineswegs gleich als unappetitlich zu bezeichnen, wenn einzelne Zahnärzte mit Vorzügen werben, über die unter uns Fachleuten Konsens herzustellen ist.

#### Vorschlag:

- Das erfolgreiche Absolvieren der Akademie für Praxis und Wissenschaft ist ein Nachweis von Kompetenz. Die Zahnärzteschaft wirbt bei Medien und Verbänden für die Beachtung dieser Qualifikation. Die – peinlichen – Schilderkommissionen werden angewiesen, das Anbringen eines entsprechenden Signets auf Praxisschildern, Briefköpfen und dergleichen zu dulden.

### Zu 1,4

Beim Laien hat sich die Auffassung verfestigt, daß kein Zahnarzt einem anderen „ein Auge aushackt“, wenn es zu Beschwerden und Konflikten kommt.

#### Vorschlag:

Es werden in allen Kammerbezirken Beratungs- und Schlichtungsstellen eingerichtet. Die Aufgabenstellung wird mit Verbraucherverbänden abgesprochen. Es ist sogar vorstellbar, daß Laien bei Schlichtungsversuchen mitwirken. Probleme aus dem Kassenzahnärztlichen Bereich werden nicht per se ausgeschlossen.

Verstehen Sie bitte unsere Vorschläge als Anregung zur internen Diskussion! Sowohl die Zielsetzung als auch die Realisierung können und sollen in Frage gestellt werden. Nicht in Frage steht meines Erachtens die Erfordernis, offen, rasch und glaubwürdig eigene Konzepte zur Qualitätssicherung zu finden, und sie so umzusetzen, daß nicht auch hier wieder ein eigenständiger zahnärztlicher Verantwortungsbereich zur Spielwiese der Administration wird.

Dr. Kai Müller  
Hauptstr. 26  
82229 Seefeld

---

## Inlays gehören nicht in den Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

Köln, 24. August 1994 – Die Skepsis gegen Silberamalgam als Füllungswerkstoff hat offensichtlich bei Gesundheitspolitikern und Krankenkassen zu Überlegungen geführt, statt Amalgam-Füllungen laborgefertigte Füllungen (Inlays) in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, warnt dringend davor, diese komplizierte und teure Versorgungsform als Sachleistung der GKV einzuführen. Gesundheitspolitisch wäre nichts gewonnen, durch unkalkulierbare Kostenexplosion aber die gerade versuchte Konsolidierung der GKV verspielt. Inlay-Versorgungen und andere besonders anspruchsvolle Verfahren eignen sich nicht als Regelleistung bei Karies im Seitenzahnbereich.

Aber auch der vom „Consilium Politicum“ der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

(KZBV) „einstimmig“ gefaßte Beschluß, Füllungstherapie im Falle eines Amalgamverbots nur noch mit „Steinzement oder Glasionomer-Materialien“ durchzuführen, entspricht keineswegs einer zeitgemäßen Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung. Der Vorschlag „Steinzement“ gleicht dem Griff in die Mottenkiste.

Da für kurzfristige Anwendungseinschränkungen von Amalgam plausible Gründe fehlen, plädiert der DAZ dafür, von einem Amalgam-Moratorium vorerst abzusehen. Geplante Indikationseinschränkungen über das bisherige Maß hinaus, allein auf Grund einer verunsicherten Öffentlichkeit, sollten erst in einigen Jahren wirksam werden. Bis dahin wird es Wissenschaft und Industrie gelingen sein, biologisch verträglichere, stabile und kostengünstige Ersatzmaterialien für Amalgam zur Verfügung zu stellen.

DAZ-Presseerklärung

# Die technisch unabhängige Praxis

T. Ropers

Ein wesentlicher Marketing-Grundsatz der Dental-Industrie besteht offensichtlich darin, daß die Zahnärzte in technischer Abhängigkeit gehalten werden müssen.

Wo eben möglich, wird der Verkauf einer Dienstleistung, eines Gerätes oder von Verbrauchsmaterial so angelegt, daß der Zahnarzt damit auch zwangsweise künftig von entsprechenden Nachlieferungen und Serviceleistungen abhängig bleibt. Nicht zufällig sind „Dental“-Schläuche, -Schalter, -Ventile etc. nicht besser und nicht schlechter als die Nicht-Dental-Gegenstücke aus dem Baumarkt: Leider sind nur die Querschnitte, Spannungen und Passungen nie ganz kompatibel. Es müssen also stets original Dental-Ersatzteile sein.

Für die zahnärztlichen Behandlungseinheiten kann gesagt werden, daß sie seit der Einführung der sitzenden Behandlung am liegenden Patienten nahezu unverändert geblieben sind. Ausstattungsstandard ist seither: Turbine, 2 Mikromotoren, Ultraschall-ZEG, Mehrfunktionsspritze beidseitig, großer und kleiner Sauger auf Helferinnenseite, gute Op-Leuchte. Dazugekommen sind seither nur die Lichtversorgung der Antriebe sowie die Polymerisationslampe für lichthärtende Kunststoffe.

Die restlichen Unterschiede an den Einheiten sind lediglich Bequemlichkeitsvarianten: Überbot man sich bis ca. 1989 in Automatisierungen, so lag das an der Honorierungssituation: Die Arzt-Zeit war exorbitant teuer, hingegen waren Personal- und Arbeitszeitkosten nachrangig bewertet. Vier- bis Sechshand-Technik bei der Behandlung waren normal und die Arbeitsplätze mußten vollautomatisch allen Wünschen des Behandlers entsprechen. Die technische Anfälligkeit

solcher „Dental-Vollautomaten“ wurde dadurch kompensiert, daß der Behandler eben ein oder zwei Behandlungszimmer in Reserve einrichten mußte und der Depot-Techniker konnte quasi sein Feldbett in der Praxis einrichten. Die deutsche Zahnmedizin mit Ihrer Zulieferungsindustrie hat somit das höchste Kostenniveau der Welt.

Bekanntlich muß sich seit einigen Jahren die deutsche Zahnheilkunde an das Backen immer kleinerer Brötchen gewöhnen. Automatisierung wird zunehmend entbehrlicher; der Zahnarzt legt durchaus auch einmal selber Hand an. Es gibt wieder eine Nachfrage nach Einheiten, an denen der Behandler auch ohne Helferin zurechtkommt.

Für das Ausland bauen auch die namhaftesten deutschen Hersteller einfache, rein luftgesteuerte Units, wie sie in Amerika selbstverständlich sind: Bemerkte man einen Defekt, muß man nur horchen, wo es zischt, kann das entsprechende Teil (Schlauch, Verbindung, Ventil) selbst austauschen und arbeitet weiter. In Deutschland verstecken sich die Firmen hinter der Medizin-Geräte-Verordnung (wegen des meist eingebauten (!) Elektrochirurgie-Gerätes) und weigern sich, irgendwelche Vereinfachungen an den Geräten vorzunehmen. Da sie dennoch wissen, daß die Zeit der „Dinosaurier“ abläuft, versuchen sie heftig, technisch aufwendige Innovationen zu puschen. Die einfache Frage: „Cui bono?“ weist auf eine kräftige Wurzel der Amalgam-Phobie hin: Computergesteuerte Keramikfräsungen für die Füllungstherapie, welch' ein Markt wäre das! Auch die computerisierte Funktionsanalyse hätte ein Bombengeschäft sein müssen – wäre da nicht dieser unangenehme Bumann gewesen, der den logischen, einfachen Weg

aufgezeigt hat. Sicherer ist es da schon für die Dental-Industrie, sich den Bedarf selbst herzustellen, etwa durch Infiltrierung der politischen Instanzen und Genehmigungsbehörden. Klassisches Beispiel: Amalgamabscheidung. Der politische Druck („Zahnarztpraxen in die Gewerbegebiete!“) sorgt für schnelle Akzeptanz der Herstellerwünsche bei den Genehmigungsbehörden. Die Zulassungskriterien geben schließlich das exakt wieder, was die Marktführer vorteilhaft anbieten können. Dabei werden vorher durchgesetzte unsinnige Komplizierungen, die die Zahnärzte abhängiger machten, als Axiom beibehalten.

Die Absaugung war von alters her eine Feuchtabsaugung, zunächst mit „zentralem Sekrettopf“, der einige unappetitliche Arbeit für die Helferin bedeutete, jedoch funktionssicher bereits beides sicherstellte: Separation und Abscheidung! Nur kippte man damals das Abscheidegut üblicherweise ins Klo.

Da die Separation hierbei gut funktionierte, diente als Vakuumerzeuger in diesen Praxen meist eine Trockensaugmaschine, z. B. von Dürr, die als gekapseltes Hochleistungsgebläse schnell viel Luft bewegen und nur als Nebenprodukt ein Vakuum erzeugen kann.

Etwa seit 1974 wurde dieses System für die Praxisneueinrichtung von den Depots weniger empfohlen zugunsten eines Feuchtabsaugesystems ohne Sekretbehälter, nämlich mit einem Feuchtvakuumerzeuger, der die ekligen Abwasserbelastungen selbst verarbeiten bzw. weitergeben konnte. Die „Ritter Vacuumaire“ produzierte als Wasserringpumpe schnell ein gutes Vakuum, bewegte aber nur als Nebenprodukt (relativ) schnell viel Luft. Sie hat zwei Pferdefüße: 1. Der ständige recht hohe Wasserverbrauch, der auch im Selbstausbau nicht befriedigend auf Wasserumlauf des Brauchwassers umgebaut werden kann, da die Absaugluft-Kontamination sehr leicht zu Flockenbildung durch

Verkeimung führen kann (Cattani scheint das jetzt zu können!) und 2. das „unsägliche“ Marmeladenglas in der „Vacuumaire“ – eigentlich auch ein Abscheider, den man gelegentlich reinigen und ins Klo entleeren mußte. Aber funktionssicher!

Seit 1980 etwa verkaufen die Depots lieber pro Behandlungsplatz eine Separation (meistens Dürr) mit Einleitung der Feuchtigkeitsanteile aus der Absaugung in den Abfluß. Der Abfluß der Einheiten vereinigte sich aber stets unter dem Estrich der Fußböden mit Waschbecken-, Waschmaschinen- und Toilettenabflüssen, wodurch zentrale Abwasserreinigung unmöglich gemacht wurde. Vor allem aber begann seither die unendliche Leidensgeschichte der Zahnärzte: Ich habe keinen Kollegen kennengelernt, der sich nicht nur zu gerne von der ungeliebten teuren und anfälligen Separation an der Wassereinheit wieder getrennt hätte.

Die „Bau- und Prüfgrundsätze“ für Amalgamabscheider sind jedenfalls so formuliert, als gäbe es nichts anderes als den zentrale Reinigung der durch dezentrale Separation entstandenen Abwässer. Die dennoch erteilte Genehmigung für etwas ganz anderes, nämlich zentrale Separation mit zentraler Sedimentationsabscheidung, kam nur durch besondere Hartnäckigkeit und pragmatische Kompromißbereitschaft des Antragstellers zustande. Nach den (Zentrifugen-) Prüfkriterien war so ein Sedimentationsabscheider nicht genehmigungsfähig. Eine Anfechtung der Prüfkriterien hätte wohl letztendlich zum Erfolg führen müssen, aber bei den bekannten „Mühlen“ wohl 3, 4 oder 5 Jahre gedauert – viel zu spät für eine Vermarktungsmöglichkeit. Also mußte ein lausiger Kompromißvorschlag des Instituts für Bautechnik angenommen werden: Die Prüfkriterien werden nicht geändert, aber für den Sedimentationsabscheider nicht angewandt. Der „Sed“ ist somit eine Neuauflage des uralten

Sekrettopfes, nur ohne eklige Hantierung und mit ordnungsgemäßer Entsorgung. Sein Erfolg am Markt (gegen den wütenden Widerstand der gesamten Dentalbranche) widerlegt also nicht nur alle Zentrifugenverkäufer, sondern auch das Prinzip der dezentralen Separierung. Auch international ist diese aberwitzige Hochtechnologie abgeschmettert worden (Vgl. ZM Nr. 7 vom 1.4.94, S. 115).

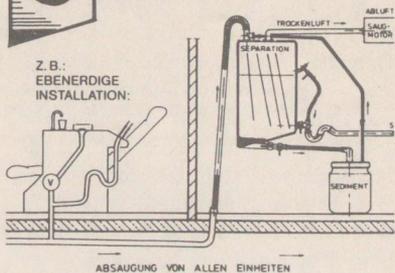
Für das Teilgebiet Abscheidung/Absaugung ist die Empfehlung also klar: Feuchtabsaugung mit Einleitung der Speischalenflüsse in die Saugleitung, zentrale Separation mit zentraler Abscheidung, dahinter Trockenabsaugung. Geachtet werden muß auf Unabhängigkeit bei der Entsorgung! Hierzu passende Dental-Behandlungseinheiten werden von *allen* namhaften Herstellern geliefert, obwohl die jeweiligen nationalen Marketinggrundsätze der Firmen etwas ganz anderes aussagen. „Ohne Zentrifuge, ohne Separation, luftgesteuert“ kann man kaufen. Sprechen Sie doch einmal mit Ihrem Depot über Reimporte: Plötzlich ist doch alles möglich!

Generell für die ganze Praxistechnik gilt: Zentralisieren Sie, wo es nur möglich ist!

- Druckluft: Kaufen Sie sich einen zweiten Kompressor, im Bypass angeschlossen. Es kann auch ein gebrauchter sein, ein ölfreier Industriekompressor oder ein Kompressor für Befüllung von Sporttaucherflaschen (oft baugleich, aber um die Hälfte billiger). Bauen Sie effektive industrielle Luftfilter hinter die Kompressoren und warten Sie diese Filter regelmäßig!
- Vakuumerzeugung: Besorgen Sie sich ein (gebrauchtes) Reservegerät. Notfalls reicht auch ein im Bypass angeschlossener Industriestaubsauger – der muß allerdings wegen fehlender Abluftführung im Freien stehen – stinkt sonst!
- Wasserzufuhr: Bauen Sie effektive industrielle Wasserfilter vor die Leitungen, die

## Der zentrale Amalgam-Abscheider

# SEDAS 4



ABSAUGUNG VON ALLEN EINHEITEN

### ist in der Dauerwirtschaftlichkeit überlegen:

- keine Firmenbindung bei der Entsorgung, jährliche Entsorgungskosten bei RWTÜV oder Medentex ca. DM 100,- für die gesamte Praxis
- verschleißfrei
- einziger zugelassener Amalgamabscheider ohne Stromanschluß und Notabschaltung
- niedrige Installationskosten auch bei Praxisneueinrichtung (Abflußleitungen der Einheiten entfallen)
- hohe Haltbarkeit durch Konstruktion und Ausführung in Edelstahl
- einschließlich zentraler Separation

### und ökologisch:

- hoher Wirkungsgrad: unter Praxisbedingungen größer als 99,5%
- Entsorgung: keine Endlagerung oder Verbrennung von Filterkästen im Ausland, sondern Recycling aus hygienefähigen Weithalsfässern durch zugelassene Entsorger

Coupon an:

Dental-Geräte-Technik  
Dr. Till Ropers GmbH  
Vaeerenkamp 4  
21739 Dollern  
Telefon 04163 / 4018  
Telefax 04163 / 6230

Ja, ich will mehr über den SEDAS 4 wissen: (Stempel)

zu den Einheiten führen, und warten Sie auch diese Filter regelmäßig (Sie ersparen sich viele Ausfälle)!

- Gegebenenfalls zentrale Hydraulik für Behandlungsliegen, mit Reserveaggregat und Hydraulikölfiltern. Über das „Twiggy-System“ kann Kai Müller, Seefeld, weiter informieren.

Am Behandlungsplatz ist es bequem, mit einem Schalter alles einzuschalten, Wasser, Druckluft und Strom. Sicherer sind einzelne manuelle Schalter (muß sein, da Sie so bei Defekt in einem Zimmer wenigstens in den anderen Zimmern weiterarbeiten können). Auch innerhalb der Arbeitsplätze sollten Sie trennen, was trennbar ist: Keine Designer-Karosse kaufen, in die alles eingebaut ist. Keinesfalls ein eingebautes Elektrotom kaufen, da dann die gesamte Einheit der Medizingeräteverordnung unterliegt. Strategisch wichtig ist es, eine Leerfunktion des Fußanlassers über ein Kabel mit der 12-Uhr-Position zu verbinden, um so mindestens ein

externes Beistellgerät (ZEG o.ä.) benutzen zu können, selbst wenn die Einheit ansonsten „streikt“.

Also: Solide separate Behandlungsliege. Solide (luftgesteuerte) Einheit mit eigener Bodenanschlußdose. Mindestens ein externes Beistellgerät. Op-Leuchte nicht mit Einheit verbinden, sondern als Deckenleuchte installieren und mit der Raumbelichtung schalten. Schränke gibtes von Küchenmöbelherstellern in gleichguter Qualität wie „dental“. Spezielle Schubladeneinsätze der Dentalfirmen lassen sich größenmäßig einpassen.

Zu guter Letzt: Verteilen Sie bei Ihren Mitarbeitern klar die Kompetenzen für die sichere regelmäßige Wartung Ihrer Haus-technik.

Frohes Bohren allerseits!

*Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 4  
21720 Steinkirchen*

## CRA-Update '95

Gordon Christensen, einer der begehrtesten Referenten weltweit, kommt nach Deutschland. In seinem CRA-Update-Kurs zeigt er alles, was neu, gut und empfehlenswert ist.

Was ist CRA?

CRA ist eine Art „Stiftung Warentest für Zahnärzte“, eine gemeinnützige Stiftung, für die mehr als 40 Fulltime Wissenschaftler und 300 Zahnärzte neue Materialien, Methoden und Techniken erforschen und testen. Die Ergebnisse werden im CRA-Newsletter (Auflage über 100 000!) und den CRA-Update-Kursen präsentiert. Mehr als 50 000 Zahnärzte besuchen jährlich die CRA-Update-Kurse.

