

53

**von Zahnärzten für Zahnärzte**  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

**DAZ**  
**forum**

15. Jahrgang 2. Quartal 1996 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**DAZ und Standespolitik- ein  
Widerspruch?**

**Dentinhaftmittel- Übersicht und  
Auswahlkriterien**

**Auf dem Weg zu Lahnstein II**

**Implantologie in Deutschland**

**Serie: Die technisch unabhängige  
Zahnarztpraxis 2.Teil**

**Managed Care für Deutschland?**

**Das Celay-Inlay**



# 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**

NUTZEN SIE DIE

# VORTEILE

DIE DER GRUPPEN-  
VERSICHERUNGSVERTRAG FÜR  
MITGLIEDER DES DAZ BIETET.



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.

Kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel für die meisten Tarife:

- günstigerer Beitrag
- Erlaß von Wartezeiten bei Eintritt in den Gruppenvertrag
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.

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

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

**CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

Abt. Marketing-Service

50593 Köln

Tel.: 02 21 / 16 36-24 52

# Inhalt

<b>Standespolitik</b>	<i>Editorial</i> Vom „Zahnarzt im Virchow-Bund...“	4
	DAZ und Standespolitik- ein Widerspruch?	6
	Auf dem Weg zu Lahnstein II	8
	Implantologie in Deutschland	12
	Vom Umgang mit Kritik	18
	Chronologie der Begleitleistungen	24
<b>Gesundheitspolitik</b>	„Managed Care“	29
<b>Aus Wissenschaft und Forschung</b>	Dentinhaftmittel-Übersicht und Auswahlkriterien	39
<b>Serie</b>	Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis	52
<b>Aus der Praxis</b>	Brauchen wir das alles?	66
	Zahntechnik/ Das Celay-Inlay	71
<b>Wirtschaftliche Praxisführung</b>	Buchführung für den Zahnarzt	74
<b>Buchbesprechungen</b>		80
<b>Leserbriefe</b>		83
<b>Verbandsnachrichten</b>		89
<b>Termine</b>		96
<b>Anzeigen</b>		98
<b>Impressum</b>		100

## Editorial

### Vom „Zahnarzt im Virchow-Bund“ zur „Zahnärztin im DAZ“

Am Anfang des Jahres 1990 bedeutete die Gründung des Virchow-Bundes als Verband von Ärzten und Zahnärzten den Beginn berufspolitischer Aktivitäten in der damaligen DDR. Viel Kraft und Zeit hat dieses berufspolitische Kind all jene gekostet, die bei der Gründung aktiv waren. Auch die „alten Hasen“ des DAZ erinnern sich noch gut an diese spannenden Zeiten. Keine Frage - zu jenem Zeitpunkt hätte ich in jedes Formular in die Spalte Berufsbezeichnung „Zahnarzt“ eingetragen. Die selbstverständliche persönliche Entwicklung im Studium, in der Facharztausbildung und in der späteren Arbeitswelt, trotz Mehrfachbelastung durch Kinder, Haushalt und Beruf hatte keinen Gedanken an das besondere Berufsbild „Zahnärztin“ aufkommen lassen. Selbst bei der Anfertigung des Praxisschildes im Frühjahr 1992 in Vorbereitung der „Niederlassung“ (welch schreckliche Bezeichnung) war ich noch „Zahnarzt“, nein sogar „Zahnärzte“, da wir zu zweit (beide weiblich) auf unsere neugegründete Praxis aufmerksam machen wollten. Erst durch eine bundesweite Aktion wurde mir klar, daß Zahnärztinnen eine besondere Spezies unter den Freiberuflern sind.

Im Frühjahr 1994 trafen sich interessierte Kolleginnen aus mehreren Kammerbereichen in Berlin, um über spezifische Probleme von Zahnärztinnen zu sprechen. Aufgerüttelt waren viele unter uns durch ein Urteil des Bundesver-

fassungsgerichtes vom 27. Mai 1993 (die Amalgamproblematik betreffend), das einem Berufsverbot für angestellte, schwangere Zahnärztinnen gleichkommt. Die Probleme, die dieses Urteil nach sich zieht, waren den meisten Zahnärztinnen in völliger Konsequenz nicht klar. Anfänglich hoffte man, gegen dieses Urteil angehen zu können - inzwischen ist sicher, das Urteil ist nicht abzuwenden - aber seine Folgen müssen für die betroffenen Kolleginnen und ihre Arbeitgeber, das heißt die Praxisinhaber erträglich gestaltet werden. Die zur Zeit bestehenden Möglichkeiten wurden in einem Beitrag der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (Heft 24 vom 16.12.1995) erläutert, ein Beispiel für die Aktivitäten, die der ersten Frauenkonferenz und dem daraus entstandenen Ausschuß „Zahnärztinnen“ bei der BZÄK folgten. Die Mitglieder des Ausschusses bemühen sich auch um die Bearbeitung folgender Themen:

- Beitragspflicht in Versorgungswerken während Kindererziehungs- und -betreuungszeiten
- steuerliche Berücksichtigung von Kosten für Kinderbetreuung / Haushaltshilfen
- Teilzeitarbeit, Änderung der Zulassungsverordnung bei Wiedereintritt in den Beruf nach Kindererziehungs- und -betreuungszeiten

Als mich die Berliner Studiengruppe im Sommer 1994 als Listenführerin für die

**Stellungnahme des DAZ zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, am 24.4.96 (Achstes Gesetz zur Änderung des SGB V-Mehrkostenrechnung Amalgam)**

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begrüßt die längst überfällige gesetzliche Regelung der sogenannten „Mehrkostenrechnung Amalgam“. Die bisherige Situation war geprägt durch Rechtsunsicherheit im Patient-Zahnarzt-Verhältnis und extreme Schwankungen bei der Bezuschussung durch die Krankenkassen.

Bis zur durch die Amalgamdiskussion hervorgerufenen Änderung der Richtlinien im vergangenen Jahr, als für einige Indikationen im Seitenzahnbereich Amalgam für nicht mehr erwünscht erklärt wurde, gab es:

1. Die auch bisher schon als Sachleistung über den Krankenschein und die KZV abgerechneten Kunststoff-Füllungen an den Frontzähnen und (in der Regel) Amalgam-Füllungen im Seitenzahnbereich.
2. Diejenigen Füllungen, die über das Maß des Notwendigen hinaus vom Patienten gewünscht und privat bezahlt wurden. Dazu gehören Inlays aller Art und Kunststoff-Füllungen im Seitenzahnbereich.

Mit der Änderung der Richtlinien im Juni 1995 ist eine dritte Kategorie eingeführt worden, nämlich

3. Kunststoff-Füllungen im Seitenzahnbereich bei Kleinkindern, Schwangeren und neben Gußrestaurationen (Kronen, Brücken etc.) sowie kleine schmelzbegrenzte Füllungen zur Förderung einer weniger invasiven Therapie, die seitdem als Sachleistung zu erbringen sind, für die aber zur Zeit noch keine Bewertungszahlen und keine Abrechnungsbestimmungen festgelegt sind.

Zum Zeitpunkt der Anhörung werden die Ergebnisse des Bewertungsausschusses mit den dazu gehörenden Leistungsbeschreibungen hoffentlich vorliegen. Es dürfte aber kein Zweifel daran bestehen, daß - unter der Voraussetzung einer fachlich angemessenen Höherbewertung - diese neu eingeführte Kategorie von Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich von den Zahnärzten in Zukunft im Sachleistungsbereich erbracht wird.

**Regelungsbedarf** besteht also lediglich für diejenigen Füllungen, die *nicht dem Sachleistungskatalog* angehören, weil sie über das Maß des Notwendigen hinausgehen: Dazu gehören alle Inlays und Kunststoff-Füllungen in den Fällen, in denen die Richtlinien keine Amalgam-Alternative vorsehen, der Patient jedoch eine Versorgung mit Kunststoff wünscht. Für diese Fälle schlägt der DAZ eine **Mehrkostenregelung** vor, die wie folgt abgewickelt wird:

Der Patient bekommt nach Feststellung des Behandlungsbedarfs und nach Beratung durch den Zahnarzt sowie nach Äußerung seiner Wünsche einen Heil- und Kostenplan nach der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), den er seiner Kasse zur Bezuschussung vorlegen kann. Dieser Kostenvoranschlag enthält auch die zur Herstellung der das Maß des Notwendigen überschreitenden Versorgung anfallenden **Begleitleistungen**. Der DAZ empfiehlt, den Katalog dieser Begleitleistungen einzugrenzen, wobei Leistungen wie Injektionen, caries-profunda-Behandlungen etc., die auch bei der Grundleistung anfallen, mit einer besonderen Kennzeichnung über die KZV abzurechnen sind.

Nach der Behandlung bezahlt der Patient die nach GOZ ausgestellte Rechnung und läßt sich den von der Kasse zugesagten Zuschuß erstatten (**Kostenerstattungsprinzip** mit (Fest-?) **Zuschußregelung**). Damit ist die Verantwortung für die wirtschaftliche Verwendung von Versichertenbeiträgen dahin gelegt, wo sie hingehört, nämlich in die Hände der treuhänderischen Verwalter und Verteiler dieser Gelder.

Eine Abrechnung des „Kassen“- Anteils der das Notwendige übersteigenden Leistungen über die KZVen hält der DAZ für systemwidrig und mit Nachteilen behaftet, die die Vorteile (u.a. statistische Erfassung) überwiegen. Denn:

1. Zum Zeitpunkt der Leistungserbringung ist es unmöglich, zu wissen, welches Honorar die KZV für die Leistung zahlt (verzögerte Punktwertverhandlungen, Abzüge durch Budgetierung etc.). Der Zahnarzt kennt also garnicht exakt die Summe, die er seinem Patienten von der Privatrechnung in Abzug bringen soll.

2. Aus Gründen der Transparenz verbietet sich für diese Leistungen der Weg über die KZV. Die Aufsplittung derselben Leistung in zwei völlig verschiedene Verwaltungswege öffnet dem Mißbrauch durch alle Beteiligten, grauem Markt und Schattenwirtschaft Tür und Tor.

3. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird erschwert, weil die Vermischung der Begleitleistungen (z.B. Anästhesien, besondere Maßnahmen, Röntgenbilder etc.) für über das Notwendige hinaus erbrachte Leistungen ohne deutliche Kennzeichnung, welche (Begleit-) Leistungen welcher Grundleistung zuzuordnen ist, keine Aussage mehr über die Wirtschaftlichkeit des gesamten Behandlungs- und Abrechnungsgebarens zuläßt.

### **Eine Bemerkung zum Schluß:**

Eine Mehrkostenregelung wird nur dann praktikabel sein, wenn sie eingebettet ist in eine Balance von gerechten Gebührenrelationen. Dieses Gleichgewicht wird sich im Spektrum der notwendigen (Sach-) und der das Notwendige überschreitenden aber nachgefragten Leistungen nur einstellen, wenn fachlich und zeitlich ausgewogene Honorare sach- und indikationsbezogene Therapiegründe in den Vordergrund treten lassen.

Dabei ist es bedauerlich, daß der Vorstand eines großen Krankenkassenverbandes die zeitgemäße und kostendeckende Versorgung seiner Versicherten unmöglich macht, indem er fachliche Defizite eines Teils der Zahnärzte zur Basis seines Vergütungsangebotes für **alle** Zahnärzte macht.

Er kann dann von allen Zahnärzten eben auch nur noch diese Defizit - Versorgung erwarten. Bestraft werden damit wieder einmal diejenigen Zahnärzte (und ihre Patienten), die in sozialen Brennpunkten und/oder mit einem hohen GKV-Anteil zu Kassensätzen eine qualitativ hochwertige Zahnheilkunde praktizieren wollen. Dies wird nicht mehr möglich sein mit der Folge, daß Privatleistungen über Mehrkostenberechnung einen Stellenwert bekommen, den weder der Gesetzgeber noch die Kassen (-Versicherten) und ihre ihnen verpflichteten Zahnärzte gewollt haben.