Phillip Verlag –Fortbildung– ist stolz, Gordon Christensen den deutschen Zahnärzten vorstellen zu können:

- am 24. November 1994 in München
- am 25. November 1994 in Düsseldorf

Information und Anmeldung bei:  
Phillip Verlag –Fortbildung–  
Mariannenstr. 5, 80538 München  
Tel: 089/295419, Fax: 089/222256

# 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.

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



# JETZT STERIL ULTRAFEINE EINMAL- INSTRUMENTE ISO 006-010

ZUR SOFORTIGEN ANWENDUNG, DAMIT SIE ZEIT UND AUFWAND SPAREN!



# STERIL

**OHNE AUFPREIS:**

Art. 353 K-Bohrer CC Cord® 006-010  
Art. 363 K-Feilen CC Cord® 006-010  
Art. 373 Hedström Feilen CC Cord® 008-010

**VDW**®

**VEREINIGTE DENTALWERKE**

ANTAEOS - BEUTELROCK - ZIPPERER

Zdarsky Ehrler GmbH & Co. KG

P.O. Box 701949 81319 München/Germany  
Tel. ..49/089 - 7232011-13 Fax 089-7233942

# Konsens-Vorschlag Zahnheilkunde 2000

*„Freiheit ist weder ein Urzustand des Menschen, zu dem wir durch Beseitigung aller Zwänge zurückkehren sollten, noch ein postmodernes Vakuum, in dem alles geht. Freiheit ist eine zivilisierte und zivilisierende Kraft.“ (Ralf Dahrendorf)*

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, beteiligt sich mit diesem „Konsens-Vorschlag Zahnheilkunde 2000“ an der gesundheitspolitischen Diskussion um die Reform der zahnmedizinischen Versorgung. Er ruft die Kollegenschaft zur Diskussion, die Öffentlichkeit zum Gespräch, die Gesundheits- und Sozialpolitiker, nicht zuletzt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), zu Stellungnahmen auf. Je frühzeitiger und intensiver der vom Bundesgesundheitsminister ausgerichtete „Ideenwettbewerb“ geführt wird, desto tragfähiger wird sich das für 1996 vorgesehene GesundheitsstrukturErgänzungsgesetz (GSEG) erweisen.

Die Grundlagen unseres Vorschlags sind:

- die grundsätzliche Stabilisierung und Weiterentwicklung der GKV,
- die Stärkung der Eigenvorsorge des Patienten,
- die effektive Integration präventiver Strategien in die zahnmedizinische Versorgung,
- der Erhalt der Therapiefreiheit,
- die Anpassung des Sachleistungskataloges an sozialpolitische Veränderungen,
- die indikationsgerechte Anwendung der Fortschritte der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,

- die verantwortliche Weiterführung des Sicherstellungsauftrages für die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung,
- die Stabilisierung der Selbstverwaltung von Zahnärzten und Gesetzlicher Krankenversicherung und
- die Stärkung gesundheitspolitisch verantwortlicher Freiberuflichkeit.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen zahnärztlicher Berufsausübung und die gesundheitspolitischen Perspektiven sind nicht selten lähmend, unangemessen und leistungsfeindlich. Sie bedürfen einer weitsichtigen Neudefinition durch Parlament und Gesellschaft.

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als integriertes Fach der Medizin hat in den letzten Jahren stürmische Fortschritte gemacht. Dieser Fortschritt wird angehalten; er ist nicht zuletzt in Deutschland erarbeitet worden. Unbestritten von allen Beteiligten ist die nachlassende Finanzierbarkeit dieses Fortschrittes durch das solidarisch finanzierte System der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Dieses System hat seine enorme Leistungsfähigkeit über Jahrzehnte bewiesen, seit Jahren jedoch seine Grenzen erreicht. Beitragsabhängige Budgets und medizinischer Fortschritt sind auf Dauer nicht vereinbar. Wirtschaftlichkeitsreserven sind weitgehend erschöpft.

Dabei muß der sozialversicherte Bürger an modernen therapeutischen Möglichkeiten teilhaben. Menschen sind unterschiedlich; aber eine offensichtliche Mehr-Klassen-Medizin kommt aus ethischen, rechtlichen und politischen Prinzipien nicht in Betracht.

Solange der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt, kann zahnmedizinischer Fortschritt in einem reinen Sachleistungssystem nicht realisiert werden. Begrenzte Mittel erlauben letztendlich nur begrenzte Leistungen.

Der DAZ befürwortet deshalb – wie andere zahnärztliche Organisationen auch – die Trennung in eine Grund- und Zusatzversorgung. Dieser Vorschlag entspricht der freiheitlich verfaßten Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland und den zumutbaren Selbstverantwortlichkeiten unserer Bürger. Ausdrücklich soll die GKV stabilisiert werden, damit sie auch weiterhin ihren

unverzichtbaren Beitrag zur sozialen Sicherung leisten kann. Die Instrumente, dieses System leistungsfähig zu erhalten, sind

- die Umorientierung von kurativen zu präventiven Denk- und Handlungsmustern,
- die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten,
- Kostentransparenz und Kostendisziplin bei allen Beteiligten,
- Konsens über Maßnahmen der Qualitätssicherung,
- intakte Selbstverwaltungsstrukturen der Vertragspartner sowie
- mindestens die Beibehaltung des ca. 10%-igen Anteils der medizinischen Gesamtausgaben für zahnmedizinische Leistungen.

## 1. Weiterentwicklung der GKV

Das bisher die GKV tragende Prinzip der Beitragssatzstabilität und des Sachleistungssystems hat auch gesundheitspolitisch negative, kontraproduktive Aspekte. Sachleistungsmodelle erscheinen gerecht, sind aber unflexibel, innovationshemmend und laden zum Mißbrauch ein. Alle Beteiligten haben sich dieses Systems zu ihrem eigenen Nutzen bedient, nicht immer mit gesundheitlich sinnvollen Resultaten.

Deshalb ist Leistungstransparenz – wo immer das Datenschutzgesetz dies nicht ver-

bietet – zu fördern, Kostentransparenz in jedem Fall sinnvoll. Hier bieten sich Kostenerstattungsregelungen an. Auch GKV-Patienten müssen sich ohne Nachteile für von der Regelversorgung abweichende Therapien entscheiden können, ohne ihren Leistungsanspruch für Grundleistungen aus der GKV zu verlieren.

Ein offenes Gesundheitssystem braucht eine höhere Verantwortung aller Beteiligten!

## 2. Grund- und Zusatzleistungen

### 2.1. Grundversorgung

Die Grundversorgung orientiert sich an dem Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung oraler Strukturen in funktioneller und ästhetischer Hinsicht. GKV-Versicherte haben vollen Anspruch auf die Grundversorgung; sie kann als Sachleistung gewährt werden. Die Grund- und ggf. Zusatzversorgung wird durch Vertragszahnärzte geleistet.

Der seit vielen Jahren etwa konstante Anteil (ca. 10%) der Gesamtausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung darf nicht abgeschmolzen werden. Umstrukturierungen sollen die Umorientierung zu präventiven Denk- und Handlungsmustern fördern.

Die Leistungen der Grundversorgung entsprechen den Kriterien notwendig, zweckmäßig, quantitativ ausreichend und qualitativ akzeptabel.

Gibt es verschiedene Therapiealternativen, die einen vergleichbaren therapeutischen Zweck mit etwa vergleichbarer Prognose erfüllen, so stellt die kostengünstigere Variante die Grundversorgung dar.

Wissenschaftlich nicht gesicherte oder überholte Therapieverfahren gehören nicht zur Grundversorgung. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen definiert einen ausreichend zweckmäßigen Rahmen der Grundversorgung. Dazu bietet der derzeitige Bewertungsmaßstab (BEMA) eine gute Orientierung. Nach Ansicht des DAZ darf der BEMA keine wesentlichen Einschränkungen erfahren.

Die Grenzen zwischen Grund- und Zusatzversorgung sind flexibel. Sie richten sich nach dem Stand der Wissenschaft, nach epidemiologischen Entwicklungen (z.B.

präventiver Strategien) und nach Leistungsfähigkeit der Krankenkassen.

Individuell vereinbarte Zusatzversorgungen werden über die Kostenerstattung/Festzuschußmodell direkt abgerechnet. Entscheidet sich der Patient für Leistungen außerhalb des Standards, geht sein Leistungsanspruch aus der GKV nicht verloren, solange es sich um anerkannte und erprobte Methoden handelt. Behandlungen auf Wunsch, d. h. medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, z.B. mit ausschließlich ästhetischer Indikation, gehören nicht zur Grundversorgung.

Professionelle Maßnahmen der Individualprophylaxe sollten zumindest teilweise erstattungsfähig sein. Die Umkehr vom kurativen zum präventiven Handeln kann sonst nicht eingeleitet werden.

Über Zusatzleistungen sind den GKV-Patienten – soweit nicht anders vereinbart – Kostenpläne zu erstellen.

### 2.2. Zusatzversorgung

Dem gesetzlich versicherten Patienten darf das über die Grundversorgung hinausgehende Spektrum der modernen Zahnheilkunde nicht verwehrt werden. Wählt er Leistungen der Zusatzversorgung, darf ihm der Leistungsanspruch aus der Grundversorgung nicht verlorengehen.

Die Zusatzversorgung orientiert sich an der ganzen Palette moderner Verfahren der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dies ist u. a. eine gute Gewähr dafür, daß sinnvolle Innovationen Praxisreife und Rationalisierungseffekte erlangen, um schließlich bei Bedarf allen Patienten zur Verfügung zu stehen und ggf. in die Grundversorgung übernommen werden zu können.

Eine Schlüsselfunktion bei der hier vorgeschlagenen Weiterentwicklung der GKV kommt der ausführlichen Beratung und einer gewissenhaften Kostenplanung zu. Das Eingehen auf Fragen der Patienten, das Anbieten möglicher Alternativen und die denkbar seriöse Handhabung des Systems der Grund- und Zusatzversorgung liegt im Interesse aller Beteiligten.

Die Berechnung der Zusatzversorgung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Liquidationen über Zusatzleistungen werden auf der Basis der Grundversorgung erstattet.

Das Angebot einer objektiven neutralen Beratung ist auszubauen. Zweitmeinungsmodelle sind zu fördern.

### 2.3. Selbstverantwortung der Patienten

Erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik ist es, die Eigenverantwortung des Patienten zu stärken. Unterstützt durch moderne Strategien der Gesundheitserziehung, durch ver-

stärkte öffentliche und individuelle Gesundheitsberatung, Information und Motivation, durch individuelle Versicherungstarife und Bonussysteme ist eine wirksame Mitwirkung der Patienten bei Prophylaxe und Therapie zu entwickeln.

Zahnärzte und ihre Mitarbeiter allein können die Gesundheit oraler Strukturen nicht sicherstellen. Sie sehen ihre Funktion in kompetenter Begleitung bei der Prophylaxe und qualifizierter Durchführung notwendiger therapeutischer Maßnahmen. Die Strukturen professioneller Karies- und Parodontitisprophylaxe sind weiter auszubauen. Die Zahnärzteschaft selbst hat durch Umorganisationen der Praxen und durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auch der zahnärztlichen Assistenzberufe bereits wichtige Weichenstellungen veranlaßt. Diese guten Voraussetzungen bedürfen entsprechender „Honorierungen“ durch diejenigen, die diese Leistungen für sich in Anspruch nehmen.

## 3. Prophylaxe

Die vorbeugende Zahnheilkunde hat in den letzten Jahren entscheidende Fortschritte gemacht. Durch sie werden Karies- und Parodontitisraten gesenkt, Therapieerfolge gesichert, Wiedererkrankungen verzögert oder gar verhindert.

Die Zahnarztpraxis stellt einen Schwerpunkt der Prophylaxe dar. Grundsätzlich sollten aber auch Kooperationsmöglichkeiten vermehrt genutzt werden. Dazu gehören die Beratung von Schwangeren durch Gynäkologen und die Vorsorgeuntersuchung im Kleinkindalter durch Kinderärzte. Die Integration der Früherkennung von Karies- und Parodontitis-(risiken), von Fehlbildungen und Fehlverhalten in etablierte Untersu-

chungszyklen, zum Beispiel bei Kleinkindern, darf nicht an kleinem Kompetenzgerangel scheitern.

Der DAZ setzt sich für ein dreistufiges Prophylaxesystem ein; es umfaßt die Kollektiv- oder Breitenprophylaxe, die Gruppen- und die Individualprophylaxe.

### 3.1. Kollektivprophylaxe

Nach mehrjährigen Bemühungen gelang es dem DAZ, orientiert an dem erfolgreichen Schweizer Vorbild, die Kochsalzfluoridierung als Maßnahme der Kollektivprophylaxe durchzusetzen; hierbei mußten erhebliche Widerstände überwunden werden. An-

zustreben bleibt die Zulassung von jodiert-fluoridiertem Speisesalz in Nahrungsmittelzubereitungen (selbstverständlich mit Deklarationspflicht) wie z.B. Backwaren, da auf diesem Wege der Hauptteil der Salzaufnahme erfolgt.

### 3.2. Gruppenprophylaxe

Die in § 21 und § 22 SGB V verankerten gruppen- und individualprophylaktischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sind ein wichtiger Schritt zu mehr Mundgesundheit.

Im Rahmen der Gruppenprophylaxe sind Risikogruppen aller Altersbereiche in Abstimmung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) der Kreise und Kommunen zu erfassen und zu betreuen.

Koordinieren sollten diese Maßnahmen die Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege. Sie müssen als drittelparitätisch von niedergelassenen Zahnärzten, ÖGD und Krankenkassen besetzte Gremien flächendeckend installiert werden.

Die Basis der Gruppenprophylaxe sind Reihenuntersuchungen durch den ÖGD und Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene, Ernährungslenkung und Fluoridierungsmaßnahmen, die bei begrenzten finanziellen Ressourcen den größten Effekt versprechen.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ist aufgerufen, ihren unverständlichen Beschluß von 1988 zu revidieren, in dem Reihenuntersuchungen pauschal abgelehnt werden.

„Angehängt“ an jährliche Reihenuntersuchungen sollte eine Kariesrisikodiagnostik erfolgen. Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko müssen zur Intensivprophylaxe an niedergelassene Zahnärzte verwiesen werden.

### 3.3. Individualprophylaxe

Intensivprophylaxe ist Individualprophylaxe; allerdings reichen die im BEMA beschriebenen IP-Positionen dazu nicht aus.

Ein Risikokind, das bei einer Nachkontrolle keine intensivprophylaktische Betreuung in freier Praxis nachweisen kann, sollte durch Prophylaxepersonal des ÖGD bzw. der Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege betreut werden.

Die Betreuungsmöglichkeiten für Personen, die die freien Praxen nicht aufsuchen können oder die sich nicht in ihrem sich verändernden Erscheinungsbild zurechtfinden (hierzu zählen bestimmte soziale Gruppen sowie viele behinderte und alte Menschen), müssen ausgebaut werden. Der DAZ ruft die niedergelassenen Zahnärzte auf, entsprechende Aktivitäten kollegial zu unterstützen. Nicht zuletzt eröffnen sich hier Berufschancen für zukünftige Hochschulabgänger, denen die eigene Niederlassung verwehrt ist.

Bei Erwachsenen sollte die Möglichkeit einer zumindest teilweisen Kostenerstattung der professionellen Individualprophylaxe durch die GKV eröffnet werden. Auch für GKV-Patienten ist es wichtig, daß wissenschaftlich längst gesicherte Prophylaxe-Maßnahmen endlich in die GOZ aufgenommen und angemessen bewertet werden.

Ein Bonussystem, wie es zur Zeit im Zahnersatzbereich der GKV installiert ist, ist kontraproduktiv, da nicht gesundheitsfördernd. Ein besseres Modell wären Beitrags-erstattungen beim Nachweis regelmäßig wahrgenommener individualprophylaktischer Maßnahmen.

Die Details des DAZ-Prophylaxe-Konzepts auf der Basis des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) sind im DAZ-forum Nr. 44, 1994 S. 30–33 dargestellt worden (Eckpunkte zur Prophylaxe).

## 4. Qualitätssicherung

### 4.1. Grundsätze

Die Qualitätssicherung (QS) ist heute unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Praxis der Zahn-, Mund-Kieferheilkunde. Die medizinische QS verfügt inzwischen über eine Fülle von Erfahrungen, Methoden und international geltenden Prinzipien. Die von DONABEDIAN (1966) etablierte Einteilung der QS in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gilt auch für die Zahnheilkunde. Diese Qualitätsdimensionen sind Teile eines Regelkreises, sie beeinflussen sich gegenseitig, verdienen gleiche Berücksichtigung und erlauben erst im Zusammenhang eine realistische Beurteilung.

Die besondere Gewichtung der Struktur- und Prozeßgrößen im Rahmen der sogenannten voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung birgt die Gefahr, die seriöse Bewertung der Ergebnisse (zahnärztlichen) Handelns zu verzögern oder gar zu verhindern. In der Medizin findet die Philosophie der „voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung“ deshalb auch keine Berücksichtigung. Der DAZ hat zu dieser Problematik seit 1979 Stellungnahmen, Grundsätze und Empfehlungen veröffentlicht.

Die bisherige Qualitätssicherung zahnärztlichen Handelns ist im wesentlichen gekennzeichnet durch eine Vielzahl staatlicher Gesetze und Verordnungen, durch Vereinbarungen mit dem Vertragspartner GKV und durch berufs eigene Aktivitäten.

Die folgende Aufstellung bereits bestehender Felder der QS weist nach, wie eng die Einbindung der Praxen in verordnete Regelkreise erfolgt, wie andererseits die Standesführung bemüht ist, durch Berufsordnung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und

durch ein eigenes Gutachterwesen die QS in der Zahnheilkunde zu verankern.

### 4.2. Qualitätssichernde Aufgaben der Zahnärztekammern

- Einhaltung der Berufsordnung,
- Fort- und Weiterbildung der Zahnärzte,
- Privatgutachterwesen,
- Umsetzung der Röntgenverordnung,
- Qualifizierung der Dokumentation,
- Aus-, Fort- und Weiterbildung zahnmedizinischer Assistenzberufe,
- Erfassung und Darstellung von Arzneimittelrisiken,
- Umsetzung der Abwasserverordnung,
- Umsetzung der Sondermüllverordnung,
- Umsetzung der Hygieneverordnung,
- Umsetzung der Medizingeräteverordnung.

### 4.3. Qualitätssichernde Aufgaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- Begutachtungs- und Beratungsverfahren,
- Ausschuß für Untersuchungs- und Heilmethoden,
- Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen,
- Zulassungsordnung,
- Vollzug des SGB V.

### 4.4. Initiativen des Berufsstandes

Nach Überzeugung der gesamten Zahnärzteschaft kann Qualitätssicherung nur dann erfolgreich sein, wenn sie primär als Aufgabe des Berufsstandes verstanden, definiert und durchgeführt wird. Die Zahnärzteschaft selbst trägt die Verantwortung dafür, daß QS-Programme entwickelt und umgesetzt werden und daß deren Effektivität auch überzeugend nachgewiesen wird. Dies ist bisher nicht ausreichend gelungen.

In Ergänzung der oben erwähnten Aufgaben der Körperschaften, der bestehenden

Verordnungen und Richtlinien können deshalb nachfolgend genannte Initiativen die Glaubwürdigkeit zahnmedizinischer Qualitätssicherung nur stärken. Dazu wiederholt der DAZ seine Vorschläge:

- die Qualitätssicherung als berufsständische Aufgabe in die Berufsordnungen aufzunehmen,
- bei den Zahnärztekammern Referate/Beauftragte für Qualitätssicherung einzurichten und mit klaren Kompetenzen und Aufgabenfeldern auszustatten,
- Beratungsstellen bei den Zahnärztekammern bzw. Zahnärztlichen Bezirksverbänden einzurichten (Anmerkung: Diese Stellen müssen überzeugend neutral und kompetent sein und kostenfrei für alle Betroffenen arbeiten. Sie dienen nicht globaler Gesundheitsberatung, zum Beispiel zur Amalgamproblematik, sondern fungieren als objektive Beurteilungsinstanz bei Fragestellungen zu Indikationen, Liquidationen und Meinungsverschiedenheiten zwischen Patient und Zahnarzt. Stichworte: „Zweitmeinung“, „second option“, Imagepflege, Vertrauen schaffende Öffentlichkeitsarbeit.)
- auch noch nachträglich der 1993 gegründeten „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ beizutreten,
- aktiv die Gründung von „Qualitätszirkeln“ zu unterstützen,
- die in der Medizin übliche Methodik und das dort etablierte QS-Vokabularium zu übernehmen (Stichworte: Evaluation, Situationsanalysen, Defizitanalysen, Standards, Kriterien),
- die kritische Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(MDK) zu suchen und konsensfähige Begutachtungsstrukturen anzustreben,

- mit der GVK gemeinsam durchzuführenden Feldstudien, Status-quo-Analysen u.ä. nicht auszuweichen (Stichwort: BDB-Studien),
- das Aushängen von durch die Zahnärztekammern anerkannten Qualifikationsnachweisen in den Praxen vom Werbeverbot zu befreien und zu legitimieren.

#### 4.5. Stellungnahme zum § 135 (Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung)

Die Zielsetzungen des §135 sind eine differenzierte Diagnostik und Indikationsstellung, eine kritische Prognoseabschätzung, und die sorgfältige Therapie mit voraussichtlicher Dauerhaftigkeit von konservierenden und prothetischen Maßnahmen. Ein Motiv war weiterhin die Kostendämpfung durch Vermeidung von Wiederholungsleistungen, schließlich auch die Förderung qualifizierter Vertragszahnärzte durch Honorarzuschläge. Diese Ziele sind nicht zuletzt durch unklare, zum Teil provozierend mißverständliche Begriffe konterkariert worden.

Die Interpretationsmöglichkeiten, daß zahnärztliche Leistungen am Ende dem Werkvertragsrecht unterliegen könnten, die im Sprachgebrauch leichtfertige Gleichsetzung von „Gewähr“ und „Garantie“, das Bagatellisieren der „Verschuldungsunabhängigkeit“ und nicht zuletzt das Negieren der Besonderheiten ärztlichen Handelns haben mit Recht Widerstand vieler Zahnärzte provoziert. Der DAZ empfiehlt deshalb, den §135 SGB V, insbesondere den Absatz 4, mit der beabsichtigten Freistellung der GKV von vermeidbaren, jedoch wiederholten Abrechnungen neu zu formulieren und den zahnärztlichen Bedenken Rechnung zu tragen.

Die – bereits hier und da vereinbarten – Honorarzuschläge für dauerhafte Vertragsleistungen sind nur allzu berechtigt. Diese Optionen dürfen nicht leichtfertig preisgegeben werden. Der DAZ appelliert deshalb erneut an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als legitimen Interessenvertretungen

der Vertragszahnärzteschaft, den Verhandlungen mit den Krankenkassen über Qualitätszuschläge nicht länger auszuweichen. Insbesondere die angestrebte qualifizierte Grundversorgung wird ohne Honoraranpassungen gerade im konservierenden Bereich ein leeres Versprechen bleiben.

## 5. Schlußbemerkungen

Der Fortschritt der zahnmedizinischen Wissenschaft, die von der Öffentlichkeit gehegten Erwartungen in Bezug auf moderne Gesundheitssysteme, aber auch die in eigener freiberuflicher Regie geschaffene zahnmedizinische Infrastruktur machen inhaltliche und bewertungsmäßige Anpassungen der Gebührensysteme unabweisbar.

Das zahnmedizinische Fortbildungswesen in Deutschland gehört zur weltweiten Spitzenklasse. Die personelle und apparative Ausstattung der Praxen ist vielfach großzügig und vorbildlich. Dies gilt auch für Vertragspraxen der GKV. Die berufliche Qualifikation der zahnärztlichen Mitarbeiter ist in den letzten Jahren anspruchsvoll ausgebaut worden.

Deshalb wird sich das Einfrieren von Vergütungssystemen als gesundheitspolitisch nachteilig erweisen. Es provoziert Qualitätsabbau, Innovationssperren und Entsolidarisierungstendenzen.

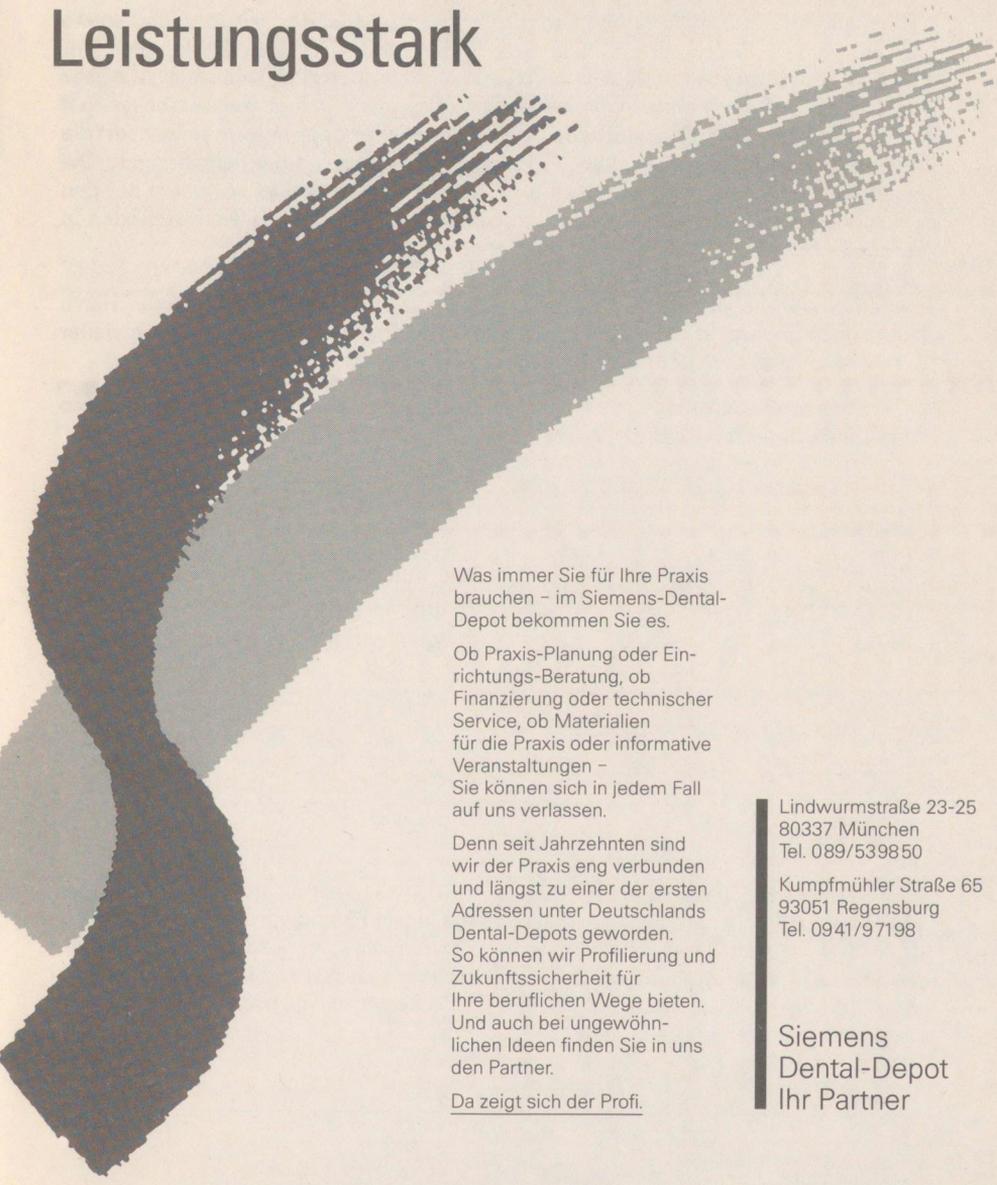
Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde drängt deshalb darauf, eine wirklich weitsichtige Weiterentwicklung der GKV in Angriff zu nehmen. Dies kann nur in

liberalisierten Rahmenbedingungen erfolgreich sein. Nicht zuletzt die Integrationsprozesse der Europäischen Union zwingen dazu. Der hier vorgelegte „Konsens-Vorschlag Zahnheilkunde 2000“ soll ein Beitrag dazu sein, die Gratwanderung zwischen Solidarität und Subsidiarität in der zahnmedizinischen Versorgung zu meistern.

Die Sozialgesetzgebung der letzten Jahrzehnte bestand aus einer Reihe kurzatmiger Kostendämpfungsmaßnahmen. So erfolgreich damit ein Kollabieren der Gesetzlichen Krankenversicherung abgewendet werden konnte, so wenig zukunftsfähig erwiesen sich Lösungsansätze. Von zahnärztlicher Seite wurde diese Entwicklung mit vielfachen, nicht immer glücklichen Vorschlägen, Strategien und Aktionen begleitet. Sie haben auch innerhalb des Berufsstandes für manche Unruhe gesorgt. Der Konsens-Vorschlag des DAZ will Polarisierungen überwinden helfen. Er soll dazu beitragen, daß die Zahnärzteschaft wieder als politisch verantwortlich handelnde Kraft wahrgenommen und bei der Bewältigung zukünftiger Aufgaben angemessen beteiligt wird.

# 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

Eindrucksvolles Ergebnis konsequenter Kariesprophylaxe:

## Rückgang der Zahnschäden bei den Schülern im Kanton Zürich, 1963–1983–1991

T. M. Marthaler

Für die Kenner der Materie und Beobachter der Szene ist das seit Jahrzehnten die gleiche, immer wiederkehrende Situation: Während diverse Naturheilkundler, vor allem Dr. Bruker und seine „Gesellschaft für Gesundheitsberatung Lahnstein“, die über Jod und „Fluor“ auch ohne klinische Studien alles schon immer viel besser gewußt haben, die „gesundheitlichen Schäden durch diese Gifte“ anprangern, präsentiert die Schweiz die neuesten Ergebnisse 30-jähriger Kariesprophylaxe-Bemühungen: Die folgenden Statistiken von Prof. Marthaler, Zürich, zeigen, daß es vor allem auf den systematischen Einsatz von Fluoriden zurückzuführen ist, daß die Kariesschäden in diesem Zeitraum um über 90% (!) zurückgegangen sind.

Daß sich während dieser langen Zeit keine der Verdächtigungen über Nebenwirkungen bewahrheitet hat, wird wahrscheinlich – so ist zu befürchten – weder Herrn Bruker noch andere davon abhalten, die nämlichen Ängste in der Bevölkerung weiter zu schüren – und damit ähnliche Prophylaxe-Erfolge bei uns verhindern.

| An Karies erkrankte Zähne im Durchschnitt pro Kind (D <sub>34</sub> M <sub>8</sub> FT) |        |         |         |         |
|--|--------|---------|---------|---------|
|  | 8jähr. | 10jähr. | 12jähr. | 14jähr. |
| 1963   | 2,62   | 4,71    | 8,05    | 12,94   |
| 1975   | 1,44   | 2,42    | 3,67    | 5,70    |
| 1983   | 0,76   | 1,32    | 2,69    | 4,06    |
| 1987   | 0,46   | 0,87    | 1,57    | 2,76    |
| 1991   | 0,45   | 0,70    | 1,07    | 1,95    |
| Rückgang in Prozent  |        |         |         |         |
| 1963–91  | 83%    | 85%     | 87%     | 85%     |
| 1975–83  | 47%    | 45%     | 27%     | 29%     |
| 1983–91  | 41%    | 47%     | 60%     | 52%     |
| (F-Salz)   |        |         |         |         |

| Zahnschäden (1991 fast alle gefüllt) pro Kind (D <sub>34</sub> FT) |        |         |         |         |
|--|--------|---------|---------|---------|
|  | 8jähr. | 10jähr. | 12jähr. | 14jähr. |
| 1963   | 4,10   | 7,84    | 13,23   | 23,83   |
| 1975   | 1,97   | 3,61    | 5,70    | 9,23    |
| 1983   | 0,96   | 1,71    | 3,85    | 6,09    |
| 1987   | 0,56   | 1,16    | 2,17    | 3,82    |
| 1991   | 0,58   | 0,90    | 1,38    | 2,65    |
| Rückgang in Prozent  |        |         |         |         |
| 1963–91  | 86%    | 89%     | 90%     | 89%     |
| 1975–83  | 51%    | 53%     | 23%     | 34%     |
| 1983–91  | 40%    | 47%     | 64%     | 56%     |
| (F-Salz)   |        |         |         |         |

Der tatsächliche Rückgang der Zahnschäden von 1963 bis 1991 liegt etwas höher als 86–89%, nämlich leicht über 90%, weil die 1963 und 1967 noch häufig extrahierten ersten Molaren mit zusätzlichen rund 3 Zahnschäden nicht mitgezählt sind.

Bis 1983 waren nur die Zahnbürstübungen mit einem Fluoridpräparat in den Schulen, die fluoridhaltigen Zahnpasten, Zurückhaltung bei gezuckerten Süßigkeiten und verbesserte Mundhygiene gegen Karies wirksam.

Nach 1983 verstärkte sich bei den 12- und 14jährigen der prozentuale Rückgang im Vergleich zu 1975–83, was vor allem durch die 1983 eingeführte Salzfluoridierung mit 0,025% Fluorid bewirkt wurde. Diese hatte bei den jüngeren Kindern vor allem in der Periode 1983–87 zu einem verstärkten Rückgang geführt. An den Schneidezähnen zeigten 1991 nur 5 von den erfaßten 220 14jährigen Schülern Kariesschäden; 1963 waren es 166 von 242 gewesen.

### Einige weitere Angaben

Der Anteil der Schüler ohne Karies und ohne Füllungen ( $D_{34}M_6FT = \text{Null}$ ) an den bleibenden Zähnen (nur rechte Seite untersucht) war wie folgt:

|      | 8jähr. | 10jähr. | 12jähr. | 14jähr. |
|------|--------|---------|---------|---------|
| 1963 | 26%    | 9%      | 1%      | 1%      |
| 1975 | 52%    | 28%     | 16%     | 8%      |
| 1983 | 72%    | 57%     | 31%     | 27%     |
| 1987 | 82%    | 71%     | 53%     | 40%     |
| 1991 | 82%    | 74%     | 64%     | 46%     |

Gesunde Milchzähne pro Kind und Prozentsatz der Schüler mit Reizbluten am Zahnfleischrand nach vorsichtigem Sondieren (vor 1979 wurde ein anderer Index verwendet):

|      | 8jähr.<br>Gesunde<br>Milchzähne<br>pro Kind | 10jähr. | 12jähr.<br>% Kinder mit<br>Bluten nach<br>Sondieren | 14jähr. |
|------|---|---------|---|---------|
| 1963 | 4,06  | 1,54    | –   | –       |
| 1979 | 9,12  | 4,06    | 76%   | 74%     |
| 1983 | 10,06                                       | 6,07    | 71%   | 71%     |
| 1987 | 10,33                                       | 6,28    | 58%   | 54%     |
| 1991 | 10,51                                       | 6,12    | 57%   | 59%     |

Alle diese Angaben beruhen auf Schülern, die bei der Befragung anlässlich der Untersuchung angaben, in der Schweiz schon den Kindergarten besucht zu haben. 1991 wurden auch die später zugezogenen Schüler erfaßt; dies waren nur 36 gegenüber den 1022 seit dem Kindergartenalter ansässigen. Diese 36 Zugezogenen hatten einen deutlich höheren Kariesbefall, der zwischen den hier gezeigten Durchschnittswerten der Jahre 1983 und 1987 lag.

|      | Anzahl der untersuchten<br>Kinder für diese Tabellen |         |         |         | Total<br>alle<br>Alter |
|------|--|---------|---------|---------|------------------------|
|      | 8jähr.   | 10jähr. | 12jähr. | 14jähr. |                        |
| 1963 | 229  | 245     | 225     | 242     | 941                    |
| 1975 | 611  | 560     | 449     | 331     | 1951                   |
| 1979 | 391  | 409     | 458     | 390     | 1648                   |
| 1983 | 270  | 252     | 265     | 299     | 1086                   |
| 1987 | 308  | 277     | 250     | 260     | 1095                   |
| 1991 | 278  | 290     | 234     | 220     | 1022                   |

Die 8 Stichprobengemeinden sind Bassersdorf, Bonstetten, Dielsdorf, Gossau, Obfelden, Stadel, Steinmaur, Uetikon am See.