*Dr. Roland Ernst*

*Vorsitzender des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde*

Kammerwahlen aufstellte, war mir die Tragweite dieser Entscheidung in keiner Weise bewußt. Die Kammerwahlen brachten dann keine deutlichen Mehrheitsverhältnisse - so wurden die NAV-Virchow-Bund-DAZ-ler zum Zünglein an der Vorstandswaage und ich zur Vizepräsidentin gewählt - der ersten bundesweit in diesem Amt. Inzwischen weiß ich, daß in der Regel in berufspolitischen Gremien Männer entscheiden, was ihrer Meinung nach für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte gut ist, obwohl der Anteil an Kolleginnen in vielen Kammerbereichen mehr als 50% beträgt. Sicher ist, daß es an uns Zahnärztinnen selbst liegt, diesen Zustand zu ändern. Stellen sich mehr Kolleginnen bei Wahlen zu den Körperschaften zur Verfügung, so wird es auch nur eine Frage der Zeit sein, wann in den Delegierten- und Vertreterversammlungen der Frauenanteil steigt. Unter den Vizepräsidenten der Zahnärztekammern bin ich inzwischen nicht mehr die einzige Frau - Kollegin Brita Petersen wurde im Januar 1996 in Bremen in dieses Amt gewählt.

Dem berufspolitischen Klima in zahnärztlichen Gremien tut diese Entwicklung auf alle Fälle gut. Im täglichen Leben betont man ja oft, daß mit weiblicher Diplomatie mehr erreicht wird als mit männlicher Härte - ob das wirklich stimmt sei dahingestellt. Ein bißchen optimistisch macht mich aber, daß bei den Sitzungen des Ausschusses „Zahnärztinnen“ sachliche Arbeit ohne Blick auf Verbandszugehörigkeit geleistet wird. In diesem Ausschuß bemühen sich alle Mitglieder gemeinsam, die Arbeitsbedingungen für die Kolleginnen

zu verbessern, ohne die Freiberuflichkeit in Frage zu stellen. Diese Bemühungen nützen in ihrer Konsequenz uns allen, Zahnarzt und Zahnärztin.

Vielleicht liegt hier sogar der Beginn einer neuen Diskussionskultur - weg von der Polarisierung und Konfrontation hin zu Verständnissbereitschaft und Kooperation.

Deshalb, liebe Kolleginnen, könnte es sich wirklich lohnen, bei der Verbandsarbeit mitzuwirken oder gar bei Körperschaftswahlen zu kandidieren.

*Dr. Annette Bellmann,  
stellvertr. DAZ-Vorsitzende*

## DAZ und Standespolitik - ein Widerspruch?

Elitär, abgehoben und weltfremd, das ist das weit verbreitete Vorurteil über die Mitglieder des DAZ. Allerdings wird den DAZ-Lern etwas mitleidig ein guter Fortbildungsgrad zugebilligt nach dem Motto „Fortbildung macht blind für Standespolitik“. Dort nämlich stellt man sie in die linke Ecke; Sozialschwärmer oder Edelkommunisten schimpft man sie.

Gute Zahnheilkunde ist der zentrale Ansatz für das DAZ-Mitglied, gute Zahnheilkunde, eingebettet in der Gesellschaft ist das Hauptanliegen. Deswegen trifft man sich, bildet sich gemeinsam fort und denkt über den Berufsstand nach, denkt vor. Damit kommt zwangsläufig der Kontakt zur Standespolitik, das Umsetzen guter Zahnheilkunde in dieser Gesellschaft ist hierbei gefragt. Der Konflikt mit denen, die Standespolitik allein als Interessenvertretung der Zahnmedizin auch *gegen* die Interessen der Gesellschaft definiert, ist vorprogrammiert.

Der DAZ-ler will natürlich Geld verdienen, er will seiner Leistung gemäß bezahlt werden. Er weiß, daß das Image von denen geprägt wird, die nur ihre Eigeninteressen schützen wollen. Eigeninteressen vor Gemeinwohl, das ist zunehmend der Stil, den Gewerkschaften, Beamtenverbände und leider auch wir Zahnärzte in vielen Jahren geprägt haben. Die Folge war und ist, daß unser Beruf als Beutelschneiderei ohne Qualitätsanspruch dargestellt wird. Die ewige Hungerarie, gesungen von de-

nen, die die Parkhäuser edel füllen, zeigt Wirkung. Leider werden demnächst Kollegen durch falsche Standespolitik dieser „Hungerleider“ tatsächlich in die Nähe von Sozialfällen geraten. Unser Bild in der Gesellschaft ist sicher völlig überzeichnet, daran tragen wir als Berufsstand erhebliche Mitschuld. Prävention und Qualitätszusagen haben wir lange Jahrzehnte bewußt verschleppt, alles haben wir uns von der Politik verordnen lassen, wir haben gelebt und gehandelt nach dem Motto: „Ist der Ruf erst ruiniert,...“. Warnungen wurden in den Wind geschlagen, es funktionierte so lange, wie finanziell keine Engpässe entstanden. So wurde das System der GKV kaputtgelebt, die eine Seite überfrachtete den GKV-Katalog mit Leistungen, die andere Seite knautschte den Geldbeutel der GKV aus. Der DAZ hat frühzeitig auf diesen Mißstand hingewiesen. Er war zunächst der Störenfried derer, die sich ungeniert bedienten, und als das Faß überlief, der Störenfried derer, die nun das marode gelebte System verlassen wollen. Es wird keinen erstaunen, daß beide Gruppierungen, deren Störenfried der DAZ gewesen sein soll und ist, identisch waren und sind. Diese Zwitterstellung des DAZ, einerseits den Anspruch auf Zahn-HEILKUNDE und andererseits ihre gesellschaftskonforme Umsetzung, muß kollidieren mit einer Standesvertretung, die nur die Eigeninteressen im Blick hat. Zugegeben, auch die Krankenkassen machen es uns nicht einfacher, sie haben auch nur den eigenen Geldbeutel im Sinn, Heilkunde interessiert nur am

Rande. Auch hier Eigeninteressen, aufgeblähter Verwaltungsapparat, Prachtbauten etc. Wenig Geld für viel Leistung, das kann natürlich nicht der DAZ-Partner sein. Beide Gruppen, Zahnärzte und Krankenkassen, tricksen nur noch gegeneinander und haben die eigentliche gemeinsame Aufgabe vergessen. Die dann entscheidende Politik ist, wie man an den Programmen erkennt, total überfordert und verkommt in dem einseitigen Schielen nach Wählerstimmen. Hier war und ist der Ansatz für den DAZ, er darf nur nicht blauäugig dem einen oder dem anderen die Munition liefern.

Heute haben wir in der Prophylaxe einen Diskussionsstand erreicht, der ohne den DAZ nicht möglich wäre. Das Vordenken zeigt nach ca. 20 Jahren Wirkung, ohne gewürdigt zu werden, das aber kann man im Sinne der Sache verschmerzen.

Ähnlich wird die Qualitätsdiskussion verlaufen, die DAZ-Argumente werden zum größten Teil Argumente der Körperschaften, ohne daß die es merken oder dem DAZ anrechnen. Der DAZ als Vordenker: hervorragend; der DAZ als Standesvertreter: schwierig, da der Zwang zum Pragmatismus das Vordenken behindern kann.

Der DAZ sollte sich aber auch nicht in der Rolle des Outlaws im Schmollwinkel gefallen, er sollte weiter versuchen, der Kollegenschaft die Mißstände aufzuzeigen, in die Standesvertreter anderer Couleur sie treiben. Solidarität, Ethik, Verlässlichkeit, soziale Verantwortung sind die Überlebenschancen des Berufsstandes. Selbst wenn diese Ideale dank

falscher Politik wanken, der DAZ muß sie hochhalten.

Die zu erwartende, vom Gesetzgeber wahrscheinlich verordnete Änderung der Wahlordnungen im Sinne des Verhältniswahlrechts führt zu mehr Demokratie. Auch kleinere Gruppen werden Zugang zu den zahnärztlichen Parlamenten und Entscheidungsgremien erhalten. Der DAZ hat die Chance, aus seiner überwiegend außerparlamentarischen Ecke herauszukommen und sich parlamentarisch zu beteiligen. Nun ist Engagement angesagt, hoffentlich sind auch genügend Aktive im DAZ für diese Aufgaben zu finden.

Standespolitik gestalten heißt Mehrheiten finden, das wiederum bedeutet Kompromisse schließen, und das dürfte neu sein für den DAZ und nicht unproblematisch für das Vordenken. Allerdings steht glaubwürdige Zahnheilkunde für den DAZ sicherlich nicht zur Disposition.

*Dr. Christian Bolstorff,  
Berlin-Dahlem*

*„Wenn es überhaupt ein Rezept für den Erfolg gibt, besteht es darin, sich in die Lage anderer Menschen zu versetzen.“*

*Arthur Schopenhauer*

Zum letzten Stand der Dinge:

## Auf dem Weg zu Lahnstein II

„Eine Aufteilung der Leistungen der GKV in Vertrags- und Wahlleistungen steht nicht zur Diskussion“ sagt Seehofer im letzten „Artikulator“-Interview. Eine „Arbeitsgruppe“ wird aber „kostenneutral“ ... „auf jeden Fall Festzuschüsse für Kronen, Totalprothesen und einzelne zu ersetzende Zähne definieren.“ Ferner hat, so Seehofer, „die Regierungskoalition beschlossen, die Prophylaxe vor allem auch für Erwachsene in die gesetzliche Krankenversicherung einzuführen.“ Dabei wissen wir, daß genau diese Thematik im aktuellen Gesetzentwurf der beiden Regierungsfractionen zum GKV Weiterentwicklungsgesetz (GKVWG) komplett ausgeklammert worden ist, was ein Schlaglicht auf das Gewicht des Koalitionspartners FDP wirft.

Umso schwerer wiegen die Geschütze, die die SPD aufführt. Denn auch ohne Kaffeesatzleserei ist jetzt schon abzusehen, daß die Koalitionsparteien gegen den SPD-majorisierten Bundesrat kein Gesetz durchbringen werden, das die - am wenigsten von der Zahnmedizin verursachte - massive Finanzierungs- und Strukturkrise der GKV zu bewältigen imstande ist.

Klar, es wird vor allem um Krankenhaus-Milliarden gehen, aber ein paar Paragraphen, um sich die lästigen Probleme mit den Zahnärzten vom Halse zu schaf-

fen, werden schon noch abfallen.

Sehen wir also doch mal im Gesetzentwurf der SPD nach, womit die Schubladen für Lahnstein II gefüllt werden:

1.... „§77 f) Abs. 6 wird wie folgt gefaßt: Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gliedern sich in Sektionen für Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte sowie Psychotherapeuten.“ Und weiter: ...“§80 ... (2) Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen getrennt nach Wahlkreisen...“

Ein Schlag ins Gesicht der derzeitigen zahnärztlichen Standesführung, die mit einem Federstrich auf Bundes- und Landesebene ins zweite Glied gestellt und darüber hinaus per Wahlrecht gezwungen wird, endlich wieder eine Interessenpolitik für ihre Wähler und nicht für ihre niedersächsischen und bayrischen Vorstandsstammische und deren Freundeskreise zu machen.

2. Noch deutlicher wird es im „Allgemeinen Teil“: Dort taucht wieder das Märchen von der „Überbewertung“ der Prothetik gegenüber den zahnerhaltenden Versorgungsformen auf. Der Grund dafür sei, daß die Vergütungsrelation im BEMA „in einem großen Teil noch aus dem Jahr 1962 stammt“. Man reibt sich die Augen: als ob es keine mehrfachen BEMA-Umstrukturierungen und -Abwertungen der Prothetik gegeben hätte. Und es wird sogar noch konkreter: Der BEMA soll „insbesondere zu Lasten der Leistungspositionen umstrukturiert werden, bei denen allein die planerische

Arbeit des Zahnarztes im Vordergrund steht (vgl. BEMA-Positionen 89, 92, 93, 95a/b, 98a, 98b/c, 98e, 98f, 98g, 98h, 100)". Zitat Ende

Es sträuben sich die Haare: Wozu hat man eine mit Millionenetats ausgestattete Standesvertretung in Köln/Bonn, wenn die Partei, gegen deren Placet kein neues Gesetz den Bundesrat passiert, so miserabel beraten wird, daß ein solcher Quatsch dabei herauskommt! Ist Sektglashalten mit Möllemann wichtiger, als der SPD klarzumachen, daß dies das Ende einer qualifizierten Versorgung mit Zahnersatz gerade in sozialen Brennpunkten und gerade für den Patienten desjenigen Zahnarztes darstellt, der nicht für jede Sonderleistung bei seinen Kassenpatienten die Hand extra aufhält? Oder hat es eventuell gar keine Beratung gegeben? Gibt es solche Zahnärzte in unserer Standesführung gar nicht mehr, weil sie auf der FVDZ - Karriereleiter, die zu Amt und Würden führt, rausgemeldet wurden?