3. 2.1993

Prof. T. M. Marthaler  
Zahnärztliches Institut  
der Universität Zürich  
und Gesundheitsdirektion  
des Kantons Zürich

### ERGOSHARP-Schleifgerät

(6 Monate alt, neuwertig mit Garantie) der Fa. Hegen zum Schleifen von Küretten und Scalern umständehalber abzugeben  
DM 1000.–  
Tel. 089 - 811 96 83

# Die REVOLUTION für das Aufschleifen Ihrer PA-Instrumente

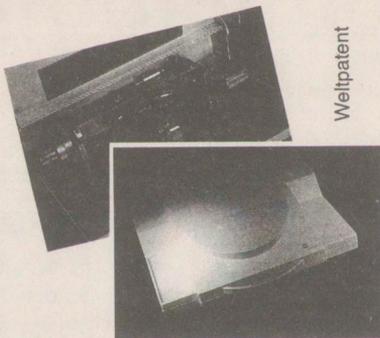
## ERGOSHARP

Vollautomatisches Schleifen  
von Scalern und Küretten.

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

ERGOSHARP gibt Ihren  
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

# T-E-C-I – das neue Pflegegerät für zahnärztliche Übertragungsinstrumente

U. Happ

Das **DAZ-forum 45** hat sich ausführlich mit der Notwendigkeit befaßt, die zahnärztlichen Übertragungsinstrumente nach jeder Behandlung in einen hygienisch einwandfreien Zustand zu versetzen, der in der Regel Sterilität heißt. Untersuchungen gaben den Beweis, daß die innere Mechanik der Instrumente nach der Behandlung mit virulenten Mikroorganismen besiedelt ist und diese dem nächsten Patienten in die Mundhöhle transferiert werden können. Von der Industrie wird uns die Möglichkeit der Sterilisierung durch spezielle Kleinststerilisatoren angeboten, auch größere Autoklaven werden mit speziellen Schnellprogrammen ausgestattet, sodaß die technischen Voraussetzungen zum Sterilisieren gegeben sind und in den Praxen allmählich Verbreitung finden werden.

**Sehr wichtig** zum Erhalt unserer Übertragungsinstrumente ist eine gründliche Säuberung und Schmierung der inneren Mechanik vor jedem Sterilisieren. Nur dann können sie keinen Schaden nehmen. Verbliebene Mikroorganismen und andere Verschmutzungen würden durch den Sterilisationsvorgang „verbacken“ und in die feinen Lager, auf die Zahnräder bzw. Turbinenschaufeln „aufgebrannt“, sie würden die notwendige Präzision beeinträchtigen und so die Instrumente allmählich zerstören. Andererseits darf nach der Pflege kein überschüssiges Öl im Instrument verbleiben. Es würde unsere Patienten irritieren und durch Auslaufen die Mikromotoren schädigen.

**Üblich, aber unzureichend** ist die schnelle innere Ölung mit dem Pflegeöl aus der

Spraydose. Da sich bei dieser Maßnahme die innere Mechanik nicht bewegt, wird das Pflegeöl mehr zufällig im Instrument verbreitet. Durch den Druck der Spraydose wird einiges verschmutztes Öl am Instrumentenkopf austreten. Es bleibt aber sehr viel im Instrument zurück, da die Spraydose keine Möglichkeit des Ausblasens bietet. Diese Aussicht bietet auch nicht die Kombination der Spraydose mit einem Elektromotor als Antrieb. Der Motor verbessert zwar die Reinigungs- und Schmierleistung bei den Hand- und Winkelstücken, die Turbinen werden weiterhin mehr zufällig gepflegt. Und das überschüssige Öl wird bei allen eventuell verbliebenen Verunreinigungen zur Kupplung zurücklaufen. Gegen den Einsatz dieser 1xSpraydose spricht auch der Gedanke zum Umweltschutz – auch wenn auf den Einsatz von FCKW als Treibgas verzichtet worden ist.

Nachdem ich mich mit dieser Problematik 1991 ausführlich in einem Artikel (ZAH 11, 91) auseinandergesetzt und meine speziellen Wünsche formuliert habe, wurde Ende 1993 mit meiner Hilfe ein Gerät (Abb. 1) konstruiert, daß ich nun nach längerem Praxistest vorstellen möchte: **T-E-C-I** (Turbo-Endo-Cleaning-Instrument).

Mit dem T-E-C-I steht ein universelles Pflegeinstrument für die zahnärztlichen Übertragungsinstrumente zur Verfügung. Unter Rotation ermöglicht es eine desinfizierende Reinigung der inneren Mechanik sowie der Luft- und Wasserkanäle des Kühlsystems. Anschließend wird die Mechanik

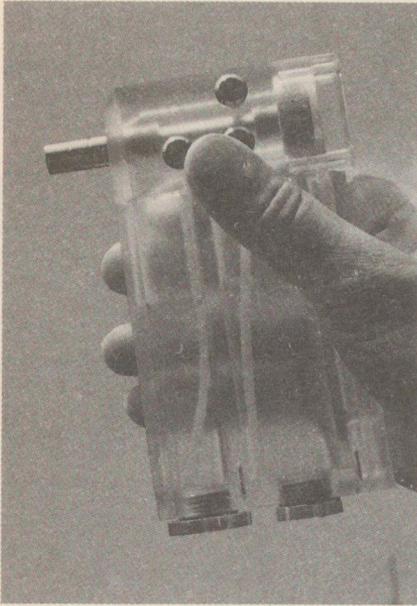


Abb. 1

geschmiert. Alle Überschüsse werden ausgeblasen und mit einem Sammelbehälter aufgefangen. Die Reinigungs-, Pflege- und Ausblasabläufe werden individuell und unter Sichtkontrolle gesteuert. Die Reinigungs- und Pflegemittel sind in selbst befüllbare Tanks im Gerät integriert. Dennoch ist das Gerät klein und transportabel. Es benötigt keine Installationsmaßnahmen.

Vor dem ersten Gebrauch ist Tank 1 mit handelsüblichen Oberflächendesinfektionsmittel und Tank 2 mit handelsüblichem Pflegeöl zu befüllen. Zum Einsatz wird das Gerät auf den Turbinenanschluß (Multiflex-Kupplung) der zahnärztlichen Einheit gesteckt. Anschließend wird das zu pflegende Hand- oder Winkelstück auf den Adapter des Gerätes (siehe Abb. 2) geschoben und in

den Auffangbehälter geführt – dieser dient nun auch als Haltegriff. Durch Einschalten der Druckluft (Fußanlasser der zä. Einheit) setzt der Luftmotor des T-E-C-I die innere Mechanik des Übertragungsinstrumentes in Bewegung und bläst erste Verunreinigungen in den Auffangbehälter. Durch Drücken der Taste 1 wird das reinigende Desinfektionsmittel in den Luftstrom gegeben. Es wird durch den Adapter in die Kupplung des Instrumentes gepreßt und tritt am Instrumentenkopf mit Verschmutzungen und Ölrückständen aus. Dieser Vorgang ist optisch durch das transparente T-E-C-I-Gerät und den transparenten Auffangbehälter gut zu beobachten und zu steuern, es werden ca. 1–2 Sekunden benötigt. Nach anschließendem ca. 1–2 Sekunden langem Ausblasen bei Rotation wird durch Drücken der Taste 2 Pflegeöl in den Luftstrom gegeben, bis die ersten Spuren am Instrumentenkopf austreten (ca. 1–3 Sekunden). Abschließend wird durch Drücken der Taste 3 (aus ergonomischen Gründen nun über Taste 2 angebracht) ein starker Luftstrom zugeschaltet, bis keinerlei Flüssigkeiten mehr am Instrumentenkopf austreten (bis ca. 1 Sekunde). Nun wird die Druckluftzuführung (Fußanlasser der zä. Einheit) ausgeschaltet und das Instrument aus dem Auffangbehälter und vom Geräteadapter genommen und es kann sterilisiert werden.

Bei den Turbinen ist der Pflegeablauf der gleiche, nur muß zuerst eine Dichtungsmanschette über den Adapter geschoben und das Turbinenstück mit dem Auffangbehälter fest dagegen gedrückt werden. Durch den großen Luftstrom kommt das Turbinenrad des Handstückes in Rotation.

Die notwendigen Pflegezeiten sind sehr stark von Fabrikat, Funktion (rot-grün-blau-gelb-Turbine) und innerem Zustand der Übertragungsinstrumente abhängig – deshalb haben wir für das T-E-C-I-Gerät be-

wußt keine Automatik sondern individuelle Steuerung bei leichter optischer Kontrolle gewählt. Hierdurch kann auch der Einsatz des (teuren) Pflegeöls sehr begrenzt und alle

schädlichen Überflüsse können sicher ausgeblasen werden.

Dr. Ulrich Happ  
Spadenteich 1, 20099 Hamburg

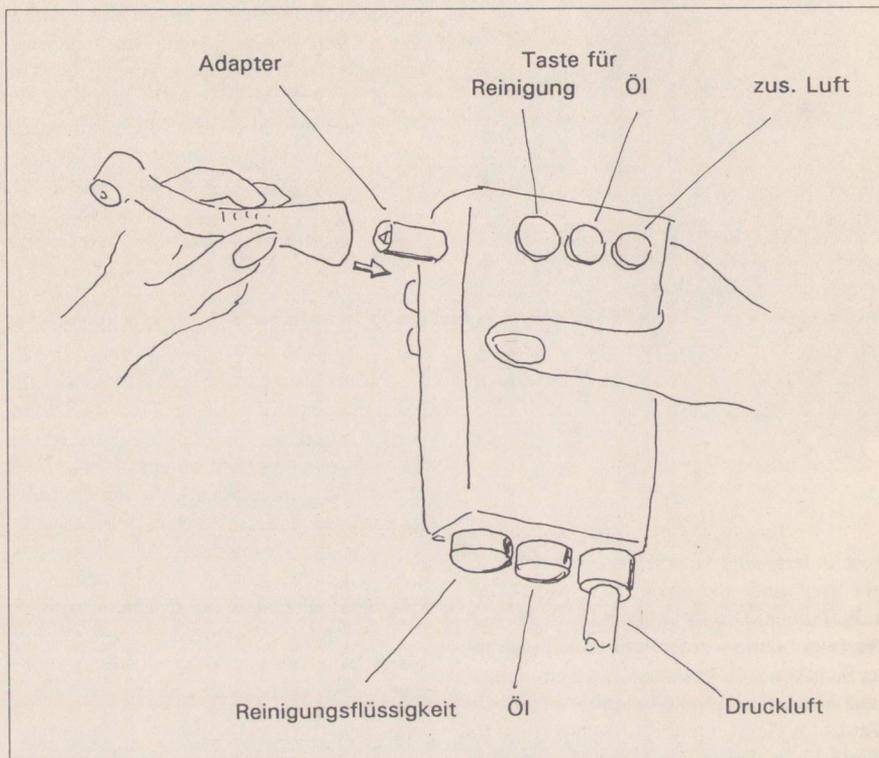


Abb. 2

# Leserbriefe

## zum Schwerpunktthema forum 45

Das Schwerpunktthema „Sterilisation von zä. Übertragungsinstrumenten“ erfreute sich größerer Aufmerksamkeit, es wurde von einigen DAZ-Studiengruppen aufgenommen und wir von der *forum*-Redaktion freuen uns über die eingegangenen Leserbriefe, die im Folgenden zum Teil gekürzt, zum Teil kommentiert wiedergegeben werden:

**01.06.94 P. Dangel**  
Biberach, KaVo-Marketing:

*Herzlichen Dank für Ihre Zusendung des DAZ-forums mit dem Schwerpunktthema Sterilisation zä. Übertragungsinstrumente.*

*Diese Ausgabe beinhaltet aus KaVo-Sicht wichtige Informationen zu diesem in letzter Zeit doch sehr stark diskutierten Thema...“*

**21.06.94, Dr. F. Sebastian**  
Herrenberg zur *forum*-Aktion:

*Grundsätzlich ist Ihre Initiative zu begrüßen. Es bestehen m.E. jedoch verschiedene Bedenken:*

1. *Die Kollegen werden sich kaum auf ein Gerät festlegen lassen...*
2. *die Bestellung würde wohl bei einem Depot in Deutschland erfolgen, z.B. in Berlin. Das würde für mich heißen, daß Reklamationen oder Reparaturen in Berlin bearbeitet werden. Das ist von Stuttgart aus nicht praktikabel...*

*In dieser Situation ist es mir...eigentlich lieber, bei meinem regionalen Depot zu kaufen...*

Unsere Antwort:

1. wird von uns auch nicht gewünscht,
2. dürfte kein Problem sein, selbst große Depots disponieren von einem zentralen Lager und Service. Der dritte Gedanke wird von uns voll akzeptiert, jeder hat (wie bei 1.) selbst zu entscheiden.

**06.07.94, J. Hager**  
München, Plessing Dental

*Mit Interesse haben wir Ihren Bericht zum Thema „Schnellsterilisatoren“ zur Kenntnis genommen und bedanken uns für die vielen interessanten und objektiven Ausführungen.*

*Den in beiliegender Kopie farbig markierten Teil haben wir allerdings unter hygienischen Gesichtspunkten nicht ganz verstanden. Bitte teilen Sie uns doch mit, ob Sie hier die Instrumente in der Kassette in kaltem Wasser abkühlen oder ob es sich um unverpackte Instrumente handeln kann. Ist dies nicht unter hygienischen Gesichtspunkten ein Risiko?*

Dazu eine kurze Antwort:

Mit Ausnahme der chirurgischen werden bei uns die Übertragungsinstrumente nicht verpackt sondern kommen nach dem Sterilisieren wie andere Instrumente in die Instrumentenschublade. Sollten sie dann bei Gebrauch noch unangenehm warm sein, werden sie kurz unter handwarmes Wasser gehalten – also nicht „abgeschreckt“. Dieses halte ich aus hygienischen Gründen für unbedenklich, da unser Trinkwasser laut § 1, Absatz 1.1 der Trinkwasserverordnung frei von Krankheitserregern sein muß – siehe auch Beitrag H. Diewald, DAZ-forum 45,1994, Seite 105f.

**21.07.94, K. Hans, Hamburg, W.K.W.**

Der folgende, recht ausführliche Leserbrief muß auch unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, daß es sich bei dem Absender um einen Repräsentanten eines Mitbewerbers auf einem schwer umkämpften Markt handelt:

*In Ihrer Zeitschrift DAZ -forum Ausgabe 45/94 wird der Erfahrungsbericht von Herrn Dr. Happ über den Schnell-Autoklaven „ODONTOKLAV“ veröffentlicht. Dieser Bericht enthält Angaben über den Odontoklav, deren Richtigkeit ich anzweifeln muß. Diese Angaben beziehen sich auf die wichtigen Kriterien für einen Schnell-Autoklaven: Schnelligkeit und Fassungsvermögen und auf das wichtige Kriterium für Autoklaven generell: Er muß auch eingeschweißtes Sterilisiergut sterilisieren können.*

**1. Schnelligkeit:**

*Aus dem Bericht könnte man erlesen, daß die Gesamtbetriebszeit im kürzesten Fall in 5 Minuten abläuft ohne Trocknungsprogramm. Nach den mir vorliegenden Unterlagen beträgt die Gesamtbetriebszeit des Gerätes jedoch wenigstens 7 Minuten ohne Trocknung.*

**2. Fassungsvermögen:**

*Im Bericht heißt es, daß 700 gr. Sterilisiergut oder bis zu 8 (?) Übertragungsinstrumente sterilisiert werden können. Hier gibt es aber eine sonderbare Diskrepanz zwischen den Angaben in dem deutschsprachigen und im englischen Prospekt des Odontoklav: Im deutschsprachigen Prospekt wird das Gewicht der Zuladung mit 750 gr. angegeben, im engl. Prospekt für dieses Gerät werden lediglich 700 gr. genannt, mit dem Zusatz: „incl. Kassette.“ Die Kassette wiegt ca 160 gr. Somit können dann nur Instrumente mit einem Gesamtgewicht von 540 gr. sterilisiert werden?!*

*In dem Bericht heißt es weiter: „Zur Vergrößerung des Nutzraumes können die Deckel der Rollkassette draußen bleiben, die Kassette selbst muß aber jedesmal eingeführt sein“. Ich habe einen Passus in einem bakteriologischen Gutachten des Odontoklaven aus dem Jahre '91 gelesen, in dem darauf hingewiesen wurde, daß in dem zentralen Freiraum des Plastikeinsatzes keine Instrumente und Indikatoren eingebracht werden dürfen, da dort nicht mit Sicherheit dieselben Sterilisationsbedingungen herrschen wie in den vier Plastikschaalen. Hat Fa. Goof hier konstruktiv etwas verändert/verbessert?*

**3. Eingeschweißtes Sterilisiergut:**

*Im Bericht heißt es, Instrumente können im Sterilisierbeutel verschweißt sein. Stimmt das wirklich, denn der Prospekt enthält darüber keine Angaben? Wenn ja, welche Betriebszeiten (sicherlich mehr als 7 Minuten) gelten dafür? Gibt es dafür ein bakteriologisches Gutachten? Denn häufig wird auch das Einschweißen von Hand- und Winkelstücken und Turbinen erforderlich, wenn z.B. auf Transportwegen vom Steriraum durch ein Behandlungszimmer Kontaminationsgefahr besteht, oder ein nur selten benutztes Hand- und Winkelstück steril verpackt gelagert werden soll.*

Auch hierzu unsere Antworten:

ad. 1. Das angezweifelte Gerät verfügt über ein eingebautes Uhrwerk, auch haben wir in der Praxis ein solches, um die Zeit zu kontrollieren. Die Gesamtbetriebszeit hängt stark von der Menge des Sterilisationsgutes ab. Das ist bei allen Geräten so. Und wenn Goof eine mittlere Betriebszeit-Spanne angibt, so ist das nicht unbedingt negativ zu interpretieren.

ad. 2. Wir haben das Gerät u.a. auch mit Instrumenten beschickt und wiederholt

Sporenprüfungen durchgeführt, die immer sichere Sterilisation bestätigten. Dieser Test ist uns wichtiger als die Angaben in einem uns nicht bekannten englischsprachigen Text.

Bezüglich des angesprochenen Gutachtens habe ich mich mit dem Hersteller unterhalten: Da es dem durchführenden Gutachter nicht möglich war, sein Prüfinstrument schwebend im Raum zu plazieren, konnte er für diesen Raum die Sterilität nicht prüfen und somit nicht bestätigen – und diese Prüfung würde bei anderen Geräten genauso ausfallen: wo nicht gemessen wird, gibt es auch keine Ergebnisse. Es spricht im übrigen auch nichts dafür, daß gerade in der Mitte

eines mit heißem Dampf gefüllten Raum keine Wirkung erfolgen soll.

ad. 3. Es gilt für alle Sterilisatoren, sie sterilisieren oder nicht, die Temperatur wird erreicht und eine vorgegebene Zeit gehalten oder nicht – und der Odontoklave hat eine sehr exakte Temperatur- und Zeitsteuerung. Deshalb sei eine kurze Schlußbemerkung erlaubt: der Kritiker sollte sich an die eigene Nase fassen und sich fragen, ob seine Ausführungen auch andere als marktstrategische Ziele verfolgen.

*Dr. Ulrich Happ*

*DAZ-Referent Arbeits- und Umweltschutz*

## **FACKLER & WAGENBAUER** FACHBUCHHANDLUNGEN GMBH

### **FACHBÜCHER – FORTBILDUNG ZUM NACHSCHLAGEN!**

**Fordern Sie unseren Katalog an!**

LANDWEHRSTR. 79 • D-80336 MÜNCHEN  
Telefon 0 89/53 39 59 • Telefax 0 89/53 10 15

# Hanseat

Gesellschaft für zeitgemäßes Bauen mbH

Wir sind ein leistungsstarker Partner bei der Erstellung von Ferien- und Wohnungsimmobilien.

Wir erstellen in Zusammenarbeit mit unserem Bauherren schlüsselfertige Alten- und Pflegeheime, sowie Gewerbeobjekte jeder Art. Selbstverständlich übernehmen wir in diesem Zusammenhang die Finanzierung und auch die spätere Verwaltung. Wenn es um Steuervorteile in den neuen Bundesländern geht, sind Sie bei uns in den besten Händen.

Sitz der Gesellschaft:  
24114 Kiel, Popenkamp 59

Geschäftsführer:  
Axel Stetten

Bankverbindung:  
Bankcompanion Nord  
BLZ: 210 102 28 · Kto.-Nr.: 202 606 00

Erfüllungsort und Gerichtsstand:  
Kiel · Amtsgericht Kiel HRB: 3563

# Was haben ostdeutsche Zahnärzte für Probleme?

S. Schmidt

Vier Jahre sind vergangen, seitdem die Marktwirtschaft in Ostdeutschland eingeführt wurde. Man kann dazu feststellen, daß in kaum einem anderen Sektor der neuen Bundesländer die Umstrukturierung so rasch und erfolgreich wie im Gesundheitswesen verlaufen ist.

Das Niveau der medizinischen Versorgung hat sich gewaltig verbessert und die neuen Strukturen im Gesundheitswesen funktionieren gut. Für uns Zahnärzte ist diese neue Situation doch erstrebenswert gewesen, denn das Arbeiten mit den neuen Materialien und Möglichkeiten hat uns sehr beflügelt und der Weg jeden Morgen in die Praxis ist immer noch voller Zuversicht. Die Vielfalt der Therapiemöglichkeiten, der Nachholbedarf beim Lückenschließen, der Ansturm auf unsere Praxen hat uns neu motiviert und Kräfte geweckt, um den dafür erhaltenen geringeren Punktwert zu verkraften.

Die Mehrarbeit war für einen bestimmten Zeitraum sogar wohltuend, hauptsächlich nach der Neugründung, erscheint aber für die Dauer nicht erstrebenswert, weil die Qualität dabei leiden wird. Nach den zwei ersten stürmischen Jahren kam das GSG 93 über uns und keiner wußte, was es uns bringt. Viele Praxisinhaber kümmerten sich nicht mehr um Politik.

Zu viele nahmen an, daß das GSG 93 um die eigene Praxis einen Bogen macht oder man würde nicht so hart davon berührt werden. Was für eine Bilanz nach fast zwei Jahren GSG 93 kann man ziehen, wenn auch bestimmte Auswirkungen sich erst später zeigen

werden? Am auffälligsten ist der Einbruch im Zahnersatzbereich. Auch die Verunsicherung der Patienten durch das GSG 93 hat dazu geführt, daß notwendige Behandlungen nicht in Anspruch genommen wurden. Dies wird mit Sicherheit zu umfangreichen Schäden im ZMK-Bereich und letztlich zu einem Kostenanstieg in ein paar Jahren führen.

Das GSG von Gesundheitsminister Seehofer hat uns Ende 1993 bis Anfang 1994 eine Niederlassungsflut beschert, die zu vielen Gebietssperren, hauptsächlich in den Großstädten, geführt hat. Die Zulassungsbeschränkung, die im GSG verankert ist, begrüße ich für uns ostdeutschen Zahnärzte, um unsere Schwierigkeiten in Grenzen zu halten, auch wenn dadurch für die Absolventen der Universitäten eine Praxisneugründung erheblich erschwert, in vielen Fällen unmöglich gemacht wird.

In meinem Umfeld mußten viele Praxen Umsatzeinbußen wegstecken, was zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen führte. Viele haben sich wirtschaftlich übernommen, meistens durch falsche Ratschläge. Hauptursache ist die anstehende Steuerzahlung von drei Jahren, die Investitionen in feste Fonds, was zu Liquiditätsproblemen führte, und der Abschluß von ungünstigen Vorschlägen für Steuersparmodelle. In der Zinsniedrigphase kursierten Angebote, den ERP-Kredit durch Abzahlung bzw. Kündigung umzuschulden, was wirtschaftlich sicher unvorteilhaft ist.

Die angebotenen Beratungstreffen von Banken, die empfehlen, die Hälfte des Ge-

winns kurzfristig anzulegen, kommen zu spät. Durch solche oder andere Praktiken entsteht so mancher Druck auf den Zahnarzt, was oft zu unlauteren Mitteln gegenüber anderen Kollegen führt.

Es häufen sich in den zurückliegenden Monaten bei uns in Sachsen Beschwerden von Kollegen über Kollegen. Dabei handelt es sich um Verstöße gegen die Berufsordnung und Kollegialität. Der Gipfel war der Hinweis auf das Leistungsvermögen einer Praxis in der Lokalpresse. Ich habe selber in meinen Nachbarorten mehrere Verstöße bemerkt, wo großflächig Werbung an den Praxisfenstern oder ein Hinweisschild auf den Praxisstandort an der Bundesstraße angebracht worden waren.

Neben der direkten Werbung werden Notdienst und Vertretungen zur Abwerbung von Patienten mißbraucht. Die Verunglimpfung von Kollegen durch Kollegen mit unqualifizierten Aussagen bringt manche ungute Atmosphäre in einen KZV-Kreis.

Mein Wunsch für die Zukunft wäre die baldmöglichste Angleichung der Punktwerte und der 100 % GOZ-Satz. Damit würde für viele Praxisneugründer eine kleine finanzielle Entspannung eintreten und der faire Umgang miteinander könnte sich wieder etablieren – Garant und Voraussetzung für die zahnärztliche Berufsausübung.

*Steffen Schmidt  
Miltitzer Str. 19  
04430 Burghausen*

## **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**

# Konkurrierende HMOs zur Realisierung der Sozialen Marktwirtschaft in der Zahnheilkunde

Ch. Becker

Die Amerikaner unter Bill Clinton stehen vor der Aufgabe, das in punkto Spitzenleistung zwar beste, aber auch bei weitem teuerste Gesundheitssystem der Welt zu reformieren, um 37 Millionen, heute nicht versicherten Bürgern mit möglichst minimalen Kosten einen vollen Krankenversicherungsschutz zu geben. Dabei sind gerade diese 37 Millionen zu einem nicht geringen Teil Personen mit besonders hohem Krankheitsrisiko. Die wegen ihrer intellektuellen Qualität sehr geachtete Frau des amerikanischen Präsidenten hat mit der ihr unterstellten Kommission einen phantastischen Aufwand betrieben, um die am 27. Oktober 1993 von Bill Clinton mit dem Titel „Health Security: The President's Report to the American People“ veröffentlichten Vorschläge zu erarbeiten. Auch wenn die Zahnmedizin in den amerikanischen Gesundheitsreformvorschlägen vorläufig noch weitgehend ausgeklammert ist, können die Clintonschen Reformvorschläge als wertvolle Fundgrube für die Entwicklung von Reformvorschlägen für die deutsche Zahnmedizin genutzt werden.

Ein wichtiges Vorhaben der Amerikaner ist die Institutionalisierung von Leistungsvergleichen mit der Konzentration auf die folgenden vier Indikatoren:

1. **Zugang:** Ist die Versorgung leicht und schnell verfügbar?
2. **Angemessenheit:** Erfüllt die Versorgung die Vertragsbedingungen?
3. **Ergebnis:** Produziert die Versorgung gute Ergebnisse?
4. **Zufriedenheit:** Sind die Patienten zufrieden?

Diese vor allem ergebnisorientierten Leistungsvergleiche sollen jährlich veröffentlicht werden und sich sowohl auf die Versicherer als auch auf die Erbringer medizinischer Leistungen beziehen. Die Patienten sollen damit zu einer informierten Wahl befähigt werden. Man erhofft sich davon, mit Sicherheit zu Recht, daß die Leistungserbringer durch die Veröffentlichung derartiger Informationen größte Anstrengungen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität ihrer Leistungen unternehmen werden. In Deutschland hatten wir mit der FOCUS-Serie „Die besten Ärzte“ einen ersten Versuch derartiger Leistungsvergleiche. Auch gab es z.B. in Belgien bereits einschlägige Versuche der dortigen Stiftung Warentest. Der öffentliche Vergleich einzelner Ärzte oder Zahnärzte (aber z.B. auch Rechtsanwälte oder anderer Freiberufler) ist jedoch aus verschiedenen Gründen problematisch. Das erste und größte Problem ist dabei die Vollständigkeit. Ein bundesweites Verzeichnis mit den entscheidenden Leistungsdaten aller praktizierenden Zahnärzte ist aus einsichtigen Gründen praktisch nicht machbar und zu teuer. Die permanente Überlastung der bundesweiten und regionalen Tabellenführer wäre ebenfalls ein ernstes Problem.

Die amerikanische Gesundheitsindustrie bietet nun mit der HMO (Health Maintenance Organisation) eine sehr interessante und erprobte Alternative zur freiberuflich ausgeübten Einzelpraxis. Eine HMO ist eine Mischung aus Krankenversicherung und medizinischem Leistungsanbieter. Sie ist ein naturgemäß großes Unternehmen, das Krankenversicherungsrisiken (= Kopfpauschalen)

kauft und eine Vielzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten beschäftigt. An dieser Stelle werden vor allem ältere Kollegen einwenden, daß die Erfahrung in Deutschland in der Vergangenheit gezeigt hat, daß Kopfpauschalen zu einer fragwürdigen Minimalversorgung führen. Aus diesem Grund habe man hierzulande schließlich die Einzelleistungsvergütung eingeführt. Dem ist zu entgegen, daß die Einzelleistungsvergütung im Sinne der Betriebswirtschaftslehre ein klarer Fall von Stückakkord ist, während die Arbeit eines Zahnarztes oder Arztes nach denselben Lehrbüchern der Betriebs- und Personalwirtschaftslehre in aller Regel nicht akkordfähig ist. Die logischen und in der Praxis seit langem zu beobachtenden Folgen sind Qualitätsmängel, Überproduktion, falsche Produktion und wuchernde Verwaltungs- und Kontrollmechanismen. Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß nur die HMO als Ganzes, nach außenhin, per Kopfpauschale bzw. Versicherungsprämie abrechnen muß und daß sie als ein Leistungserbringer bewertet wird, der mit anderen großen Leistungserbringern um die Gunst der Patienten und Versicherten konkurriert. Intern, mit den einzelnen Leistungserbringern, könnte eine HMO sehr wohl per Einzelleistungsvergütung abrechnen, wenn dies als sinnvoll erachtet würde.

Wie können wir mit unserem Unternehmen bei den künftig veröffentlichten, ergebnisorientierten Service- und Leistungsvergleichen erste Plätze erreichen? Wie können wir auf Dauer einen hohen Gewinn erwirtschaften und trotzdem so niedrige Kopfpauschalen bzw. Versicherungsprämien anbieten, daß wir voll ausgelastet sind und unser Unternehmen schneller expandiert als die Konkurrenz? Das sind die Fragen, die das Management und die Zahnärzte der für die Zukunft zu erwartenden dentalen HMOs beschäftigen werden.

Es fragt sich, wo bei einer derartig radikalen Reform die KZVen und die Einzelpraxen bleiben. Die Antwort ist, daß die KZVen die ersten und größten HMOs sein werden, deren Vertragszahnärzte praktisch als Subunternehmer funktionieren. Durch das Budget haben wir auf der Ebene der KZVen in vielen Bereichen schon heute de facto Kopfpauschalen. Es fehlt nur noch eine mit den KZVen konkurrierende dentale HMO und die praktische Realisierung eines periodisch zu veröffentlichen Leistungsvergleiches, wie ihn der amerikanische Präsident in seinem Reformvorschlag fordert.

Der sich dem einen oder anderen bei der Vorstellung einer HMO aufrägende Vergleich mit den Polikliniken der DDR ist so zutreffend wie der Vergleich zwischen den BMW-Werken mit dem Wartburgwerk der DDR. Auch die gescheiterte Poliklinik der AOK-Berlin kann nicht mit einer HMO nach amerikanischem Vorbild verglichen werden. Die Clintons erwähnen in ihrem Bericht an das amerikanische Volk als Vorbild die Group Health Cooperative, Seattle, eine seit 1947 erfolgreiche HMO, die mit 500.000 Mitgliedern der größte Erbringer medizinischer Leistungen im Nordwesten der USA ist. Group Health diente als Basis einer Studie der Rand Corporation, die zu dem Ergebnis kam, daß eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung Hand in Hand mit der Kontrolle der Gesundheitskosten gehen kann. Prävention, qualitativ hochwertige Versorgung, regelmäßige Konsumentenbefragungen, zufriedene und gesunde Patienten, sowie niedrige Kosten, sind die Kennzeichen dieser bemerkenswerten und vom Prinzip her auch für die anstehende Reform der deutschen Zahnheilkunde vorbildlichen HMO.

Christoph Becker  
Dauner Str. 21,  
53539 Kelberg

# Henriette Hirschfeld-Tiburtius 1834–1911

Renate Feyl

Der folgende Beitrag – ein Auszug aus dem Taschenbuch „Der lautlose Aufbruch – Frauen in der Wissenschaft“, das in Kürze im Verlag Kiepenheuer und Witsch, Köln, erscheinen wird, schildert die aufregende Biographie der ersten niedergelassenen Zahnärztin in Deutschland. Daß sie – vor 125 Jahren – bereits die wichtigen Säulen der Prophylaxe – Zahnreinigung, Ernährungsberatung und Kontrolluntersuchungen – durchgeführt und sich um ein Gesundheitsbewußtsein ihrer Patienten bemüht hat, ist dabei besonders bemerkenswert und interessant.

Henriette Pagelsen, die in Westerland auf Sylt geboren wird, gemeinsam mit ihren drei Geschwistern vom Vater, Pfarrer Pagelsen, Unterricht erhält und frühzeitig heiratet, kommt nicht aus Idealismus zur Wissenschaft, sondern aus Not. Sie verliert ihren Mann, ist alleinstehend, ohne Vermögen und daher gezwungen, einen Beruf zu erlernen, Geld zu verdienen, um für sich selber sorgen zu können. Diese Notlage setzt Einsichten frei, die die Dreißigjährige bewegen, ihr Leben noch einmal zu beginnen.

Sie zieht nach Berlin, nimmt vorübergehend eine Stelle als Hausdame an und hält nach beruflichen Möglichkeiten Ausschau. Dabei entdeckt sie sehr bald, daß für „Frauen, die aus dem Schatten des Hauses auf den Arbeitsmarkt heraustreten wollen“, nur der Lehrerinnenberuf bleibt, der als „einigermaßen anständig“ gilt. Doch Lehrerin will sie nicht werden. So sucht sie weiter nach einem ihr gemäßen Beruf, von dem sie hofft, daß sie ihn mit Freude erlernen und ausüben kann. Da erfährt sie aus einer Zeitung die Geschichte der Engländerin Elizabeth Blackwell, die mit ihren Eltern nach Amerika auswandert und 1844 an die bestehenden dreizehn medizinischen Fakultäten der USA ein Gesuch um Zulassung zum Universitätsstudium richtet. Zwölf Fakultäten lehnen ab. Eine, das Geneva Medical College im Staate New York, überläßt die Antwort den Stu-

denten. Eine Studentenversammlung entscheidet zugunsten der Petentin. Die Anwesenden übernehmen die Verpflichtung, „sich der Dame gegenüber stets als Gentlemen zu zeigen, damit sie ihren Schritt niemals zu bereuen habe“. Elizabeth Blackwell promoviert 1849, wird Ärztin und eröffnet damit den Frauen in Amerika und Europa den Weg zu einem regulären Universitätsstudium. Henriette Hirschfeld ist von dem Wagemut dieser Frau so fasziniert, daß sie sich spontan entschließt, ihr nachzueifern und ebenfalls Medizin zu studieren. Der Zufall, daß sie heftige Zahnschmerzen bekommt und längere Zeit eine untaugliche, erfolglose Behandlung über sich ergehen lassen muß, konkretisiert ihren Berufswunsch: nicht schlechthin Medizin, Zahnmedizin will sie studieren.