3. Die Absicht der SPD ist klar: aus dem gedeckelten Gesamtbudget Mittel freizumachen, um den Wunschkatalog der Krankenkassen nach zusätzlichen Leistungen zu erfüllen: Erwachsenenprophylaxe, Inlays, FAM/FAL, Implantate, Kunststofffüllungen etc., Leistungen also, die die Zahnärzte erbringen sollen für das Honorar, was ihnen bei der Erbringung notwendiger Zahnersatzleistungen abgezogen wird.

4. Die heftig umstrittene Einführung des §135/4 (Sonderverträge direkt mit den Kassen an den KZVen vorbei, von einzelnen Zahnärzten bzw. Gruppen, die län-

gere Gewährleistungsfristen für bessere Honorare zusagen) war letztlich erfolglos, weil sie nicht in die traditionelle Denkweise von Kassenverbänden und Zahnärzten paßte und weil das rechtliche und politische Umfeld eine Ausbreitung nicht zuließ, obwohl die betroffenen Kassenverbände (IKK und BKK) sie finanziell attraktiv ausgestattet hatten.

Das will die SPD nun mit Gewalt ändern: Es sollen „neue kooperative Versorgungsformen“ etabliert werden, die im Rahmen von kombinierten Budgets „Einzelverträge mit Vertragsärzten, Gruppen von Vertragsärzten und Krankenhäusern“ zulassen. „Krankenkassen ... dürfen Eigeneinrichtungen errichten sowie Verträge mit Vertragsärzten ... als Erprobungsregelung und Modellvorhaben ... schließen, wenn Vereinbarungen“ (nach s.o.) „nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung zum Vertragsabschluß zustande kommen.“

Zumindest Weltfremdheit muß sich derjenige vorwerfen lassen, der noch annimmt, von alledem werde sich im neuen Gesetz nichts wiederfinden lassen.

Eine eigene Prognose sei an dieser Stelle gewagt:

1. Zahnersatzleistungen fallen (noch) nicht aus dem BEMA-Katalog heraus
2. Das Vertrags- und Wahlleistungskonzept wird nicht realisiert
3. Festzuschüsse werden eingeführt
4. Die Erwachsenenprophylaxe kommt in den BEMA-Katalog
5. Zahnersatzleistungen werden (erneut) abgewertet

6. Die KZVen werden nicht in die KVen integriert
7. Es werden Sonderverträge der Kassen mit (Zahn-)Ärzten ermöglicht

Der letzte Punkt wird der einschneidendste, weil er den öffentlich-rechtlichen Charakter des Vierecksverhältnisses Patient-Zahnarzt-KZV-Kasse in ein privatrechtliches Dreiecksverhältnis ohne den besonderen Schutz des Zahnarztes durch seine KZV umwandelt. (Stichworte: Einkaufsmodelle, Verlust des Sicherstellungsauftrages und damit des Vertragsmonopols der KZVen für uns Zahnärzte).

Wer uns das auf der Zahnärzteseite eingebrockt hat, dürfte inzwischen jedem klar sein. Der DAZ ist nicht müde geworden, diese Konsequenz aus der Blockadepolitik unserer Führung an die Wand zu menetekeln.

Was also ist zu tun? Wer schließt die Verträge? Was beinhalten sie? Wo sind die Zahnärzte, die den Mut haben, aus dem Windschatten ihrer verarmten und mißbrauchten KZVen herauszutreten? Wo sind die Kassen, die wirklich noch die Interessen ihrer Mitglieder und nicht nur ihre Marktanteile im Visier haben? Wo sind die Politiker, die ihrer Verantwortung gegenüber denjenigen zwei Dritteln der Bevölkerung gerecht werden, die nicht schutzlos „Leistungsanbietern“ und „Versicherungsträgern“ ausgesetzt werden dürfen?

Als Zahnarzt und DAZ'ler werfe ich hiermit meinen Handschuh in den Ring und formuliere die Grundbedingungen, die für einen solchen Vertrag unerläßlich sind.

1. Die Bevölkerung muß bedarfsgerecht, flächendeckend und qualitätsgesichert versorgt werden.

2. Die Handlungsfreiheit in der Therapie muß wiederhergestellt werden

3. Sanierungskonzepte müssen belohnt werden

4. Prophylaxe und Frühbehandlung muß Vorrang haben

5. Die Talfahrt der wirtschaftlichen Situation der Praxen muß gestoppt werden

6. Der Verwaltungsaufwand muß wieder praktikabel werden

7. Dabei muß Kostentransparenz gewährleistet sein

8. Der medizinische Fortschritt muß seinen Niederschlag in der Preis-Leistungsstruktur finden

9. Kostenneutralität ja, aber nur bei seriöser Pflege des Leistungskataloges

10. Der rechtliche Status des Vertragspartners Zahnarzt als Einzelperson muß dem des körperschaftlich organisierten Vertragspartners Krankenkasse gleichgestellt sein.

11. Die Vertragsgestaltung muß mit den Grundrechten in Einklang stehen (z.B. freie Arztwahl/ Datenschutz/ Therapiefreiheit)

Freiheit ist unteilbar. Es gibt keine amerikanische, schweizerische, holländische oder die „KORB“-Freiheit von Zahnärz-

ten. Es gibt die Freiheit, die man sich erstreitet und die man nutzt zum eigenen Vorteil und zu dem des anderen. Unser deutsches Modell der Versorgung war international vorbildlich, gerecht und rechnete sich für alle Beteiligten. Deren Begehrlichkeiten haben aber auch dazu beigetragen, daß es gelitten hat.

Wir wünschen Lahnstein II eine glückliche Hand!

*Dr. Roland Ernst*  
DAZ-Vorsitzender

## DAZ-PRESSEMITTEILUNG

### **DAZ: Freiräume mit Disziplin und Sensibilität ausgestalten**

In der Vorbereitungsphase zur dritten Stufe der Gesundheitsstrukturreform hat die Koalition überraschend ihre Bereitschaft erklärt, Teile der von Zahnärzten vorgeschlagenen Reformkonzepte zu akzeptieren.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, registriert diese Entwicklung mit Genugtuung, da die Elemente „partielle Kostenerstattung“, „Festzuschüsse“ und der Ausbau der Prophylaxe auch in seinem „Konsensvorschlag Zahnheilkunde 2000“ enthalten waren.

Der DAZ würdigt ausdrücklich, daß es den zahnärztlichen Spitzenorganisatio-

nen offenbar gelungen ist, das Vertrauen der Sozialpolitik in die Zahnärzte zu stärken.

Gleichzeitig warnt der DAZ vor der vorschnellen Einschätzung, mit dieser Öffnung sei die weitgehende Liberalisierung der zahnmedizinischen vollzogen. Trotz noch ungeklärter Rahmenbedingungen tut die Zahnärzteschaft gut daran, die sich abzeichnenden Freiräume mit Augenmaß, demonstrativer Kostendisziplin und sozialpolitischer Sensibilität auszufüllen.

Der DAZ wird die bevorstehenden Beratungen des aus Gesundheitspolitikern und Zahnärzten gebildeten Arbeitsausschusses kritisch begleiten. Eine Zahnärzteschaft, die ihrem Anspruch, Anwalt für die Interessen ihrer Patienten zu sein, gerecht werden will, hat nun Gelegenheit, ihr System von Vertrags- und Wahlleistungen für sozialverträgliche und indikationsgerechte Versorgung zu öffnen. Die qualifizierte Betreuung auch von Risikogruppen darf durch diese Reform nicht verschüttet werden.

Nur wenn es den Zahnärzten gelingt, auch in liberalisierten Rahmenbedingungen ihre sozialpolitische Verlässlichkeit nachzuweisen, werden sich die auch vom DAZ angestrebten Vertrags- und Wahlleistungen in der GKV dauerhaft etablieren können.

Nächster Redaktionsschluß 1.6.'96

## Implantologie in Deutschland

**Dieser Beitrag ist ein Versuch, mit interessierten Kolleginnen und Kollegen in die Diskussion über ein wichtiges Teilgebiet der Zahnheilkunde, nämlich die Implantologie, einzutreten.**

Am 01.01.1988 wurden implantologische Leistungen in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einbezogen. Seitdem hat sich die Implantologie in Deutschland stürmisch entwickelt und ist zu einem wichtigen Bereich der zahnärztlichen Behandlung geworden.

Durch den Einsatz der Implantologie können in vielen Fällen hervorragende Behandlungsergebnisse erzielt werden. Für die Patienten bedeuten diese Behandlungsmethoden häufig einen bisher mit konventionellen Methoden nicht erreichbaren Komfort bei ihrer prothetischen Versorgung. Vom Zahnarzt fordert dieses Behandlungsgebiet einen sehr hohen finanziellen und mentalen Einsatz, der aber durch fachliche Befriedigung und Anerkennung weitgehend ausgeglichen wird. Die Anzahl der mit Implantaten behandelten Patienten hat von Jahr zu Jahr erheblich zugenommen. Ebenso die Anzahl der implantologisch tätigen Zahn-ärzte.

Problematisch ist allerdings, daß auch die Anzahl der angebotenen Implantatsysteme von Jahr zu Jahr zunimmt. Das Angebot kann insbesondere von „Einsteigern“ nicht mehr überblickt und noch weniger bewertet werden. Die Folge ist, daß eine Vielzahl wissenschaftlich unkontrollierter oraler Implantatsysteme heute weit verbreitet ist und zum Einsatz kommt. Bei den mei-

sten Implantatsystemen fehlen Langzeitstudien über einen wirklich angemessenen Zeitraum.

Hinzu kommt, daß Erfolgsquoten veröffentlicht werden, ohne daß die Kriterien für den Erfolg oder Mißerfolg wissenschaftlich exakt definiert sind. Bei einigen gebräuchlichen Implantatsystemen fehlen sogar angemessene klinische Untersuchungen oder Verlaufskontrollen über fünf Jahre völlig.

Die wenigsten der neu auf den Markt gekommenen Implantatsysteme können sich auf exakte wissenschaftliche Untersuchungen stützen, obwohl diese Materialien Menschen eingepflanzt werden, und sich kein Zahnarzt dem Vorwurf aussetzen sollte, Menschenversuche durchzuführen.

Angesichts der Tatsache, daß das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf jede Spekulation über angebliche Amalgamgefahren mit gesetzlichen Indikationseinschränkungen reagiert, ist es völlig unverständlich, daß Implantatmaterialien, die ja noch intensiver mit menschlichem Gewebe in Kontakt stehen, von jedem beliebigen Hersteller ohne Zulassungsverfahren auf den Markt gebracht werden können.

Das Medizinproduktgesetz der Europäischen Gemeinschaft und das damit im

Zusammenhang stehende Zertifizierungsverfahren ist völlig unzureichend und bietet keine ausreichende Sicherheit für die Patienten. Entscheidend ist nämlich nicht nur, ob das Herstellungsverfahren der Implantate überprüft wird, sondern ob ausreichend wissenschaftlich-klinische Untersuchungen für das Implantatsystem nachgewiesen werden können.

Ohne ein Anhänger des Branemark-Systems zu sein, muß festgestellt werden, daß dieses Implantat das einzige enossale Implantat ist, das akzeptable 15-Jahres-Erfolgsraten aufweist.