Doch mit diesem verwegenen Wunsch nach Unabhängigkeit, nach Berufstätigkeit und Erwerb gerät sie in eine doppelt schwierige Situation: Sie ist Frau und will überdies noch Zahnärztin werden. Das eine gilt im öffentlichen Bewußtsein für so gering wie das andere. Die Frau, die ein Studium begehrt, handelt wider die Ordnung der Natur, heißt es, ist eine Unnatur, ist roh und häßlich, ein Mannweib, ein Zwitterwesen. Der Zahnarzt gilt als Handwerker, ein Gebißarbeiter, der nichts vom ganzen göttlichen Menschen zu wissen braucht, der mit Haken und Zangen,

Geschick und Geduld, aber eben nicht mit der Theorie umzugehen hat. Wie einst die Herren Mediziner auf den Chirurgus als einen minderwertigen Praktiker herabsahen und ihn nur rufen ließen, wenn der blutige Eingriff mit dem Messer unumgänglich war, so blicken sie nun auf den Zahnarzt herab, sehen in ihm bloß den technischen Gehilfen des Chirurgen, aber keinen Vollmediziner. Die wenigen approbierten Ärzte, die als Zahnärzte tätig sind, führen einen zähen Kampf um ihre Anerkennung. Daß ausgerechnet nun auch noch eine Frau sich diesem Fachgebiet zuwenden will, wird mit Abneigung und Unbehagen zur Kenntnis genommen, weil man meint, daß eine „Weibsperson“ dem wissenschaftlichen Ruf der Zahnmedizin zusätzlich schaden könnte.

Henriette Hirschfelds Wunsch gerät daher zu einem langen Bittgang durch die Institutionen, die auf Preußens Boden üppig gedeihen. Immer wieder richtet sie an Heinrich von Mühler, der als Kultusminister mit den geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten befaßt ist, Gesuche und Anträge. Man gewährt ihr Gespräche und Audienzen; der Name Hirschfeld wird zum Begriff, die Angelegenheit zum Fall, der Vorgang zur Akte, das ganze zum Ärgernis und muß schleunigst vom Tisch. Nach zwei Jahren erlangt Henriette Hirschfeld die schriftliche ministerielle Zusicherung, daß sie „in Berlin zur zahnärztlichen Praxis zugelassen werden würde, falls sie von einem in gutem Ruf stehenden Kollegen ein Zeugnis über ein rite absolviertes Studium vorweisen könne“. Eine Zusicherung, die der neuerungsscheue Minister von Mühler mit dem Hintergedanken gibt, daß sie diese Bedingung, in Amerika zu studieren, ohnehin nicht erfüllen wird und er auf solch taktisch elegante Weise die lästige Bittstellerin, dieses verrückte, übergeschnappte, in summa

„unbefriedigte Frauenzimmer“, ein für allemal loswerden kann.

Henriette Hirschfeld jedoch eilt mit diesem kostbaren Schriftstück unverzüglich zu Dr. Abbot, einem amerikanischen Zahnarzt, der in Berlin eine Praxis führt und als „erste Autorität seines Faches“ gilt. Abbot empfiehlt ihr das Dental College in Philadelphia. Er meint, daß in seiner Heimat studierfreudige Ausländerinnen an Universitäten und Colleges, wenn auch gegen doppelte Studiengebühr, so doch ohne Schwierigkeiten Aufnahme fänden.

Henriette Hirschfeld borgt sich von Freunden das Geld für das Studium und die Überfahrt nach Amerika und landet 1867 in Philadelphia. Ein Apotheker, an den sie empfohlen worden ist, glaubt, die deutsche Dame erlaube sich einen Scherz mit ihm, als er hört, was sie vorhat. Er rät Henriette Hirschfeld, ihren Plan, Zahnmedizin zu studieren, aufzugeben und stehenden Fußes in Richtung Heimat umzukehren. Der Rat entbehrt anscheinend nicht der weisen Voraussicht, denn in den folgenden Wochen geht sie auf pennsylvanischem Boden von Professor zu Professor, um ihn für ihr Vorhaben zu gewinnen. Das Motiv für die allseits abweisende Haltung bringt sie rasch in Erfahrung: Am Dental College hatte bis dahin eine einzige Frau studiert, eine Amerikanerin, die in den Prüfungen versagt hat – Grund genug, daß die Professoren nun voller Vorbehalte und Mißtrauen gegen weibliches Studienbegehren sind. Ihre Reaktion ist nahezu einhellig: Statt studieren zu wollen, sollte die Dame aus Deutschland lieber Einsicht in ihre biologische Bestimmung üben, heiraten, Kinder bekommen und ein ihrem Geschlecht angemessenes Leben führen. Einer jedoch, Professor James Truman, schenkt Henriette Hirschfeld Gehör. Er verspricht ihr Unterstützung, zumal seine eigene Frau aktiv in der ameri-

kanischen Frauenbewegung arbeitet. Sie nehmen Henriette Hirschfeld als Pensionärin in ihr Haus, und James Truman stellt seine Kollegen vor die Alternative – entweder die sofortige Aufnahme von Mrs. Hirschfeld oder seinen Rücktritt. Man entschließt sich zu einem Kompromiß: der probeweisen Aufnahme von Henriette Hirschfeld am Dental College in Philadelphia.

Was dies bedeutet, ist ihr klar: Vom ersten Tag ihres Studiums an steht sie unter Erfolgswang und Leistungsdruck. Ein Versagen, einen Fehler kann sie sich nicht erlauben. Sie lernt mehr, gründlicher, eifriger als ihre Kommilitonen, weil sie gegen das Vorurteil anlernen muß, daß das weibliche Geschlecht zum Studieren nicht taugt, weil sie den leibhaftigen Beweis erbringen muß, daß Frauen von Natur aus eben nicht zum „plättenden, fegenden, kochenden,bürstenden, flickenden und sorgenden Domestiken ihres Hausgebieters und ihrer Kinder“ geschaffen und bestimmt sind. Ihr muß gelingen, was ihrer Vorgängerin mißglückt ist. Als Klippe in diesem Lernmassiv erweist sich nun der einstige Entschluß ihres Vaters, sie beim Unterricht mit den Geschwistern von den Lateinstunden auszuschließen. Denn für Vater Pagelsen und seine Söhne war Latein eine männliche Sprache, eben die Sprache der Wissenschaft, deren Kenntnis ein Mädchen in den Augen eines Jünglings statt begehrenswert nur abstoßend macht und von vornherein gute Heiratschancen mindert. Doch Henriette Hirschfeld holt nach, was man ihr zu geben verweigerte, eignet sich das notwendige lateinische Vokabular an und ist weder an Auffassungsgabe noch an Kombinationsvermögen den männlichen Teilnehmern des Studienjahres in irgendeiner Weise unterlegen.

Nach vier Semestern, am 27. Februar 1869 besteht sie ihr Examen und erhält wie die

anderen Absolventen den Doctor of Dental Surgery, den D.D.S. Das überaus ehrenvolle Angebot, in Philadelphia zu bleiben und eine zahnärztliche Praxis zu eröffnen, schlägt sie aus. Nun, da sie weiß, „daß eine Frau diesen Beruf ausfüllen kann“, hält sie es für ihre Pflicht, „zurückzukehren, um auf dem neuen Arbeitsfelde einen Platz für ihre Mitschwester zu erobern“. Kaum ist sie in Deutschland angekommen, konfrontiert sie den verblüfften Minister von Mühler mit ihrem Zeugnis über ein „rite absolviertes Studium“. Der konservative Kultusbeamte muß sein Gesicht wahren und wohl oder übel das schriftliche Versprechen einlösen.

So eröffnet Henriette Hirschfeld noch im selben Jahr, 1869, in der Behrenstraße 9 ihr „Zahnatelier“. Frau D.D.S. Hirschfeld sorgt damit für eine Sensation: Die Berliner haben eine Zahnärztin, und die Statistik hat ein Novum – sie ist die erste Zahnärztin in Deutschland. Die ihr auferlegten Einschränkungen werden verschwiegen. Damit die Grenzen der Schamhaftigkeit und Sitte gewahrt bleiben, darf sie keine männlichen Patienten, sondern eben „nur“ Frauen und Kinder behandeln. Die Ausstattung des Sprechzimmers und die Arbeitsgeräte sind denkbar einfach: Behandlungsstuhl, Lampe mit Vergrößerungsglas auf einem Stativ, Spucktisch, Instrumentenschrank, Instrumentenkocher. Schmerzende Zähne trepaniert sie mit einem Handbohrer. Jahre später erst, 1875, kommt die große Erleichterung, die Fußretbohrmaschine, in den Handel. Auch ein hydraulischer Ölpumpstuhl steht ihr noch zur Verfügung. Bei besonders schmerzhaften Eingriffen gibt sie Lachgas oder Morphium.

Die ersten Patientinnen kommen nur zögernd. Die Damen aus den „besseren Kreisen“ schicken zunächst ihre Dienstboten und Kammerzofen, lassen sich über die zahn-

ärztliche Behandlung von ihnen eingehend berichten; lautet das Urteil günstig, so werden nach und nach die Kinder zur Behandlung gesandt, bis sich schließlich die gnädigen Frauen höchstpersönlich in das Zahnatelier begeben, um „ihre mangelhaften Eßwerkzeuge unter die Kur der geschickten und kräftigen Hände von Henriette Hirschfeld zu stellen“.

Unterdessen ist ihre doppelt schwierige Situation nicht aufgehoben. Vielmehr hat sie sich noch zugespitzt. Zum einen ziehen prominente deutsche Professoren, deren Titel in der Öffentlichkeit als Bürge für Weitsicht und Klugheit steht, gegen das Medizinstudium der Frauen zu Felde. Professor Bischoff, Anatom und Physiologie, spricht seinen Kollegen aus dem Herzen, als er mit habilitierter Gründlichkeit fünf Thesen aufstellt, weshalb sich die Frau zum Medizinstudium nicht eigne. Da wäre erstens die Erregung von Ekel, zum Beispiel bei einer klinischen Leichenöffnung, die ihrem Gemüt nicht guttun würde. Da wäre zweitens die Verletzung der Schamhaftigkeit, zum Beispiel wenn sie syphilitische Männer behandeln müßte; drittens die Kränklichkeit der Frau, wie die fortwährenden Schwangerschaften, die einem Studium im Wege stünden, weil gerade in diesem Zustand Konzentration und Denkfähigkeit der Frau spürbar nachließen. Da wäre viertens die Roheit der Studenten und fünftens die angeborene Autoritätslosigkeit der Frau, auf Grund deren sie niemals ein Hospital leiten könne.

Das professorale Fazit teilen Presse und Öffentlichkeit nahezu einstimmig: Die Studierwünsche der Frauen sind radikale Visionen, die frühzeitig unterbunden werden müssen, sollen sie nicht eine Veränderung der Wirklichkeit heraufbeschwören. Es muß bleiben, wie es immer war und wie es die Geistesgeschichte bewiesen hat: Zur Wahrheit,

Wirklichkeit, Macht und Diesseitigkeit des Denkens finden nur Männer. Wo es um Wissenschaft geht, sind sie die Hausherrn, haben Vortritt und Befugnis. Daß in einer solchen Situation die beiden Briefe, die Henriette Hirschfeld an Virchow und Du Bois-Reymond schreibt, in der Hoffnung, sie für die Zulassung der Frauen zum Universitätsstudium gewinnen zu können, unbeantwortet bleiben, ist nur zu verständlich. *Quia non movere*. Es ist, als hätte sich Bismarcks Lieblingswort, das er den „obersten staatlichen Grundsatz“ nennt, in allen Bereichen und Köpfen tief verwurzelt: Was ruhig liegt, nicht stören. Zum anderen wird in dem Jahr, als Henriette Hirschfeld ihre Praxis eröffnet, in Preußen die Gewerbeordnung erlassen, die von 1871 an für das gesamte Deutsche Reich gilt. Die „Kurierfreiheit“ ist gesetzlich genehmigt und geschützt. Zahnarzt darf sich jetzt zwar nur noch nennen, wer der preußischen Prüfungsordnung von 1869 entspricht, die für die zahnärztliche Zulassung die Primarreife eines Gymnasiums oder einer Realschule erster Ordnung, ein zweijähriges Universitätsstudium und den Nachweis praktischer zahnärztlicher Übungen voraussetzt. Den Beruf selber aber, die Zahnheilkunde, darf nach wie vor jeder ausüben, der sich dazu berufen und in der Lage fühlt. Dies wird rasch und reichlich wahrgenommen, und es bildet sich der Stand „Zahntechniker, Zahnkünstler“, der späteren „Dentisten“. Sie kommen aus den Berufen der Goldarbeiter, Barbieri, Schmiede, Schlächter, Graveure oder Apotheker. Massenhaft strömen ihnen die Patienten zu, da es nur wenige wissenschaftlich ausgebildete Zahnärzte gibt.

In dieser schwierigen Situation, in die sich Henriette Hirschfeld hineinbegibt, bekommt ihre Tätigkeit ein eigenes Gewicht. Mit ihrem Grundsatz, Zähne zu erhalten statt Zähne zu ziehen, knüpft sie an die besten wissen-

schaftlichen Traditionen der Zahnmedizin an. Sie will begreiflich machen, daß eine Zahnbehandlung nicht „kosmetische Reinigung“, nicht „Schönheitsreparatur“, sondern ein notwendiger Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit ist. Aus dem Zustand der Zähne ihrer Patienten zieht sie die Bilanz, daß bereits die Zähne der Kinder „in fortschreitendem Verfall begriffen“ sind und irreparable Schäden zeigen. Gerade weil bis dahin in Deutschland die regelmäßige Zahnpflege unbekannt ist oder als überflüssig betrachtet wird, beginnt sie mit ihrer Arbeit an der Wurzel des Übels: Zahnbehandlung nicht erst dann, wenn der Schmerz, der große Warner, sich meldet und nichts weiter signalisiert, als daß der Zerstörungsprozeß schon in vollem Gange ist, sondern Zahnbehandlung als Prophylaxe, als vorbeugend-Mittel gegen Karies, diesen „Massengräber der Volksgesundheit“, Zahnbehandlung als Verhütung von Mund- und Kieferkrankheiten, als Vermeidung von Infektionsquellen und Verdauungsstörungen.

So legt sie das Schwergewicht ihrer Arbeit auf die Zahndiätetik, zählt dazu nicht nur das regelmäßige „Putzen mit Pulver“, nicht nur eine richtige Ernährung, die zu kräftiger Kautätigkeit anregt und positive Auswirkungen auf den gesamten Zahnhalteapparat hat, sondern vor allem auch regelmäßige Zahnkontrolluntersuchungen, die es bis dahin in Deutschland nicht gibt. Sie appelliert an ihre Patienten, sich ein Gesundheitsbewußtsein anzueignen, von dem die Zähne nicht länger ausgeschlossen bleiben dürfen, und wird nicht müde, auf den gesundheitlichen Nutzen zu verweisen, der vor allem den Kindern aus regelmäßigen Zahnkontrollen erwachsen kann. Bei Zehntausenden von Patienten, die sie im Laufe ihrer dreißigjährigen Praxis erfolgreich behandelt, bleibt ihr eindringliches Ermahnen nicht ungehört.

Auch die Gesundheitsbehörden erkennen, daß eine zahnärztliche prophylaktische Tätigkeit nicht die Sache einzelner engagierter Medizinalpersonen bleiben darf, sondern vom Staat angeordnet, geleitet und organisiert werden muß.

So erlebt Henriette Hirschfeld, daß nach 1883 die Zahnpflege und Zahnkontrolle in „Schule und Heer“ obligatorisch wird, daß innerhalb eines Jahrzehnts, von 1884 bis 1894, den führenden deutschen Universitäten zahnärztliche Institute angegliedert werden, und 1902, drei Jahre nachdem sie ihre Praxis aus Altersgründen ihrer Nachfolgerin Elisabeth von Widekind übergeben hat, werden in Straßburg und Darmstadt die ersten europäischen Schulzahnkliniken eröffnet.

Trotz ihrer Erfolge, trotz ihrer mittelbaren Teilnahme an der wissenschaftlichen Entwicklung der Zahnmedizin ist sie doch während ihrer langjährigen Berufspraxis permanent gefährdet. Die doppelt schwierige Situation, mit der sie ein Leben lang konfrontiert ist, spitzt sich für sie von Jahr zu Jahr zu und artet zur Jahrhundertwende hin in ein Scharmützel extremster Ansichten und Absichten aus.