Ähnlich wie die Anzahl der neuen Implantatsysteme im Steigen begriffen ist, so steigen jedoch auch die Auseinandersetzungen zwischen implantologisch tätigen Zahnärzten, deren Patienten und den privaten Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen.

In allen Zahnärztekammern wächst die Anzahl der Gutachten im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen.

Um nicht mißverstanden zu werden: Die weit überwiegende Mehrheit der implantologisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte behandelt ihre Patienten gewissenhaft und erstellt die Liquidationen entsprechend den gebührenrechtlichen Vorschriften der GOÄ bzw. GOZ.

Das Bild wird aber getrübt durch eine kleine Gruppe, die glaubt, sich nicht an die Gebührenordnungen halten zu müssen und von einer anderen kleinen Gruppe, die sich weder an die Gebüh-

renordnung hält noch in der Lage ist, implantologische Leistungen nach dem Stand der Wissenschaft zu erbringen.

Wie immer schädigen diese Kolleginnen und Kollegen das Ansehen des ganzen Berufsstandes erheblich und bringen auch das wertvolle Teilgebiet Implantologie zunehmend in Mißkredit. Es ist zwar zutreffend, daß die Zahnärzte, wie kaum ein anderer Berufsstand, seit langem von der allgemeinen Einkommensentwicklung abgekoppelt wurden. Es ist auch zutreffend, daß die sogenannte „Gesundheitspolitik“ immer noch nach weiteren Wirtschaftlichkeitsreserven, auch bei den Zahnärzten sucht. Es ist auch zutreffend, daß der Punktwert der GOZ seit dem 01.01.1988 nicht erhöht wurde und daß eine Erhöhung dieses Punktwertes schlicht und einfach davon abhängig ist, ob die politische Großwetterlage, oder der jeweilige Gesundheitsminister, oder sogar der Bundeskanzler selbst es für angemessen hält, nun nach 8 Jahren den Zahnärzten eine gewisse Punktwernerhöhung zuzugestehen, die natürlich dann auch noch von der allgemeinen wirtschaftlichen Lage beeinflußt wird.

Trotz all dieser ungünstigen Voraussetzungen kann es sich aber der zahnärztliche Berufsstand nicht leisten, daß diese obengenannten Tatsachen zur Rechtfertigung für ein unververtretbares Liquidationsverhalten herangezogen werden.

Nachdem die Zahnärzteschaft in Deutschland in den letzten 10 Jahren bei fast allen Parteien die politische Unterstützung weitgehend verloren hat, erscheint es dringend geboten, daß die

DAZ-Pressemitteilung

## **Gerechte Honorarverteilung - Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auch nach Ablauf der Budgetierung**

Ein Honorarverteilungsmaßstab (HVM) bei der Auszahlung vertragszahnärztlicher Vergütungen ist primär kein Instrument der Mangelverwaltung, sondern soll Mißbrauch verhindern.

Von daher ist es nicht abwegig, daß die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) auch unter vorübergehend aufgehobener Budgetierungspolitik den HVM für 1996 fortschreibt. Bisher konnten damit erfolgreich Mengenausweitung und Punktwertverfall verhindert und die zahnmedizinische Versorgung sichergestellt werden.

Die kürzlich veröffentlichte Resolution der KZV-Nordrhein, in der sie „mit Bestürzung“ den in Bayern weitergeltenden HVM als Affront gegen eine „freiheitliche Politik“ geißelt, ist deshalb nur als Theaterdonner zu werten und ein Hinweis darauf, wie brüchig die so viel beschworene Einheit des Berufsstandes ist.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde. (DAZ) im NAV-Virchow-

Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, wiederholt seine Vorbehalte gegen leistungsfeindliche Honorarbudgetierungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Er warnt aber davor, die nun aufgehobene Deckelung der Ausgaben als grünes Licht für ungebremste Leistungsausweitungen bei voller Einzelleistungsvergütung anzusehen.

Unabhängig von der Art des HVM in den einzelnen KZVen fordert der DAZ jedoch, daß - auch in Bayern - die GKV-Honorare ohne Verzögerungen weitergeleitet werden. Die Praxen sind auf zeitnahe und korrekte Weiterleitung der Vergütungen dringend angewiesen und haben kein Verständnis dafür, wenn den KZVen millionenschwere Zinsgewinne aus gebunkerten Kollongeldern zufließen.

cn

zahnärztlichen Standesvertreter hier Vertrauen zurückgewinnen. Deshalb darf es, auch wenn es sich nur um Einzelfälle handelt, nicht hingenommen werden, wenn fragwürdige und betrügerische Abrechnungspraktiken um sich greifen.

Die Landeszahnärztekammern in Deutschland haben dieses Problem größtenteils erkannt und versuchen, so weit die berufsrechtlichen Bestimmungen dies zulassen, es auch in den Griff zu bekommen. Eine hohe Verantwortung liegt bei den Gutachtern und den GOZ-Referaten. Nicht selten werden in letzter Zeit Gutachter nach Erstellung eines Gutachtens durch den betroffenen Zahnarzt juristisch angegriffen und teilweise sogar noch persönlich verunglimpft.

Die Glaubwürdigkeit des gesamten Berufsstandes ist aber in Frage gestellt, wenn es den zahnärztlichen Standesorganisationen, den Gutachtern und den GOZ-Referenten nicht gelingt, der Öffentlichkeit überzeugend zu vermitteln, daß nicht Eigeninteresse die Gutachten bestimmt. Rechtswidrige Abrechnungspraktiken dürfen nicht verharmlöst oder entschuldigt werden.

Es mag sein, daß der wirtschaftliche Druck, der auf allen Praxen lastet, einer der Gründe ist, weshalb die Betrugsfälle zugenommen haben. Wenn sich aber bei einer Begutachtung klar herausstellt, daß in betrügerischer Absicht falsch abgerechnet wurde, dann ist es notwendig, dies klar und deutlich auszusprechen und ggfs. die zuständige Staatsanwaltschaft einzuschalten.

Wir alle müssen einen Beitrag dazu leisten, die Zahnärzteschaft und die Gesellschaft, also unsere Patienten, vor Betrügern zu schützen. Um so bedauerlicher ist es, daß sich gerade auf einem so wichtigen und zukunftsweisenden Teilgebiet der Zahnheilkunde, wie der Implantologie, in den letzten Jahren ungeheuerliche Behandlungspraktiken und skandalöse Abrechnungsbetrügereien gehäuft haben. Auch hier besteht also dringender Handlungsbedarf. Die Zahnärztekammern und die zahnärztlichen Bezirksverbände müssen durch adäquate personelle Ausstattung und durch entsprechende Bereitstellung von Finanzmitteln in die Lage versetzt werden, dieses dringende Problem zu lösen.

Die Implantologie findet in Deutschland in den niedergelassenen Praxen statt und nur in einem geringen Umfang an den zahnärztlichen Universitätskliniken. Es ist absolut unverständlich, daß die Implantologie bei der klinischen Ausbildung im Zahnmedizinstudium so gut wie keine Rolle spielt.

Außerdem muß über ein praktikables Konzept der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Implantologie dringend nachgedacht werden.

Implantologische Leistungen sollten nach ausführlicher Aufklärung des Patienten behutsam und unter Abwägung aller Alternativmöglichkeiten eingesetzt werden. Es ist nicht das Ziel einer patientenorientierten Implantologie, jeden fehlenden Zahn durch ein Implantat zu ersetzen. Auch ist die Versorgung eines Patienten mit einer Totalprothese keine Körperverletzung.

Im Zusammenhang mit der oralen Implantologie stellt natürlich die Möglichkeit, verlorengegangene Knochen- substanz durch die gesteuerte Kno- chenregeneration (GBR) zurückzuge- winnen, eine faszinierende Behand- lungstechnik dar. Aber auch auf diesem Gebiet nimmt das Angebot an Folien, das Angebot an Knochenersatzmate- rialien, das Angebot an verschiedenen Anwendungstechniken rapide zu, so daß auch hier ein Überblick für den nor- malen Praktiker schwer zu erlangen ist. Hinzu kommt, daß es z.B. über die Sinusboden-Elevation immer noch kei- ne aussagekräftigen, wissenschaftlich exakten Langzeituntersuchungen gibt. Auch hier ist ein vorsichtiger Einsatz dieser Techniken angezeigt, deren An- wendung sich immer an der medizini- schen Notwendigkeit des Behand- lungsfalles orientieren sollte und nicht daran, was unter Einsatz aller verfügba- ren Mittel machbar und erreichbar erscheint.

Dieser Gedankengang leitet über zu der Frage, wieviele Implantate notwendig sind, um einen Patienten nach dem Stand der Wissenschaft zu therapieren. Hierbei bin ich der Meinung, daß nicht unbedingt viele Implantate viel Erfolg bringen, sondern daß auch hier jeder Einzelfall individuell überlegt, sorgfältig geplant und insbesondere unter Einbe- ziehung der derzeit zur Verfügung ste- henden diagnostischen Verfahren abge- klärt werden muß. Natürlich ist es für jeden Patienten erstrebenswert, einen festsitzenden, implantatgetragenen Zahnersatz in seinem Kauorgan veran- kert zu wissen. Dies wirft aber das Problem der Finanzierung derartiger

Behandlungsmethoden auf, die ja in Einzelfällen oft die 100.000,- DM - Schwelle überschreiten.

Hierbei wird häufig vergessen, daß es sich auch bei den privaten Krankenver- sicherungen um Solidargemeinschaften handelt, die darauf zu achten haben, daß die Gelder ihrer Versicherten nach dem Prinzip der medizinischen Notwen- digkeit ausgegeben werden. Die Zahn- ärzte sind sehr häufig, ganz im Gegen- satz zur Behandlung gesetzlich krankenversi- cherter Patienten, der Mei- nung, daß die private Krankenversiche- rung möglichst jede geplante optimale Therapie bezah- len muß.

Dies ist ein Irrweg, weil wir in der priva- ten Krankenversicherung nicht das Ziel verfolgen dürfen, die perfekte Kostener- stattung, bzw. gleichsam ein perfektes Sachleistungssystem zu fordern. Auch der Privatpatient muß sich darüber im klaren sein und die Zahnärzte müssen ihn entsprechend aufklären, daß nicht in jedem Fall ein implantatgetragener, fest- sitzender Zahnersatz mit 10 Implantaten pro Kiefer voll und ganz von seiner pri- vaten Krankenversicherung erstattet werden kann oder erstattet werden muß. Auch wenn die Zahnärzte in kei- nem Vertragsverhältnis zu den jeweili- gen PKV'en stehen, tragen sie doch eine Mitverantwortung dafür, daß diese Ver- sicherungen finanziell leistungsfähig bleiben und weitere Beitragserhöhun- gen vermieden werden.

*Dr. Gerd Ebenbeck  
Regensburg*

---

# „Perfekter Aufbau.“

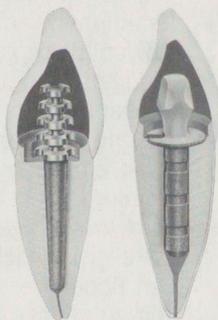


Das Zusammenfügen von ausgesuchten Stücken zu einem Fundament, einem Nest, beherrschen sie perfekt. Basis für die Zukunft. Wurzelstifte von KOMET, ihre Qualitäten und Möglichkeiten sind die Basis erfolgreicher Behandlung.

Unter 4 Aufbausystemen mit individuellen Möglichkeiten, aber auf hohem Qualitätslevel, kann der Zahnarzt wählen. VLOCK, VARIO, ER und BKS. Für jedes Aufbausystem steht ihm ein abgestimmtes Instrumentarium zur Verfügung.

Aufbausysteme von KOMET für individuelle Lösungen und optimale Ergebnisse.

GEBR. BRASSELER  
GmbH & Co. KG  
Postfach 160  
32631 Lemgo  
Telefon: (0 52 61) 701-0  
Telefax: (0 52 61) 701-289



## „Between Friends“



## Vom Umgang mit Kritik

„Ich bin Autor eines provokanten Buches und habe noch immer keine Todesdrohung bekommen“: Dieser Stoßseufzer eines Patienten auf der Couch des Psychiaters hängt als Cartoon an einer Wand meines Arbeitszimmers. Lust zur Selbsterstörung war allerdings nicht die Triebfeder, die mich jahrelang Material sammeln ließ und mich fast ein halbes Jahr allabendlich an den Computer fesselte. Andererseits brauchte ich auch nicht viel Phantasie, um mir vorzustellen, daß ein Steinwurf im Glashaus nicht ganz ohne Folgen bleiben konnte. Auch wußte ich bereits vom Schicksal einiger Kollegen, die ähnliches vor mir getan hatten. Welche Konsequenzen von welchen Seiten aber wirklich auf mich warteten, war schwer abschätzbar.

Hoherfreut (obwohl insgeheim auch fest davon überzeugt) war ich über die vielfältigen positiven und bestätigenden Reaktionen aus dem Kollegenkreis. Obwohl diese gegenüber den Beschimpfungen und Verrissen zahlenmäßig bei weitem in der Überzahl waren, möchte ich hier mehr auf die negative Kritik eingehen. Da ich mich, wie ich glaube, in meinem Buch wie auch in allen nachfolgenden Stellungnahmen bei aller Deutlichkeit bemüht habe, nie den Boden der Wahrheit und Sachlichkeit zu verlassen, scheint mir die Auseinandersetzung mit der negativen Kritik die Probleme mancher Zahnärzte und Standespolitiker besser zu beleuchten. Denn wer sich sachlicher Kritik

nicht stellen mag, macht sich, anders als die, die mit selbstverständlichen Qualitätsanforderungen offenbar keine Probleme haben, zumindest verdächtig, es auch an Selbstkritik und Problembewußtsein mangeln zu lassen.

Mein Buch wurde erstmalig im Oktober 1994 im Rahmen eines Beitrages des ARD-Magazins „Report“ einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Der Redakteurin Frau Schmidt gelang es bereits während der Recherchen zum Thema „Qualitätssicherung“, standespolitisch verantwortliche Gemüter erheblich in Aufruhr zu versetzen. Während nämlich einzelne Krankenkassenvertreter recht offen Auskunft über Probleme mit der „Qualität“ mancher Zahnärzte gaben, hielten sich Standesvertreter diesbezüglich völlig bedeckt. Während Freiverbands-Bundesvorsitzender Gutmann die schwarzen Schafe herunterspielte und lapidar auf die angebliche Zufriedenheit der so zahlreich in die Praxen strömenden Patienten verwies, lehnte KZBV-Vize Kuttruff Qualitätskontrollen rundweg ab.

Die ungebremsten Aktivitäten der Report-Redaktion waren kurz vor der Ausstrahlung offenbar sogar Anlaß dafür, der verantwortlichen Redakteurin ein erstes, noch druckfrisches Exemplar des gerade fertiggestellten „Weißbuches Qualitätssicherung“ in die Hand zu drücken, das anders womöglich noch länger in der Schublade geblieben wäre. Die hiermit wohl verknüpfte Hoffnung, eine fachkundige Journalistin so beeindruckt zu können, erfüllte sich natürlich nicht. Denn wiewenig dieses Weißbuch den Willen der Zahnärzteschaft zu einer wirksamen Qualitätssi-

cherung erkennen läßt, das wurde u.a. auch im *forum* bereits ausgeführt.

Nach der Sendung reichte die Bandbreite „kollegialer“ Negativreaktionen von telefonischen Drohungen, meine Fensterscheiben einzuwerfen, bis hin zu wohlgesetzten Schreiben, die den Weg über die Öffentlichkeit für unangemessen hielten, dabei aber ein gewisses Verständnis für die Notwendigkeit der Kritik kaum verstecken konnten. So meinte der bayerische Kammerpräsident Kastenbauer, eher den Charakter des nur um seinen persönlichen Vorteil bedachten Kritikers in Frage stellen zu müssen als den der notwendigerweise Kritisierten. Ferner gab er seiner großen Sorge Ausdruck, die Medien könnten als Folge meines Beitrages nun umso mehr über die Zahnärzte herfallen. Eine echte Sorge um die vielen schlecht und zu teuer behandelten Patienten konnte ich seinem Schreiben allerdings nicht entnehmen.

Von unterschiedlichster Seite wurde mir immer wieder das Recht, überhaupt Kritik an unserem Berufsstand zu üben, rundherum abgesprochen. Schließlich sei ich weder Standespolitiker noch Gutachter und daher nicht kompetent. So und anders offenbarten mir eine Reihe derjenigen, die sich dafür berufener hielten als mich, auf höchst bedenkliche Weise die Grenzen ihres Verständnisses des Grundgesetzes, das offenbar nach ihrer Einschätzung an der Berufsordnung der Ärzte und Zahnärzte Halt macht.

Da ich mir nun aber dennoch „das Recht genommen“ hatte, meinten einige, nun spätestens nachträglich meine „beson-

dere fachliche Qualifikation“ unter die Lupe nehmen zu müssen. In diese Richtung ging u.a. der aufgeregte Anruf von Prof. G., seines Zeichens Dozent zahlreicher prothetischer Fortbildungsveranstaltungen. Während er zum einen monierte, mich bislang auf seinen Veranstaltungen vermißt zu haben, glaubte er sogar, die Qualität meiner fachlichen Arbeit direkt in Frage stellen zu können. Als Meister seines Faches reichte ihm zu meinem Erstaunen hierzu ein Sägeschnitt-Modell, welches er in o.g. Reportage auf meinem Schwebetisch gesehen hatte. Er ließ sich auch nach eingehenderen Erläuterungen meinerseits bezüglich Präparations- und Abformtechnik und dem technischen Aufwand meiner Zahntechnikerin nicht recht davon überzeugen, daß wir mit Hilfe dieses Modelles unserer Patientin eine technisch und ästhetisch hochwertige Frontzahnbrücke eingesetzt hatten.

Auch auf andere Weise wurde gerne der billige Versuch unternommen, den Spieß einfach umzudrehen, also Ansprüche an den Kritiker selbst zu stellen. Während ich natürlich Verständnis dafür habe, an meinen eigenen Forderungen gemessen zu werden, so war es doch oft überraschend, daß man von mir vielmehr eine Mischung aus Fehlerlosigkeit in der Behandlung und Altruismus in der Abrechnung erwartete. Tatsächlich denke ich, daß die Überzogenheit dieser Forderungen an mich nur das Unvermögen derjenigen widerspiegelt, die selbstverständliche Qualitätskriterien nicht für sich gelten lassen wollen.

Überhaupt ließ im Zusammenhang mit mancher Negativkritik die eingehende-

re Auseinandersetzung mit den Inhalten meines Buches eher zu wünschen übrig. Zwei Buchbesprechungen der „Standespresse“ stellten neben viel platter Polemik und entlarvender Rhetorik („Ein schlechtes Buch muß man totschweigen“) lediglich die Wiederholung altbekannter Vorurteile gegen die Zahnärzteschaft fest und rügten zu meinem Erstaunen die „Pauschalverurteilung“ unseres Berufsstandes durch mich. Die eingehende Differenzierung der Probleme vieler Zahnheilkundler in Deutschland hätte ich mir also offenbar sparen können.

Die „Verunglimpfung des gesamten Berufsstandes“ war mithin auch der Hauptvorwurf des Zahnärztlichen Bezirksverbandes München Stadt und Land, welcher es sich nicht nehmen ließ, ein Berufsgerechtsverfahren gegen mich anzustringen (*forum* 52 berichtete). Während natürlich nicht abzustreiten ist, daß laute Kritik zu öffentlichen Irritationen führt, muß man sich doch aber ernsthaft fragen, ob denn wirklich Kritik dem Ansehen eines Berufsstandes schadet oder nicht doch mehr die zu kritisierenden Umstände selbst. Daß es sich eine Standesvertretung zu leicht macht, wenn sie einfach versucht, Kritiker mundtot zu machen, darauf wurde der Bezirksverband nun durch das Berufsgerechtsurteil hingewiesen. Denn wenn etwas den gesamten Berufsstand verunglimpft, dann sind es die skrupellosen Machenschaften einzelner Zahnärzte sowie die krassen Versäumnisse vieler Standespolitiker- und nicht die sachliche Darstellung dieser Mißstände.

Wie schwer es ein kritisch eingestellter Zahnarzt bis heute bei den Standesver-

tretungen hat, das zeigen einzelne Vorgänge in Bezug auf meine Person. Im Zusammenhang mit dem Berufsgerechtsverfahren wurde die Beschwerde einer Patientin kurzerhand in die Prozeßakten aufgenommen. Die offenbar geistesgestörte Frau hatte sich nach einer kurzen Behandlung bei mir schriftlich an den Bezirksverband gewandt und sich neben der Behauptung von Falschbehandlungen darüber beschwert, daß ich eine Weiterbehandlung bei ihr abgelehnt hatte. Allein dieses reichte dem Bezirksverband, offenbar als gefundenes Fressen, um vor Gericht den Versuch zu machen, mir die von mir kritisierten Umstände selbst vorzuhalten. Wohlgermerkt räumte mir der Bezirksverband zuvor keine Möglichkeit ein, auf die abstrusen Behauptungen der Patientin, die später ein Gutachter zweifelsfrei ausgeräumte, in irgendeiner Weise einzugehen, sondern machte sich diese sofort und ungeprüft zu eigen.

Wiederum war es der hiesige Bezirksverband, der einem Münchner Zahnarzt Gelegenheit gab, im „Zahnärztlichen Anzeiger“ einen offenen Brief an mich zu veröffentlichen. Während die darin enthaltene Polemik es nicht Wert gewesen wäre, ihn zu beantworten, gab es aber auch einige sehr bedenkliche Äußerungen zur „kollegialen Verhaltensweise“ gegen mich. Der Brief enthielt tatsächlich eine unverhohlene Aufforderung an den Kollegenkreis, mir Problempatienten jeglicher Art zu überweisen. Vorgeschlagen wurden Bruxismus-Patienten, „psychosomatisch Zahnkranke“ oder zahlungsunwillige bzw. -unfähige Patienten. Kurz darauf rief auch die erste Patientin, vom nämlichen Zahnarzt überwiesen, bei uns an und bat um eine Wurzelbe-



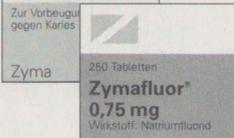
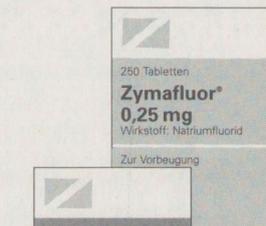
"HEY DOC, GIB  
MIR ZYMAFLUOR"

# Zymafluor®

gegen Karies

Der Profi für die Prophylaxe.

**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). **Hilfsstoffe:** Crospovidone; Lactose 1 H<sub>2</sub>O; Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,5 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Lutschtbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber NaF oder einem der Inhaltsstoffe. Zusätzliche systemische Fluorid-Anwendung, z. B. mit Trink-/ Mineral-/Tafelwasser. Früh- und Mangelgeborene, solange sie nicht gedeihen. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium, Magnesium, z. B. mit Milch und Milchprodukten, vermindert die Retention von Fluorid im Organismus nicht wesentlich. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.**  
**Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,80. Zymafluor 0,5 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 11,55. Zymafluor 0,75 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 13,40. Zymafluor 1 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 14,95. Stand: 5/95



 Zyma GmbH 81366 München

handlung als zuzahlungsfreie Kassenleistung. Sie gab ferner an, man hätte sie in ihrer Praxis diesbezüglich zur Zahlung von DM 1000,- aufgefordert, da eine Wurzelbehandlung zu Kassenpreisen nicht mehr zu erbringen sei. Unser Hinweis, die Wurzelbehandlung sei nach wie vor Kassenleistung, die sie von ihrem Zahnarzt ohne Zuzahlung einfordern müßte, überraschte die Patientin. Wir empfahlen vorsorglich eine Beschwerde bei der Krankenkasse.