Die Frau in der Medizin wird nach wie vor aufs heftigste bekämpft. Der Zahnarzt als Vollmediziner wird noch immer nicht ernst genommen. Daran, daß die Presse ihrem „Treiben“ argwöhnisch zuschaut, auf einen Fehler, Mißgriff oder eine Patientenbeschwerde lauert, um endlich den Beweis zu haben, daß Frauen in der Medizin nur Unheil anrichten, hat sich Henriette Hirschfeld längst gewöhnt. Nichts als sorgfältige, fachlich unangreifbare Arbeit stellt sie denen entgegen, die mit eiferndem Temperament und inbrünstiger Stimme den Geist des Gestrigen bewahren wollen. Sogar die Herren Fachkollegen begnügen sich in diesem Wortgemetzel, das

die Formen eines Geschlechterkampfes annimmt, nicht mit wohlüberlegten Einzelmeinungen, sondern geben ihnen gleich das eherne Gewicht der Organisation: Der Vereinsbund Deutscher Zahnärzte hält die Zulassung der Frauen zum zahnärztlichen Studium für unzweckmäßig, weil dadurch „die in vollem Gange befindlichen Reformbestrebungen im zahnärztlichen Stande empfindlich gestört werden könnten“. Auf dem deutschen Ärztetag 1898 in Wiesbaden wird festgestellt, „daß die Frau sich zu keinem Studium weniger eigne, wie zum medizinischen“. Frauen gar als Zahnärzte, erfährt die Öffentlichkeit, seien undenkbar, weil es ja bei jeder Behandlung nicht bloß um den Zahn, wie inzwischen erkannt worden ist, sondern um die wissenschaftliche Kenntnis des Gesamtorganismus gehe, und genau diese Einsicht in Zusammenhänge, die höhere sozusagen, könne eine Frau nicht aufbringen. Als Zahntechniker, als rein handwerklicher Gehilfe dagegen, hätte sie ein ausgezeichnetes Wirkungs- und Bewährungsfeld. Hier braucht sie keinerlei Theorieverständnis, braucht nicht zu kombinieren und nicht zu diagnostizieren.

Rudolf Virchow, dessen Worte den Klang eines wissenschaftlichen Credos haben, weist einen Antrag für die Aufnahme von Ärztinnen in die Berliner Medizinische Gesellschaft brüsk zurück. „Die Satzungen seien so, daß ein Promotus, aber keine Promota aufgenommen werden kann.“ Man ist sich rundum einig und läßt dies in Form von Gutachten über Die akademische Frau massenhaft publizieren: Die Frau soll bleiben, wie sie immer war – sanft, süß und sinnlich – und wo sie immer war – im heimischen Reich, in ihrer kleinen Welt der vielen besitzbaren Dinge.

Die meisten der einhundertvier namhaften Universitätsprofessoren, die 1896 über „die

Befähigung der Frau zum wissenschaftlichen Studium der Berufe“ ihre Ansicht kundtun, geben sich sachverständig in puncto Naturell des Weibes. Fazit: Frauen ziehen Beispiele den Beweisen und Empfindungen den Schlüssen vor. Vor allem beim Medizinstudium nehmen Frauen ersten Schaden. Karl von Bardeleben benennt die „schädlichen Einwirkungen auf die Wirbelsäule, den Brustkorb, auch das Becken, ferner auf die Zirkulationsorgane“, die bei einem Studium unabwendbar wären. Ernst von Bergmann hält Frauen „in körperlicher wie geistiger Beziehung für ein Medizinstudium für völlig ungeeignet“. Esmarch, Trendelenburg, Lewin, Landois, Buchner, Fritsch, Riegel und viele andere stimmen ein. Bis in die höchsten Instanzen werden sie wohlwollend vernommen. Allein die Erwähnung eines weiblichen Arztes erregt im Reichstag noch in den neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts „ungeheure Heiterkeit“.

Zum anderen trägt die Diskussion um den zahnärztlichen Doktorgrad, die in aller Heftigkeit entflammt, wenig zu der erstrebten Festigung des wissenschaftlichen Rufes der Zahnärzte bei. Der Doctor of Dental Surgery wird als ungenügend betrachtet. Es heißt, die „amerikanischen Colleges dienten als Zufluchtsstätte für Deutsche durch Herabsetzung der Anforderungen“. In Medizinerkreisen spricht man abwertend von den „graduieren Amerikanern“. 1887 entscheidet das Königliche Kammergericht in Berlin, „daß sich nur diejenigen Personen als Zahnärzte, gleichviel ob dazu vermerkt ist: ‚im Ausland pp. approbiert, nicht in Deutschland approbiert und dergleichen mehr‘ oder nicht, bezeichnen dürfen, welche das Befähigungszeugnis für das Deutsche Reich von den für letzteres bestehenden Prüfungsbehörden erhalten haben“. Henriette Hirschfeld gehört danach zu den „nicht in Deutsch-

land approbierten Medizinalpersonen“. Ihr Titel wird weder voll anerkannt noch offiziell aberkannt. Die preußischen Medizinalbehörden nehmen die allgemein herrschende Titelunsicherheit stillschweigend zur Kenntnis und lassen in Ermangelung eigener Richtlinien in der Praxis gewähren. Erst kurz vor der Jahrhundertwende gibt es in Deutschland den zahnärztlichen Dokortitel, den Dr. chir. dent., der sich, nachdem 1909 die Zahnheilkunde zu einem selbständigen Teilgebiet der Medizin erklärt worden ist, zehn Jahre später dann endgültig in den Dr. med. dent. verwandelt. Die Diskussion um den zahnärztlichen Doktorgrad nimmt Henriette Hirschfeld nur aus der Entfernung und nur als Nebensache zur Kenntnis. Sie weiß, was sie kann, weiß, daß sie gebraucht wird, und ist froh, ihrem Beruf ein wissenschaftliches Fundament gegeben zu haben. Sie heiratet den Oberstabsarzt Carl Tiburtius, bekommt zwei Kinder und spielt nicht einen Augenblick lang mit dem Gedanken, deshalb ihren Beruf, ihre hart erkämpfte innere und äußere Selbstständigkeit aufzugeben. Im Gegenteil: Kinder, meint sie, brauchen eine selbstständig denkende und handelnde Mutter. Obwohl sie eine Haushaltshilfe hat, die ihr die mühselige, zeitraubende Alltagsarbeit abnimmt, und sie im Gegensatz zu anderen Frauen in dieser Hinsicht nur wenig belastet ist, bleiben außer den täglichen Sprechstunden von neun bis fünfzehn Uhr genug andere Anstrengungen, die sie zu bewältigen hat.

Bis ins hohe Alter engagiert sie sich auf sozialem Gebiet, weil sie „das erwachende Selbstbewußtsein ihrer Mitschwester“ durch eigene Aktivitäten unterstützen will. So ist sie im Vorstand des „Heimathauses für Stellung suchende Mädchen“, des sogenannten „Mägdehauses Börse“, im Vorstand der „Heimstätte in Berlin“, eines Frauenhauses, das erwerbslosen Mädchen mit ihren Kin-

dern Unterkunft und Zuflucht bietet, gründet gemeinsam mit Lina Morgenstern den „Frauenverein zur Rettung und Erziehung minorener strafentlassener und verwahrloster Mädchen“, gehört später zu den Gründerinnen des „Frauenclubs 1900“ und nutzt ihre Vereins- und Wohlfahrtstätigkeit, um den jungen Frauen, die ohne Schutz der Familie und ohne die Wärme des Wohlstandes aufwachsen müssen, die Wege zu einer praktikablen Lebensform zu zeigen: einen Beruf erlernen, die eigenen Möglichkeiten ausschreiten, finanziell und ideell unabhängig werden. Demgemäß sieht sie in der „Frauenfrage“ kein politisches, sondern ein soziales Problem, das sie als die „Versorgung der Unversorgten“ bezeichnet. Hier wird sie nicht müde, sozial prophylaktisch tätig zu sein, den orientierungslosen, ratsuchenden Frauen Erwerbsquellen zu erschließen und ihnen begreiflich zu machen, daß Müßiggang und Unwissen die Demuts- und Dulderrolle der Frau motiviert und vergrößert.

So, wie Henriette Hirschfeld-Tiburtius einst in Elizabeth Blackwell, der ersten amerikanischen Ärztin, ihr großes mutmachendes Vorbild sah, so wird nun ihre eigene Existenz wegbestimmend für andere Frauen. Franziska Tiburtius, die Schwester ihres Mannes, geht auf ihren Rat in die Schweiz, um Medizin zu studieren, kehrt als „Dr. med. der Universität Zürich“ zurück und gründet später in Berlin mit Emilie Lehmus und der aktiven Unterstützung von Henriette Hirschfeld-Tiburtius die „Poliklinik für Frauen“ in der Alten Schönhauser Straße 23/24, aus der sich dann die „Klinik weiblicher Ärzte“ in der Karl-Schrader-Straße 10 entwickelt. Vorzugsweise werden Frauen aufgenommen, die „keiner Krankenkasse angehören und daher am bedürftigsten sind“. Pro Person und pro Konsultation sind zehn Pfennig zu

entrichten. Gänzlich mittellose Frauen erhalten kostenlos Arznei. Eine Einrichtung, die Tausenden von Berliner Frauen zum Segen wird.

Und auch unmittelbar im eigenen Fachgebiet findet Henriette Hirschfeld-Tiburtius couragierte Nachfolgerinnen. Christa Heinecke ist als erste Schulzahnärztin in Colmar im Elsaß tätig, und Ida Freudenheim nutzt die in Deutschland gegebene Möglichkeit zur zahnärztlichen Approbation, erwirbt 1901 den Dr. chir. dent. praktiziert in Königsberg und erlebt das gleiche, was auch Henriette Hirschfeld-Tiburtius erfahren hat: Jede erfolgreiche Patientenbehandlung ist nicht etwa das Selbstverständliche, sondern vor allem die Legitimation ihrer ärztlichen Existenz, denn immer neue Varianten im Kampf gegen die Frauen in der Medizin werden ins Spiel gebracht.

Als die Entwicklung zur offiziellen Zulassung der Frauen zum Studium unabwendbar scheint, fordert der Anatom Waldeyer gesonderte Universitäten für Frauen, „denn Frauen lernen anders als die Männer. Frauen erfassen das Gedächtnismäßige leichter und haben eine stärkere Phantasie. Der Mann hingegen denkt strenger und faßt das Ganze ins Auge. Wenn Frauen und Männer zusammen unterwiesen werden, wird der Unter-

richt leicht den Bedürfnissen der Frauen angepaßt und verflacht.“ Von Frauen, die bereits erfolgreich auf medizinischem Gebiet tätig sind, nimmt auch er keine Notiz, denn: Ausnahmen sind nicht die Regel. Einzelnes ist nicht Allgemeines. Nekrologe gehören den Männern. In das gelobte Land der Wissenschaft, wo Milch und Honig fließen und der herrliche Baum der Erkenntnis blüht, sollen sie allein weiterhin auf staatlich sanktionierter Straße pilgern dürfen.

Henriette Hirschfeld-Tiburtius zeigt es anders. Sie, die aus einer Notsituation zur Wissenschaft kam, die durch Fleiß und Energie eine selbständige Existenz erlangt hat, geht den Weg zu sich selbst, den Weg von einer Jahrhunderte währenden Utopie hin zu einer neuen Wirklichkeit. Nicht aus dem gewohnten Mißtrauen gegen die eigenen Fähigkeiten, nicht aus knechtischer Gesinnung und häuslicher Untertänigkeit erwachsen Anmut und Würde der Frauen, sondern aus Leistung und Wissen. An sich selbst zeigt sie, daß dies durch Arbeit zu erreichen ist. Hier liegt das sich bewährende Wesen des Menschen, und das der Frauen bildet dabei keine Ausnahme.

Aus: „*Der lautlose Aufbruch – Frauen in der Wissenschaft*“ von Renate Feyl  
(c) 1994 by Verlag  
Kiepenheuer + Witsch Köln

### 3. Europäischer Kongreß für Biologische Zahnmedizin vom 17. bis 19. März 1995 in Aachen/Kongreßzentrum

Hauptthemen: **Material-Verträglichkeit**  
**Beziehung der Zähne zum Gesamt-Organismus**

Kongreßsprache Deutsch, Simultan-Übersetzung in Französisch

Veranstalter: Internationale Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin (GZM)  
Auskunft: GZM, Franz-Knauff-Straße 2-4, 69115 Heidelberg  
Tel. 06221/166 492, Fax: 06221/164 889

# Zahnärztinnen ergreifen die Initiative!

Anstoß zur ersten bundesweiten Zahnärztinnenkonferenz im April in Berlin gab das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, das einem Berufsverbot für angestellte schwangere Zahnärztinnen gleichkommt (siehe *DAZ-forum* 46, 1994, S. 214).

In Vorbereitung der Koordinierungskonferenz „Zahnärztinnen“ am 19.10.'94 in Berlin bearbeiten Kolleginnen des eingesetzten Arbeitsausschusses folgende Themen:

## 1. Schwangerenproblematik

Koordinierung des bundesweiten Protestes gegen das Bundesverwaltungsgerichtsurteil, bei gleichzeitiger Anregung der Diskussion auf Landesebene; Schaffung der Position einer Frauenbeauftragten im Bereich der Landeszahnärztekammern und eines Ansprechpartners im Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

## 2. Versorgungswerke

- Kinderbetreuungszeiten / Kindererziehungszeiten – Standortbestimmung
- Rentenüberleitungsgesetz-Problematik der älteren Kollegen im Osten

## 3. Notdienste

- vergleichende Analyse der Regelung in den verschiedenen Kammerbereichen

## 4. Frauenförderungsprogramme

- Vorstellung eines Modells zum Wiedereinstieg und zur Teilzeittätigkeit
- Darstellung von Zahnärztinnen in berufspolitischen Gremien.

Die Ergebnisse, Hinweise und daraus resultierenden Anträge an die Delegiertenkonferenz der Bundeszahnärztekammer, die am 2./3.12.'94 in München tagt, werden am 19.10. der Koordinierungskonferenz Zahnärztinnen in Berlin zur Beschlußfassung vorgelegt. In dieser Frauenkonferenz sind aus jedem Kammerbereich 2 Kolleginnen stimmberechtigt. Die Teilnehmerinnen werden auch darüber beschließen, ob der BZÄK empfohlen wird, den Arbeitsausschuß in bisheriger Form bestehen zu lassen, solange die anstehenden Fragen nicht beantwortet sind bzw. die Position der Frauenbeauftragten nicht besetzt ist.

*Dr. Annette Bellmann  
stellvertr. DAZ-Vorsitzende*

## Laborauftrag und Laborrechnung

In jüngster Zeit mehren sich Fälle, in denen Laborrechnung und zahnärztlicher Auftrag nicht übereinstimmen. So wird z.B. aus dem Auftrag „vollständige Unterfütterung einer Prothese“ eine Unterfütterung mit ein, zwei oder gar drei „weiteren Leistungseinheiten“. Diese werden dann z.B. mit „Sprung bei Zahn Xy“ begründet. Weder der Patient noch die HelferIn noch der Zahnarzt haben den Sprung gesehen. Der Ärger ist vorprogrammiert!

Besonders ärgerlich ist es natürlich, wenn z.B. bei Unterfütterungen die Position „Ein-

stellen in Mittelwertartikulator“ zur Abrechnung kommt. Manche Zahntechniker haben eine Entscheidung des Bundessozialgerichtes, nach der Einschränkungen über die Erläuterungen des BEL nicht zulässig sind, zum Anlaß genommen, völlig sachfremde und unsinnige Leistungspositionen abzurechnen!

Fazit: Erteilen Sie einen ausreichend detaillierten Auftrag und kontrollieren Sie die Laborrechnung genau nach. Das Geld für das zahntechnische Labor kommt aus dem gleichen Topf wie unser Honorar! *Dr. Diwald*

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!**

# DAZ-Verbandsnachrichten

## Termine

DAZ-Mitglieder und Forum-Leser/innen sind herzlich dazu eingeladen, auch die Veranstaltungen des NAV-Virchowbundes zu besuchen; nähere Infos erhalten Sie über Tel. 0221/973005-0. Zu allen übrigen Veranstaltungen, insbesondere zu den noch nicht endgültig terminierten, informiert Sie die DAZ-Geschäftsstelle (Tel. 0221/973005-45).

- 12.10.'94 19.00 Uhr, Regensburg/Leerer Beutel:  
Treffen der **DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz**
- 21.-23.10.'94 Augsburg/Neue Universität:  
**23. Zentralkongreß für die Fachberufe im Gesundheitswesen**  
mit Programm für Zahnarzthelferinnen und andere Interessierte zur GOZ, zu Besonderheiten im Umgang mit alten Menschen, zur Prophylaxe beim alternden Menschen (Infos über die Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung, Postfach 410220, 50862 Köln, Fax 0221/4004366)
- 28.-30.10.'94 Köln/Maritim-Hotel: **DAZ-Jahrestagung** mit Endodontie-Fortbildung am 29.10.1994, Mitgliederversammlung am 30.10.1994 (Programm siehe Seite 312)
- 9.11.'94 19.00 Uhr, Regensburg/Leerer Beutel:  
Treffen der **DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz**
- 23.& 29.11.'94 Hamburg: Seminar der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zum Thema „**Intensive Betreuung von Anfang an – Kariesrisiko-Kinder fordern uns heraus**“
- 7.12.'94 19.00 Uhr, Regensburg/Leerer Beutel:  
Treffen der **DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz**
- 17.12.'94 9.00 Uhr, Köln/NAV-Wirtschaftsdienst: DAZ-Ratssitzung
- Jan. o. Febr. '95 Berlin: **DAZ-Ratssitzung mit Fortbildungsveranstaltung**
- 11.3.'95 Chemnitz oder Köln: **DAZ-Ratssitzung**
- 6.5.'95 Frankfurt: **Gemeinsame DAZ-VDZM-Frühjahrstagung**
- 9.-11.5.'95 Dresden/Deutsches Hygiene-Museum:  
45. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter dem Motto „**Das Gesundheitsamt und seine Partner**“
- Juni o. Juli '95 Regensburg/Leerer Beutel:  
**DAZ-Ratssitzung mit Fortbildungsveranstaltung**

## Programm der Jahrestagung 1994 des DAZ in Köln

**Fr, 28.10.'94**

ab 20.00 Uhr

### Informeller Auftakt

**Get Together – Treffen zum Kennenlernen und Wiedersehen**  
im Restaurant des Hotel Consul,  
Roter Salon, Belfortstr. 9, 50668 Köln  
Tel. 0221/7721-0, Fax 0221/7721-259

**Sa, 29.10.'94**

9.30–18.00 Uhr

### Fortbildungsveranstaltung

**„Aktuelles aus der Endodontie“ mit Prof. Dr. Claus Löst**  
Teilnahmegebühr: 150 DM, Studenten frei

9.30 Uhr

### Eröffnung der Veranstaltung

im Maritim Hotel Köln, Saal 16, Heumarkt 20, 50667 Köln,  
Tel. 0221/2027-0, Fax: 2027-826

9.45 Uhr

### Teil 1 des Referates von Prof. Dr. Claus Löst (Mit Diskussion und Pause)

ab 11.00 Uhr

findet parallel zu der Veranstaltung für interessierte Medienvertreter  
eine Pressekonferenz statt, in der u.a. das neue programmatische  
DAZ-Papier „Konsens-Vorschlag Zahnheilkunde 2000“ vorgestellt  
wird.

13.00 Uhr

### Mittagspause

14.30 Uhr

### Teil 2 des Referates von Prof. Löst (Mit Diskussion und Pause)

18 Uhr

### Ende der Fortbildungsveranstaltung

ab 20.00 Uhr

**Gemütliches Beisammensein und Abendessen**  
in mittelalterlichen Gewölben im Weinkrüger  
Restaurant Am Alten Rathaus, Marsplatz 1–5  
50667 Köln, Tel. 0221/257654

**So, 30.10.'94**

9.00–13.00 Uhr

### DAZ-Mitgliederversammlung 1994

### DAZ-Mitgliederversammlung (MV)

im Maritim Hotel Köln, Saal 17, Heumarkt 20  
50667 Köln, Tel. 0221/2027-0, Fax 0221/2027-826

## Technische Hinweise:

### Anmeldung

Schriftliche Anmeldung beim DAZ im NAV-Virchowbund, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221/7391239, erbeten.

### Gebühr für die Fortbildung am 29.10.'94

150.- DM für berufstätige Zahnärzte/innen, für Studenten/innen beitragsfrei.

Der Beitrag sollte vorab überwiesen werden auf:  
Konto Nr. 000 3000 869 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Köln, BLZ 370 606 15.

### Mitglieder- versammlung

Antragsschluß für die Mitgliederversammlung (MV) ist laut Satzung eine Woche vorher. Die Teilnahme ist kostenlos.

### Übernachtung

Zimmer sind reserviert in:

- Maritim Hotel Köln, Heumarkt 20, 50667 Köln  
Tel. 0221/2027-0, Fax 0221/2027-826
- Hotel Consul, Belfortstr. 9, 50668 Köln  
Tel. 0221/7721-0, Fax 0221/7721-259
- Hotel Mira, Friesenstr. 33, 50670 Köln  
Tel. 0221/257 70 82, Fax 0221/257 70 66

### Rückfragen

DAZ-Geschäftsstelle Köln, DAZ im NAV-Virchowbund,  
Geschäftsführerin: Irmgard Berger-Orsag, Belfortstr. 9,  
50668 Köln, Tel. 0221/97 30 05-45, Fax 0221/739 12 39



# Buchbesprechungen

## Kinderzahnheilkunde- ein klinisches Konzept

Koch/Modeer/Poulsen/Rasmussen

448 S., 335 Abb., Quintessenz Verlag 1994, DM 280.-

Computergestützte Restaurationsverfahren, ästhetische Zahnheilkunde, Marketing – es ist an der Zeit, sich wieder auf die Grundwerte der Zahnheilkunde zu besinnen. Die Prävention von Zahnerkrankungen muß im Vordergrund jeglichen zahnärztlichen Tuns stehen.

Gerade in der Kinderzahnheilkunde ist ein hoher Standard der Schlüssel für eine zeit lebens gute Mundgesundheit. Dies sollte für den zahnärztlichen Berufsstand und die Gesellschaft höchste Wertigkeit besitzen.

Wissenschaftlern und Klinikern aller zahnärztlichen Institute der fünf skandinavischen Länder war es deshalb ein Anliegen, ein Lehrbuch der klinischen Kinderzahnheilkunde zu schreiben. Dieses „Standardwerk“ liegt nun, in überarbeiteter Form, in deutscher

Sprache vor. Ziel dieses Buches ist es, den wissenschaftlichen Hintergrund, die Behandlungsphilosophien, sowie die in der modernen Kinderzahnheilkunde vorherrschenden klinischen Vorgehensweisen umfassend darzustellen. Zahngesundheitsfürsorge umfaßt nicht nur die Prävention und Behandlung von Karies und Gingivitis, sondern alle Aspekte der Zahnentwicklung: Okklusale Störungen, Traumen, orale Pathologie, Prothetik, Schmerzkontrolle, Behindertenbehandlung etc.

Somit wird dem Kinderzahnarzt ein großes Spektrum an Wissen und Fertigkeiten abverlangt, das wir mit diesem Buch auf den neuesten Stand bringen sollten, um die Mundgesundheit unserer Kinder zu verbessern.

C.W.

## Color Atlas of Oral Diseases

George Laskaris

384 S., 555 Illustrationen, Georg Thieme Verlag 1994, DM 189,-

Ein hervorragender Atlas mit phantastischem Bildmaterial! Goerge Laskaris stellt auf 384 Seiten mit über 550 Illustrationen das Gebiet oraler Erkrankungen ausführlich und übersichtlich dar.

Genetische Fehlbildungen, Infektionen, Maligne Erkrankungen sowie Erkrankungen des Blutes, der Haut, des endokrinen, metabolischen, autoimmunen und rheumatischen Formenkreises, lokale Läsionen u.a. kommen zur Darstellung.

Diese Essenz seiner umfangreichen klinischen Erfahrung in Form eines Bildatlas ist als

Führer bei diagnostischen Problemen sowohl für den Praktiker als auch für den Studierenden gedacht. In 33 Kapiteln wird jede Erkrankung mittels Farbfoto, klinischer Kurzbeschreibung und Hinweisen zu Differentialdiagnostik, Labor Tests und Therapie erläutert.

Da das Buch in Englisch vorliegt, wird mancher Leser vielleicht Verständnisschwierigkeiten befürchten. Die Anschaffung lohnt jedoch schon aufgrund des hervorragenden Bildmaterials und nicht zuletzt wegen des erstaunlich günstigen Preises.

C.W.

## Versiegelung von Zähnen

H.J. Staehle

80 S., 92 Abb., Quintessenz Verlag 1994, DM 78,-

Lokalfluoridierungen und Versiegelungen sind keine isolierten Maßnahmen, sondern Bestandteile eines systematischen Prophylaxekonzeptes, mit dem Ziel, Risikofaktoren unter Berücksichtigung individueller Kariesanfälligkeit zu minimieren.

Diese Bausteine moderner Kariesprophylaxe gelten weiterhin als „einfache“ Maßnahmen, die im Grunde keiner speziellen Ausbildung und Rückfrage bedürfen. Hier zeigt der Autor jedoch in beeindruckender Weise die Wichtigkeit systematischer Planung sowie einer aktuellen, technisch ausgereiften Vorgehensweise.

Im ersten Grundlagenkapitel erfolgt eine Darstellung verschiedener Sichtweisen zur Indikation und zu zeitlichen Abläufen von Versiegelungen.

Mittels klinischer Fallbeispiele wird im zweiten Kapitel anhand von ausführlichen Fotodokumentationen und Tabellen das praktische Vorgehen bei Lokalfluoridierungen, Fissurenversiegelungen und präventiven Adhäsivfüllungen step by step vorgestellt.

Im dritten Kapitel erfolgt dann eine gründliche Darstellung der zur Versiegelung angebotenen Materialien und deren Risiken. Hier geht der Autor u.a. auch auf das Problem gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch die massenhafte Verwendung dentaler Kunststoffe ein.

Ein Ausblick über zukünftige Entwicklungen schließt das Buch ab. Fazit: Ein sorgfältig gemachtes, umfassendes Buch zum Thema.

Sehr empfehlenswert.

C.W.

## Klinische Parodontologie

Thomas F. Flemmig

136 S., 150 Abb., 15 Tabellen, Georg Thieme Verlag 1993, DM 68,-

Rascher wissenschaftlicher Fortschritt macht es dem Praktiker oft unmöglich, auf allen Teilgebieten der Zahnheilkunde Spezialkenntnisse zu besitzen bzw. diese zu beherrschen.

Der Thieme Verlag möchte hier mit seiner Reihe „Dent Praxis“ eine sowohl rasche als auch umfassende Information zu einem speziellen zahnmedizinischen Teilgebiet anbieten. Theoretische Grundlagen werden nur soweit dargestellt, wie es für das Verständnis erforderlich ist.

Dieses Kompendium umfaßt alle wichtigen Aspekte der klinischen Parodontologie.

Schwerpunktmäßig werden allgemein anerkannte diagnostische und therapeutische Methoden unter klarer Definition von Indikation und Kontraindikation dargestellt. Auf Erfolgsquoten geht der Autor ebenso ein wie auf das Management von Mißerfolgen. Themenauswahl: Anatomie, Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Prinzipien und Phasen der Therapie, spezielle parodontale Probleme, Checklisten mit Instrumenten, Materialien, Literatur.

Dr. Claudia Wohlgemuth  
Lindenschmitzstr. 44  
81371 München

## Umweltfibel – Ein kleines Handbuch für die Praxis

NAV-Virchow-Bund Landesverband Schleswig-Holstein

Herausgeber: Dr. K. Lehmann, Dr. J.M. Träder

zu erhalten für DM 10,- bei der DAZ-Geschäftsstelle

*Wir niedergelassenen Ärzte sind „Spezialisten für Anamnese, Untersuchung und Hausbesuch“, wir können – eine kompetente Ausbildung in der Umweltmedizin vorausgesetzt – die Problemkreise Arbeitswelt-Wohnumfeld-Toxikologie mit dem medizinischen Alltag verknüpfen. Wir müssen es tun, weil es sonst andere tun, deren Seriosität nicht immer gewährleistet ist.*

Diese im Vorwort dieser 77 Seiten starken Broschüre stehenden Sätze treffen im übertragenen Sinne auch auf unseren Fachbereich zu – und wir tun gut daran, uns eingehend mit dem neuen Zweig Umweltmedizin zu beschäftigen. Durch die unsägliche Amalgamdiskussion sind wir gewarnt und müssen erleben, zu welchen weitreichenden Folgen eine nach bisherigen Erkenntnissen der Schulmedizin wissenschaftlich nicht haltbare, aber auch nicht widerlegbare „Hysterie“ politisch führen kann. Es ist inzwischen unbestritten, daß das Quecksilber des Amalgams toxisch und/oder allergen ist. Diese Probleme wären durch Arbeitsschutz und Allergietest zu minimieren. Die geforderte und z.T. durchgeführte Hauruck-Methode des Verbotes führt neben fraglicher Alternativversorgung eher zur Verunsicherung bis Panik.

Und es gibt eine nicht geringe, aber immer größer werdende Zahl von Patienten, die von Amalgam weder vergiftet worden sind noch unter allergischen Erscheinungen leiden und es dennoch gesundheitlich nicht vertragen. Für sie kann das Krankheitsbild „Multiple Chemical Sensitivity (MCS)“ bzw. „Vielfache Chemikalien-Unverträglichkeit (VCU)“ oder Polyneuropathie in Frage kommen. Ihnen ist

mit dem Austausch der Amalgamfüllungen nicht zu helfen, denn alle möglichen Austauschstoffe kommen als Krankheitsverursacher ebenso in Frage. Es stehen uns keine anerkannten Untersuchungsmöglichkeiten (außer try and error) zur Verfügung – auch wenn Außenseiter (oder „insider“) anderes behaupten.

Die Herausgeber der Umweltfibel des NAV-Virchowbundes versuchen sehr überzeugend, uns durch ausgesuchte Literatur das rätselhafte Krankheitsbild der umweltbedingten Polyneuropathie und der MCS bzw. VCU verständlich zu machen. Sie ordnen eine Reihe von Noxen bestimmten Symptomen zu, bieten einen speziellen Umwelt-Anamnesebogen an und beschreiben die (noch sehr bescheidenen) Möglichkeiten der Therapie. Sehr beeindruckend für mich ist der persönliche Erfahrungsbericht von Prof. Klubes mit seiner Krankheit – insbesondere, weil dieser Bericht weitgehend übereinstimmt mit dem Bericht einer meiner Patientinnen, den ich erst sehr zweifelnd wahrgenommen habe.

Bevor wir uns zu blindem Aktivismus, z.B. Austausch der Füllungen hinreißen lassen, müssen wir uns sehr genau überlegen, was wir machen. Und deshalb empfehle ich jedem, der so etwas machen möchte, diese Broschüre eingehend zu studieren. Er findet darin auch die Wege der Ausbildung in der Umweltmedizin beschrieben sowie ein Tabellenwerk über Schadstoffe (im internationalen Vergleich) und dadurch verursachte anerkannte Berufskrankheiten.

Dr. Ulrich Happ  
Spadenteich 1, 20099 Hamburg

## Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin 1994/95

Herausgeber: Boehringer Mannheim GmbH

456 Seiten Dünndruckpapier, KROLL-Verlag, 82224 Seefeld/Obb., DM 43,80

Wer Kontakt zu Medizinjournalisten sucht, wissen will, wer bei Tageszeitungen und Illustrierten für den Ressort Gesundheit zuständig ist, oder wie man den Verlag und Chefredakteur einer medizinischen Fachzeitschrift erreicht, für den ist seit 24 Jahren das „Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin“ ein unentbehrlicher Helfer.

Dieses von Boehringer Mannheim GmbH herausgegebene Taschenbuch informiert schnell und übersichtlich über nahezu alles, was man tagtäglich an Adressen, Telefon- und Faxnummern benötigt: rd. 1.700 Medizinjournalisten und Publizisten aus dem Bereich Bio- und Chemiewissenschaften (aus Deutschland/Österreich/Schweiz mit ihren Spezialgebieten, Privat- und Dienstanschriften).

Man erhält Kontakt zu den Verlagen und Redakteuren von rd. 1.500 Fachzeitschriften aus dem Sektor Medizin/Gesundheit/

Pharmazie/Biochem. Forschung, genaue Informationen der Wissenschafts- und Medizinredaktionen der deutschen Tages- und Wochenpresse, von Publikumszeitschriften, Funk/Fernsehen und Informationsdiensten.

Weiterhin auf einen Griff: die Presse-Ansprechpartner der forschenden Pharmaunternehmen, Universitäten und Fachhochschulen, Forschungsstellen von Max-Planck- und Fraunhofergesellschaft, Ärzte- und Apothekerkammern und viele den Gesundheitsbereich tangierende Behörden bei Bund und Ländern.

Eine wahre Fundgrube für viele nützliche Kontakte ist die Zusammenstellung von mehr als 1.600 medizinischen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Verbänden und Organisationen mit genauen Anschriften, den Vorsitzenden, Geschäftsführern und Presse-Referenten.

## Ratgeber Zähne – Alles über Erkrankungen, Behandlungen, Pflege und Vorsorge

Hanns-W. Hey

296 S., 45 Abb., Verlag Ullstein-Medicus, 19,80 DM

Dies ist die neu bearbeitete und aktualisierte Taschenbuchausgabe von „Gesunde Zähne“, 1987 im Piper-Verlag erstmals erschienen. Das Buch, an dem mehrere DAZ-Zahnärzte mit Rat und Kritik mitgewirkt haben, ist ein weiterer Versuch, den Patienten durch umfassende und leicht verständliche Aufklärung über die gesamte Zahnheilkunde zum mündigen Partner des Zahnarztes zu machen.

Neben den üblichen Themen Karies, Parodontitis und Funktionsstörungen werden hier z.B. auch Ratschläge zum Abbau der Be-

handlungsangst und zur Früherkennung von Mundhöhlenkrebs gegeben sowie Tips, wie sich Ärger und Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient vermeiden lassen, woran man einen guten Zahnarzt erkennen kann und was dieser von einem guten Patienten erwartet.

Art, Aufmachung und Handling und besonders das umfangreiche Stichwortverzeichnis machen das Buch nicht nur für Laien interessant, sondern auch als Ausbildungsergänzung für Zahnärzthelferinnen und zur gründlicheren Information von Sachbearbeitern der Krankenkassen.

# 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 mit 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,  
Platzierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber  
usw. gibt unsere Anzeigenpreisliste 6. Bitte  
anfordern bei Dr. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a,  
93053 Regensburg.
- **Satz:** Brack, Bruderwöhrdstraße 4  
93055 Regensburg, Tel.: 09 41/79 20 43
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold  
Kötztingerstr. 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 „der niedergelassene arzt“ des NAV-Virchowbundes.

### **Hilfe für den Zahnarzt-Alltag**

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung 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. Edeltraut Jakobczyk, Spremberger Straße 13, 12627 Berlin, Tel./Fax 030/9915108 o. 030/5612573

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

**Oberpfalz**, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404/4455, Fax 09404/5290

**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, 24217 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

# Anmeldung

Hiermit melde ich mich zur Fortbildungstagung am 29.10.1994 an.

Ich bin

- niedergelassener Arzt
- angestellter Zahnarzt
- Student

Ich bin

- DAZ-Mitglied
- NAV-Mitglied
- Nicht-Mitglied

Den Tagungsbeitrag von 150.-

- überweise ich
- zahle ich per Scheck
- zahle ich vor Ort

- Ich komme bereits am Freitagabend 28.10.'94 zum Treff im Hotel Consul.
- Ich komme nur in die Fortbildungsveranstaltung mit Prof. Löst.
- Ich möchte auch am Abendtreffen 29.10.'94 teilnehmen.
- Ich komme zur DAZ-Mitglieder-versammlung (MV) am 30.10.'94
- Ich habe einen Vorschlag/Antrag zur MV - siehe Anlage
  
- Ich bin kein DAZ-Mitglied und hätte gern allg. Infos über den DAZ

An den  
**Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9  
50668 Köln

Fax: 0221/7 39 12 39

# Beitrittserklärung

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

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

An den  
**Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9  
50668 Köln

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Fax: 0221/7 39 12 39