Ein weiterer „Kollege“ folgte dem obigen Aufruf und überwies eine Patientin mit erheblicher Kaufunktionsstörung, nicht ohne mich bei der Patientin als Kiefergelenksexperten (oder so ähnlich) empfohlen zu haben. Interessanterweise hatte mich der Kollege jedoch zuvor nie als Kiefergelenksexperten kennengelernt, ja noch nicht einmal hatte er mich bislang überhaupt gekannt. Eine telefonische Ankündigung erfolgte natürlich auch nicht. Es wird hier auch nicht überraschen, daß der Zahnarzt aktives Mitglied des „Freien Verbandes“ ist, der, da in Bayern an herausragender Stelle, angesichts seiner Geringschätzung gegenüber Patienten vermutlich lieber nicht genannt werden möchte.

Über beide Zahnärzte legte ich bezüglich dieser anonymen Überweisungspraxis schriftliche Beschwerde beim Bezirksverband ein und schloß die Frage an, ob denn eine Wurzelbehandlung noch zuzahlungsfrei erbracht werden müsse. Der Verband gab vor, meine Beschwerde erst dann bearbeiten zu können, wenn ich auch die Namen der betroffenen Patienten mitteilte. Meine Antwort darauf war, daß die Patienten ein Interesse

daran hätten, in diese innerberufliche Auseinandersetzung nicht hineingezogen zu werden, und mir an der allgemeinen Klärung eines solchen „kollegialen“ Verhaltens gelegen ist, die ja auch für den Bezirksverband wichtig sein sollte.

Die Bearbeitung dieser Angelegenheit ist der Bezirksverband bis heute schuldig geblieben, ja offenbar reichen Art und Schwere der erkennbar gewordenen Probleme nicht aus, um den Verband wenigstens zu einer allgemeinen Stellungnahme zu veranlassen.

Wen wundert es da noch, daß auch meine Beantwortung des obigen offenen Briefes vom „Zahnärztlichen Anzeiger“ bis heute trotz mehrfachen Anmahnen nicht abgedruckt wurde. Wer da also hoffte, die Zeiten der Einparteien-Indoktrination, verbunden mit der Angst vor der anderen Meinung, seien in Deutschland spätestens mit dem Untergang des SED-Regimes vorüber, sieht sich einmal mehr eines Besseren belehrt. Zumindest viele zahnärztliche Standesvertreter glauben offenbar immer noch, mit Zensur und Diffamierung Andersdenkender das „Zahnarztvolk“ so unmündig wie möglich halten zu müssen und nur so die eigene schwache Position festigen zu können. Solange aber die verfaßte Zahnärzteschaft nicht wenigstens versucht, ihre politische Stärke aus dem Pluralismus aller beteiligten Gruppierungen zu gewinnen, solange wird jede Standesführung mit erheblichen Widerständen innerhalb der Kollegenschaft zu rechnen haben.

*Dr. Eberhard Riedel  
München*

## DAZ befürchtet Verschleuderung von Kollegengeldern

Gegen den vom Gesundheitsstrukturgesetz geforderten Datenträgeraustausch zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) ist die Bundesvereinigung der Vertragszahnärzte KZBV - anders als die Vertretung der sehr viel mehr betroffenen Ärzte - von Anfang an Sturm gelaufen und hat Klage beim Sozialgericht Köln eingereicht. Der Streitwert des Verfahrens wird auf 250 Millionen DM beziffert; Anwaltsgebühren in Millionenhöhe sind die Folge. Mit Recht hat angesichts dieser horrenden Kosten die große Mehrheit der KZVen die juristische Klärung verworfen und stattdessen den politischen Kampf für Datenschutz und Arztgeheimnis beschlossen. Allein die KZV Bayerns erklärte sich bereit, die Kosten des voraussichtlich jahrelangen Rechtsstreits zu übernehmen. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, sieht sich in seiner Auffassung bestärkt daß der Widerstand gegen den Datentransfer vorrangig nicht aus Datenschutzgründen, sondern aus anderen Motiven forciert wird. Die Profilsucht, die prinzipielle Radikalopposition und die Maßlosigkeit einiger weniger KZV-Vorstände und ihre Angst vor Leistungstransparenz dürften die wahren Beweggründe sein.

Umso empörter wehrt sich der DAZ dagegen, daß mit KZV-Mitteln in erheblicher Größenordnung ein unsinniges Verfahren finanziert werden soll. Die Kollegenschaft hat kein Verständnis für

die Verschleuderung von Rücklagen, millionenschweren Zinsgewinnen sowie anderen Ressourcen. In vielen Praxen herrscht eine angespannte wirtschaftliche Situation. Die eigentlich den Kollegen zustehenden Gelder werden dringend dort gebraucht, wo sie erarbeitet wurden.

Der Kampf für ausreichenden Datenschutz in der zahnmedizinischen Versorgung sollte angesichts dieser Realitäten allein politisch geführt werden. Der DAZ empfiehlt auch in dieser Frage die enge Kooperation mit den ärztlichen Körperschaften und Verbänden. c.n.

## Zahnarzt muß über Kassenleistung aufklären

Kassenzahnärzte müssen ihre Patienten darüber informieren, daß Pflichtkrankenkassen für die Entfernung von Amalgamplomben und den Ersatz durch Provisorien aufkommen, wie das Münchner Amtsgericht rechtskräftig entschied. Hintergrund des Urteils ist der Fall einer Kassenpatientin, die mit ihrem Zahnarzt einen Privatbehandlungsvertrag über den Ersatz von Amalgam durch Provisorien für 1779 Mark abschloß. Der Zahnarzt hatte die Frau nicht darauf hingewiesen, daß ihre Kasse dafür zahle. Später übernahm die Kasse aus Kulanz 708 Mark. Den Rest klagte der Zahnarzt bei der Patientin ein. Das Gericht wies die Klage des Arztes ab. Er habe eine Aufklärungspflicht über mögliche Kassenleistungen. Über die bereits erhaltende kassenärztliche Bezahlung hinaus habe er keinen Anspruch gegen die Patientin (Aktenzeichen: 121 C 27680/95).

*Süddeutsche Zeitung 31.1.96*

## Chronologie der Begleitleistungen

**09.11.1990** Die Vertreterversammlung der kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsens (KZVN) beschließt auf Antrag des Vorstandes der KZVN, daß zukünftig sogenannte Begleitleistungen beim Zahnersatz und in der Kieferorthopädie direkt mit dem Patienten abgerechnet werden sollen.

**18.02.1991** Die KZVN teilt allen niedersächsischen Zahnärzten per Rundschreiben 2/91 mit, daß alle „Begleitleistungen“ beim Zahnersatz (z.B. Aufbaufüllungen, Anästhesien, Röntgenleistungen) als Kostenerstattungsleistungen einzustufen und über den Heil- und Kostenplan abzurechnen seien. Ab dem 1. Juli 1991 sei eine Abrechnung über den Krankenschein nicht mehr möglich.

**18.02.1991** Per Sonderinformation des Vorstandes der KZVN wird darauf hingewiesen, daß allein der behandelnde Zahnarzt zu entscheiden habe, wie bestimmte Leistungen einzuordnen seien. Es wird erklärt, daß sowohl das Bundesarbeitsministerium als auch das niedersächsische Sozialministerium in Schriftform bestätigt hätten, daß Begleitleistungen beim Zahnersatz und in der Kieferorthopädie Kostenerstattungsleistungen seien.

**04.03.1991** Durch erneute Sonderinformation des Vorstandes der KZVN wird von „unverständlichen Reaktionen bei den Krankenkassen“ berichtet.

**21.03.1991** Das niedersächsische Sozialministerium verlangt:

1. den Beschluß der Vertreterversammlung aufzuheben!
2. die Rechtsauskunft gem. Rundschreiben 2/91 zurückzunehmen und
3. die Sicherstellung, daß auch zukünftig die sogenannten Begleitleistungen per Krankenschein abgerechnet werden können. („Ihre Interpretation meines Schreibens vom 09.02.1989 - sowie auch des Schreibens des BMA vom 12.12.1988- ist abwegig“)

**28.03.1991** Die Krankenkassenverbände weisen durch ein gemeinsames Schreiben an alle niedersächsischen Zahnärzte die Auffassungen der KZVN strikt zurück. Mehrere Gerichtsverfahren werden eingeleitet. Unter anderem versucht die KZVN, die Krankenkassen mit Hilfe des Sozialgerichts zur Aufgabe ihres Widerstandes zu veranlassen.

**23.07.1991** Der niedersächsische Sozialminister erläßt eine Verpflichtungsermächtigung, gegen die sich die KZVN mit einer Klage zur Wehr setzt.

**21.08.1991** Das Sozialgericht Hannover weist die Klage der KZVN gegen die Krankenkassen ab. Es erklärt: „Es läßt sich jedoch aufgrund des Gesetzes ( SGB V, § 30 ) 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 Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Zahnärzten erforderlich....Diese Abrechnungsbestimmungen (Bema Z) gelten auch fort, sie dürfen jedenfalls nicht durch § 30 SGB V außer Kraft gesetzt worden sein“.

**22.08.1991** Die KZVN teilt per Sonder-rundschreiben mit, die Klage sei „zwar aus formellen Gründen abgewiesen worden“, das Gericht habe aber auch deutlich gemacht, „daß die umstrittenen Leistungen ...Kostenerstattungsleistungen sind. Daher sind auch Begleitleistungen, wie bisher, auf dem Heil- und Kostenplan ... aufzuführen.“

**06.09.1991** Der Sozialminister ordnet die sofortige Vollziehung seiner Verpflichtungsermächtigung an.

**25./26.10.1991** Eine Mehrheit der Delegierten spricht sich auf der Bundesversammlung der KZBV in Leipzig für Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden auch über die „Begleitleistungen“ aus.

**12.11.1991** Das Sozialgericht Hannover weist den Antrag des Sozialministers zurück. Begründung: Die notwendige vorausgehende Beratung der KZVN sei zu knapp gewesen. Im übrigen könne der Vorstand der KZVN gar nicht Beschlüsse der Vertreterversammlung „aufheben“.

**Dez. 1991** In zwei Klagegemeinschaften versuchen 19 niedersächsische Zahnärzte die KZVN per Gerichtsbeschluß zur Abrechnung der wegen der beanstandeten „Begleitleistungen“ zurückgesandten Krankenscheine zu veranlassen. Sie beantragen jeweils den Erlaß einer Einstweiligen Anordnung.

**18.02.1992** Durch seine „Internen Mitteilungen für zahnärztliche Mandatsträger“ behauptet der KZVN-Vorstand, daß der Antrag auf Einstweilige Anordnung vom Sozialgericht Hannover in der

Zwischenzeit zurückgewiesen worden sei.

**18.03.1992** Das Sozialgericht Hannover entspricht in vollem Umfang den Anträgen der klageführenden Zahnärzte und verpflichtet die KZVN zur Abrechnung der eingereichten Scheine ohne jede Einschränkung. Es unterstreicht dabei noch einmal, „mit ihrem Beschluß vom 9. November 1991 hat die Vertreterversammlung der KZVN eigenmächtig ohne gesetzliche Grundlage geltendes Recht abgeändert. Eine Änderung der (Abrechnungs-) Bestimmungen läge ausschließlich in der Kompetenz der Vertragspartner auf Bundesebene“.

**15.03.1992** Das Landessozialgericht bestätigt die Entscheidung des Sozialgerichts vom 12.11.1991 (gegen das Sozialministerium). Es stützt sich dabei wie die Erstinstanz ausschließlich auf formelle Gesichtspunkte. Es betont, welche Rechtsauffassung zutreffend ist, „läßt der Senat dahinstehen“.

**12.05.1992** Das Sozialgericht Hannover verpflichtet die KZVN, Behandlungsscheine der Betriebskrankenkassen (Kläger) mit „Begleitleistungen“ bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptverfahren nach den Bestimmungen des gültigen Gebührentarifs abzurechnen. Das Gericht betont, „daß sachliche Gründe, die die Änderung des Abrechnungssystems rechtfertigen würden, weder vorgebracht noch erkennbar sind“.

**03.06.1992** Das Sozialgericht Hannover weist die KZVN darauf hin, daß die Entscheidung des Sozialgerichtes vom 18. 03. 92 „in diesem Fall“ rechtskräftig

# Neues Wirkstoffkonzept. Neue AJONA.



## Neu – die Zahncreme.

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

## Neu – die Wirkstoffkombination.

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

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

## Neu – die Deklaration der Inhaltsstoffe.

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

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

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

**AJONA®**  
amin-o-med

Fluorid-Kamillen-Zahncreme

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

sei und ggf. vollstreckt werden könne. Die gelte auch für den Fall einer anderslautenden Entscheidung des Landessozialgerichts. Die KZVN kommt der Anforderung zur Umsetzung der ergangenen Entscheidung des Sozialgerichts nicht nach.

**26.06.1992** Das Landessozialgericht hebt die Einstweilige Anordnung des Sozialgerichts Hannover zu Gunsten einer Klagegemeinschaft auf. Das Gericht vermag nicht zu erkennen, daß den Beteiligten bis zur Hauptverhandlung „schwere und unzumutbare, auf andere Weise nicht abwendbare Nachteile“ entstehen. Die Verfahrensweise der KZVN sei „nicht offensichtlich rechtswidrig“. Im Zusammenhang mit dem Verfahren der anderen Klagegemeinschaft wird der Einspruch der KZVN wegen Fristüberschreitung zurückgewiesen.

**01.01.1993** Das Gesundheitsstrukturgesetz tritt in Kraft. Darin wird bestimmt, „konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, werden als Sachleistungen gewährt“.

**02.02.1994** Entscheidung des Sozialgerichts Hannover im Hauptverfahren: Der Beschluß der Vertreterversammlung der KZV vom 09.09.1990 war „rechtswidrig“, die Zurückweisung der Krankenscheine mit sog. Begleitleistungen stellt eine „Vertragsverletzung“ dar und die Bescheide der KZVN waren in mehrfacher Hinsicht „verfahrensfehlerhaft“. Das Gericht hatte im übrigen die Klagegemeinschaften aufgelöst und jeden Fall einzeln behandelt.

**25.03.1994** Die KZVN legt Widerspruch gegen die Entscheidungen beim Landessozialgericht in Celle ein und reicht die schriftliche Begründung am 19. 4. 94 nach.

**30.04.1994** Das Landessozialgericht schlägt vor, einen einzelnen Fall gleichsam als Musterprozeß zu führen und die übrigen entsprechend „vergleichsweise“ erledigen zu lassen. Die betroffenen Zahnärzte lassen über ihre Rechtsanwälte ihr Einverständnis mitteilen. Die KZVN äußert sich nicht, was einer Ablehnung gleichkommt.

**14.09.1994** Das Landessozialgericht weist die Berufung zurück und legt der KZVN - wie auch bereits die Vorinstanz - alle außergerichtlichen Kosten auf. Es führt u. a. aus: „Das von der Beklagten (KZVN)... praktizierte Verhalten war rechtswidrig... Die Beklagte hat im übrigen gegen die Abrechnungsbestimmungen des Bema-Z verstoßen“. Die Revision wird nicht zugelassen. Die KZVN legt Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision beim Bundessozialgericht ein. Sie beantragt zugleich Fristverlängerung für die Begründung dieser Beschwerde.

**06.12.1994** Das Bundessozialgericht räumt der KZVN eine sogenannte Notfrist bis zum 09.01.1995 ein.

**14.12.1994** Durch die Anwälte Fürst und Partner wird eine Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde erstellt und dem Bundessozialgericht übermittelt. Es gehe um „weitreichende, die Allgemeinheit tangierende Konsequenzen auch für die Zukunft“.

**20.09.1995** Der 6. Senat des Bundessozialgerichts weist die Nichtzulassungsbeschwerde der KZVN als „teils unbegründet, teils unzulässig“ zurück. Die grundsätzliche Bedeutung der Rechtsfrage habe sich im übrigen durch die Entscheidung des Bundestages vom 05.11.1992 (GSG) erledigt.

**25.01.1996** Die KZVN teilt durch eine Abteilungsleiterin den klagenden Zahnärzten mit, daß sie verpflichtet sei, „die ...im Rahmen des Zahnersatzes erbrachten Begleitleistungen abzurechnen“. Weiter heißt es: „Dieser Aufgab sind wir nachgekommen und teilen Ihnen nunmehr mit, daß die Auszahlung im Quartal IV/95 erfolgen und im Rahmen der Vierteljahresabrechnung IV/95 als Nachtrag erscheinen wird“. Das bedeutet, die Überweisung der seit 1991 zurückbehaltenen Honorar beträge soll Anfang April 1996 ausgeführt werden.

### **Kommentar**

Am Anfang stand der „Strategie-Streit“ über die Frage, ob man auf Grund des Gesundheitsreformgesetzes (§30) versuchen solle (oder müsse), mit den Krankenkassen eine Übereinkunft darüber herbeizuführen, welche Leistungen zukünftig als Kostenerstattungsleistungen einzustufen seien, oder aber ob man seitens der zahnärztlichen Körperschaften respektive der einzelnen Zahnärzte selbstständig darüber befinden könne, welche Leistungen aus dem Sachleistungskatalog herauszunehmen seien. Erstere Position wurde von der KZBV unter ihrem damaligen Vorsitzenden Schad eingenommen und von den KZBV-Juristen unterstützt („Vertragslösung“), die Alterna-

tivposition wurde vom Schirbort-Vorstand in Hannover eingenommen („Konfliktlösung“). Die zaghafte Verhandlungen zwischen KZBV und Krankenkassenverbänden kamen zum Erliegen, als erkennbar wurde, daß es in Niedersachsen irgendwann zu einer Gerichtsentscheidung kommen werde.

Der Vorstand der KZV in Niedersachsen hat in all den Prozeß-Jahren zu keinem Zeitpunkt zu erkennen gegeben, daß ihm an einer fairen, sachlichen Auseinandersetzung in einem politischen Streitfall gelegen ist. Im Gegenteil, er hat

1. stets dazubeigetragen, den Prozeßverlauf in die Länge zu ziehen, indem Fristen bis zum Äußersten ausgenützt wurden.
2. den Mitgliedern und Funktionsträgern verkürzte oder falsche Informationen übermittelt,
3. in dem Wissen um die Fragwürdigkeit der getroffenen Rechtsauslegung alle auch noch so umfangreichen und dezierten Darlegungen verschiedener Richter übergangen und schließlich
4. Entscheidungen des Gerichts nicht befolgt.

Abgesehen davon, daß die Kosten für diesen unsinnigen Streit von allen Zahnärzten bezahlt werden müssen, haben die Krankenkassen Forderungen in Millionenhöhe angekündigt zum Ausgleich Ihres Verwaltungsmehraufwands.

**Wer das alles zu verantworten hat, ist erkennbar nicht geeignet, hohe Funktionen in einer Berufsvertretung wahrzunehmen.**

Dr. Lutz Albers, Oldenburg

## „Managed Care“: Eine Lösung der Probleme im Gesundheitswesen Deutschlands?

*Im Zusammenhang mit dem Kassenwettbewerb und denkbaren Maßnahmen zur längerfristigen Sicherung von Beitragssatzstabilität findet „Managed Care“ eine zunehmend größere Beachtung in der gesundheitspolitischen Diskussion der Bundesrepublik. Die Konzepte von Managed Care sind in den USA entwickelt worden und haben dort innerhalb kurzer Zeit die **Versorgungswirklichkeit entscheidend verändert**. Träger von Managed Care sind in erster Linie Health-Maintenance Organisationen (HMOs), die mit Hilfe ökonomischer Anreize und einer bevorzugt präventiven Ausrichtung einen möglichst guten Gesundheitszustand ihrer Versicherten zu möglichst niedrigen Prämien zu erreichen suchen. Nachfolgend wird der Managed-Care-Ansatz kritisch beleuchtet und geprüft, welche Vor- und Nachteile diese Versorgungsform hat und ob sie geeignet sein könnte, einige Probleme im deutschen Gesundheitswesen zu lösen. Zur Diskussion veröffentlichen wir eine gekürzte Version des in „das Krankenhaus“ 6/95 erschienenen Aufsatzes.*

### Ursprünge und Prinzipien von Managed Care

Schon vor dem 2. Weltkrieg hat es Managed Care in Kalifornien in Form der Kaiser Permanente Health Maintenance Organisation gegeben. Man versprach sich von einer Alternative zur sogenannten „**Fee-for-service**“-Medizin eine Eindämmung der bereits damals als zu hoch bewerteten Gesamtkosten im Gesundheitswesen.

Der Anteil der HMOs an der Versorgung ist in den Jahren 1973 bis 1993 nur langsam auf zunächst ca. 15 Prozent und erst 1994 und 1995 relativ schnell auf derzeit ca. 40 Prozent aller Versicherten gestiegen. Der Anteil der Versorgung im Rahmen von „**Fee-for-service**“-Programmen fiel entsprechend ab, das heißt Managed Care ersetzte weitgehend bestehende Programme und ergänzte sie nicht. An der Krise im amerikani-

schen Versorgungssystem hat dies deshalb nichts geändert:

- Ca. 40 Millionen Amerikaner, darunter zunehmend Kinder und Frauen, sind ohne Versicherungsschutz.
- Der Versicherungsschutz ist an ein Arbeitsverhältnis gebunden und geht bei Arbeitslosigkeit oder bei einem Wechsel des Arbeitsplatzes verloren.
- Die USA weisen die höchste Gesundheitsquote (ca. 15%) und die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben in der Welt bei einer vergleichsweise niedrigen Lebenserwartung und hoher Säuglingssterblichkeit auf.

Die Leistungserbringer gewährleisten die Versorgung

- entweder pauschal pro Kopf der Mitglieder privater oder genossenschaftlicher Kostenträger, oder
- sie treten direkt mit dem Patienten

- in ein Vertragsverhältnis, oder
- sie geben einer Firma für die dort Beschäftigten eine Leistungszusage.

Um das finanzielle Risiko klein zu halten, kommt in den HMOs ein ganzes Arsenal von Malus- und Bonusregeln bei den beteiligten Ärzten zum Einsatz. Das wichtigste ist die weitverbreitete Anstellung von Ärzten in der HMO zu einem festen Gehalt. Damit gibt es keinen finanziellen Anreiz, Leistungen über das medizinisch Notwendige hinaus zu erbringen. Finanzielle Anreize zur Senkung des Leistungsvolumens werden wirksam, wenn zum Beispiel die angestellten Ärzte bei meist eingeschränkten Leistungsanrechten am Gewinn der HMO beteiligt werden. Weniger verbreitet und ethisch fragwürdig ist die Praxis, Ärzten einen Bonus zu gewähren, wenn das Volumen der von ihnen erbrachten oder veranlaßten Leistungen unter einem vorgegebenen Wert liegt.

### **Integriertes Primärarztssystem**

Ein wichtiges Element zur Steigerung der Kosteneffizienz durch Vermeidung von (unnötigen) Leistungen ist das in fast allen Formen von Managed Care integrierte Primärarztssystem. Die Inanspruchnahme eines Facharztes ist in der Regel nur nach Konsultation eines HMO-Allgemeinarztes möglich.

Neben der Vermeidung „unnötiger“ Leistungen und der Verbesserung der als gering eingeschätzten Effizienz der medizinischen Versorgung in den USA liegt die Bedeutung der HMOs in der von ihnen programmatisch begründe-

ten Umschichtung von Leistungen aus dem kurativen in den präventiven Bereich sowie in der Förderung einer höheren Qualität der Behandlung:

- Die HMOs erhalten ihre Prämie unabhängig vom erbrachten Leistungsvolumen und müssen daher ein Interesse daran haben, ihre Mitglieder gesund zu erhalten, um eine zukünftige Leistungsanspruchnahme überflüssig zu machen.
- Qualitativ hochwertige Leistungen können für die HMOs sowohl kosteneffizient als auch werbewirksam sein; daher besteht ein großes Interesse an internen Qualitätskontrollen.

### **Erfahrungen mit HMOs und offene Fragen.**

Aufgrund der bis 1994 relativ geringen Bedeutung von HMOs für die Versorgung der Bevölkerung kann man bislang kaum sagen, ob sich die an die programmatischen Ansprüche der HMOs geknüpften Hoffnungen erfüllen werden. Es fehlen die Daten, um die Auswirkungen auf Qualität und Kosten abzuschätzen.

Grund für eine solche Warnung gab es, weil die bis dahin gemachten Erfahrungen nicht durchgehend positiv waren. Bundesstaaten mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von HMOs an der Versorgung wie Kalifornien und Massachusetts hatten zum Beispiel höhere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben als der nationale Durchschnitt, und die durch eine HMO versorgten sozial Schwachen nahmen bei gleich hohen Prämien oft weniger Leistungen in An-

# 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  
80337 München  
Tel. 089/54 41 02 11

Kumpfmühler Straße 65  
93051 Regensburg  
Tel. 0941/97198

Siemens  
Dental-Depot  
Ihr Partner

spruch als sozial Stärkere. Die Inanspruchnahme steigt mit dem Grad der Bildung des Patienten, was darauf zurückzuführen sein könnte, daß es dieser Gruppe von Patienten besser als anderen gelingt, die internen Hürden bei der Leistungsanspruchnahme zu überwinden.

Auch die Bedeutung der HMOs für die Prävention von Krankheit ist weniger optimistisch zu sehen, als dies von der Theorie und vom Anspruch her zu erwarten ist: Aufgrund der hohen Mobilität der amerikanischen Gesellschaft und der engen Verknüpfung des Versicherungsschutzes mit dem Arbeitsplatz wechseln sehr viele Mitglieder die HMO oder sie scheiden aus dem HMO-System ganz aus, zum Beispiel beim Erreichen der Altersgrenze. Die Versorgung der über 65 Jährigen erfolgt über das Medicare-Programm, das bislang fast ausschließlich auf dem „Fee-for-service“ System beruhte. Damit lohnt es sich für eine HMO in der Regel nicht, in die zukünftige Gesundheit ihrer Mitglieder zu investieren, zumindest dann nicht, wenn für die Prävention relativ hohe Kosten sofort anfallen und die von präventivmedizinischen Interventionen erhofften Einsparungen mit gesundheitspolitischer Bedeutung erst in fernerer Zukunft zu erwarten sind. HMOs bieten diese Leistungen deshalb vor allem dann an, wenn sie für die Werbung neuer Mitglieder von Bedeutung sind.

### **Mangelnde Versorgungsgerechtigkeit**

Ob die Effizienz der Versorgung mit Managed Care tatsächlich verbessert

wird, läßt sich nur nachweisen, wenn sich Art und Weise der Behandlung ausreichend unterscheiden, damit Unterschiede im Erfolg gesehen werden können. Das setzt voraus, von dem Anspruch abzugehen, alle Patienten im Falle einer gleichen Erkrankung idealtypisch in gleicher Weise zu behandeln.

Den Anspruch einer solchen horizontalen Versorgungsgerechtigkeit - ein wesentliches Charakteristikum der Gesundheitsversorgung in Deutschland - hat es in den USA noch nie gegeben.

### **Aufgabe ärztlicher Behandlungsautonomie**

Es stellt sich noch ein weiteres Problem: Es macht nur Sinn, Patientenkollektive in bezug auf Unterschiede in der Effektivität der Behandlung zu untersuchen, wenn die einer HMO angehörenden Ärzte bereit sind, den in der HMO vorgegebenen Protokollen und Behandlungsrichtlinien genau zu folgen. Dies setzt voraus, daß die ärztliche Behandlungsautonomie weitgehend aufgegeben wird.

Zumindest in großen und gut organisierten HMOs ist das der Fall, denn die Behandlung erfolgt unter Einsatz von Behandlungsprotokollen. Dabei spielen Aspekte der Kosten-Nutzen-Relation eine große Rolle. Aufgrund der großen Unterschiede in Qualität und Menge der erbrachten Leistungen bei gleicher Diagnose, die in zahlreichen Untersuchungen aufgedeckt wurden, kann davon ausgegangen werden, daß zum Beispiel invasive Behandlungen in „Fee-for-service“-Programmen nicht selten im

Übermaß vorgenommen werden. In den HMOs könnte mit den genannten Anreizen ein positiver Einfluß auf die Behandlungsintensität einhergehen, das heißt prinzipiell erscheint eine Verbesserung der Qualität der Versorgung über eine stärkere Regulierung der ärztlichen Praxis möglich.

Eine stärkere Regulierung, und das heißt eine zumindest teilweise Aufgabe der Behandlungsautonomie, ist noch aus einem anderen Grund notwendig: um Kosten zu verringern. Ohne dies können zum Beispiel Leistungen mit geringer Kosten-Nutzen-Relation nicht eliminiert oder vom Patienten gewünschte und vom Arzt als nicht notwendig definierte Leistungen nicht ausgeschlossen werden.

Die ärztliche Autonomie ist in den Vereinigten Staaten heute schon viel eher aufgehoben worden als etwa in Deutschland. Die einzige Alternative zur Regulierung der ärztlichen Praxis im Interesse einer Kostendämpfung waren in der Vergangenheit pauschale Budgetierungen.

Die Einschränkung der ärztlichen Autonomie wirft eine Vielzahl von ethischen und politischen Fragen auf, von denen einige berührt werden sollten:

- Bei zunehmender Einschränkung der ärztlichen Autonomie wandelt sich die Rolle des Arztes vom Advokaten des Patienten zu einem Funktionär der Institution. Diese Institution ist in den USA aber nicht Teil eines öffentlichen Gesundheitswesens, sondern eine auf Profit ausgerichtete Institu-

tion innerhalb eines marktwirtschaftlich organisierten Versorgungssystems.

- Durch die Anstellung eines Arztes bei einer HMO, die Behandlungsprotokolle einsetzt, ändert sich die Verantwortlichkeit für das Gelingen und eventuelle Mißlingen einer Behandlung. Es ist aber bis heute unklar, an wen im Falle eines Mißlingens Regreßforderungen zu richten sind.
- Die HMOs werden zunehmend zu der Institution, die darüber entscheidet, welche medizinischen Leistungen rationiert werden. Bei vorhandener ärztlicher Autonomie liegt diese Entscheidung zumindest idealerweise mehr in der Hand der Patienten, die über den behandelnden Arzt im Prinzip alle medizinisch sinnvollen Leistungen nachfragen können, wenn auch oft im Rahmen eines vorgegebenen Gesamtbudgets.
- Zu den potentiellen Interessenkonflikten des Arztes bei der Behandlung zählen nicht nur die erwähnten finanziellen Interessen, sondern auch Interessen nach beruflicher Anerkennung und Förderung innerhalb der HMO.

### **Gefahr der Rationierung von medizinischen Leistungen**

Aus der Aufzählung der Probleme ergeben sich eine Reihe von Fragen, die sich bei einer Übertragung von Managed Care in andere Länder stellen:

- Es bedarf einer systematischen Klärung der ethischen und rechtlichen Verantwortung für die diversen Formen einer unsachgemäßen Behandlung.

# Frühjahrstagung von DAZ und VDZM

## 4./5. Mai 1996 in Frankfurt

Ort der Tagung: Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24,

60385 Frankfurt - Main / Bornheim,  
Tel. 069/446099, Fax 069/461638

**Freitag, den 3. Mai '96** 20.00 Uhr Gemütlicher Auftakt in der  
Weinstube „Im Hinterhof“, Egenolfstr. 17,  
60316 Frankfurt Nordend, Tel. 069/435044

**Samstag, den 4. Mai '96** 10.00 Uhr **Min. Dir. a.D. Gerhard Schulte**,  
Vorstandsvors. des BKK-Landesverbandes Bayern:

*„Perspektiven der Zahnheilkunde in der GKV“* (das genaue Thema wird entsprechend aktueller Erfordernisse festgelegt)

12.30 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr **Prof. Dr. Thomas F. Flemmig**,  
Universität Würzburg:

*„Risikobestimmung und medikamentöse Therapie bei marginalen Parodontitiden“*

20.00 Uhr Gemütliches Beisammensein  
„Im Paulaner“, Rotlintstr./Ecke Vogelsbergstraße  
60316 Frankfurt-Nordend

**Sonntag, den 5. Mai '96** 9-13.00 Uhr **DAZ-Ratssitzung**  
(gleichzeitig: VDZM-Mitgliederversammlung)

Tagungsbeitrag: 100.- Zahnärzte (Nicht-Mitglieder)  
40.- Studenten (Nicht-Mitglieder)  
60.- Zahnärzte (Mitglieder) 20.- Studenten (Mitglieder)

Anmeldung:

**DAZ im NAV-Virchow-Bund**,  
z.H. Frau I. Berger-Orsag,  
**Belfortstr. 9, 50668 Köln**,  
Tel. 0221-973005-45, Fax 0221-7391239  
(oder **VDZM-Geschäftsstelle in Bonn**)

Übernachtung / Info:

**Hotel am Zoo** Tel. 069/490771-75, Fax  
069-439868  
**Hotel Mercator** Tel. 069-490691, Fax  
069-490217  
**Verkehrsamt Frankfurt**  
Tel. 069-212 38800, Fax 069-212 378890

**Anmelde-Coupon auf Seite 82**

- Es bedarf einer ethischen Diskussion der Arzt-Patienten-Beziehung und wie die Rolle des Arztes im Managed-Care-System am besten reguliert wird. Das Ergebnis dieses Diskurses könnte durchaus die Möglichkeiten einer Kostenersparnis durch HMOs einschränken.
- Es bedarf einer Klärung, ob die in einer HMO verantwortlichen Experten für Behandlungsprotokolle eine so große Rolle spielen dürfen, wie dies zur Zeit der Fall ist.
- Es bedarf einer Erörterung, ob durch die Einschränkung der ärztlichen Autonomie die Rationierung von medizinischen Leistungen nicht in einer ethisch bedenklichen Form erfolgt.

Bei einer Übertragung von Managed Care sind zwei politische Gesichtspunkte von herausragender Bedeutung:

- a) Ist die Einschränkung der ärztlichen Autonomie durchzusetzen?
- b) Welche Einsparungen sind zu erwarten?

Die Antworten auf die erste Frage lassen Widerstände gegen die Einführung von Managed Care erwarten: In Frankreich zum Beispiel sehen die niedergelassenen Ärzte die Behandlungsautonomie als den wichtigsten Wert ihrer beruflichen Praxis und haben sie oft unter Inkaufnahme an Einkommensverlusten erfolgreich verteidigt. In Deutschland ist damit zu rechnen, daß das Prinzip der ärztlichen Autonomie für die meisten niedergelassenen Ärzte einen hohen Stellenwert hat. Bleibt es

aber bei der Behandlungsautonomie, dann ist vollends offen, wie und wo dann Einsparungen erzielt werden können.

### „Managed-Care“-Ansätze im deutschen GKV-System

Die hohen Erwartungen, die von einigen Kostenträgern und Leistungserbringern in Deutschland mit der Einführung von Managed Care verbunden werden, werden durch die geschilderten Nachteile und Grenzen relativiert. Dennoch kann Managed Care als ein Ansatz gesehen werden, der im Rahmen des US-amerikanischen Systems positive Wirkungen entfaltet hat: Der Anstieg der Gesamtgesundheitsausgaben wurde gedämpft, und aufs Ganze gesehen dürfte sich die Effizienz des Leistungsgeschehens verbessert haben.

Inwieweit solche positiven Wirkungen im Falle einer Übertragung auf deutsche Verhältnisse zu erwarten sind und eintreten, wird vom Maß der Übereinstimmung bei den Ausgangsbedingungen abhängen. Hier zeigt sich nun, daß das deutsche System bereits jetzt als in bedeutendem Umfang „gemanaged“ angesehen werden kann:

- In den HMOs erfolgt die Finanzierung durch für alle Versicherten gleich hohe Prämien, die weit überwiegend von den Arbeitgebern kommen. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds hat - ebensowenig wie Alter und Geschlecht - keinen Einfluß auf die Höhe der Prämie. Sie ergibt sich vielmehr aus der Risikostruktur des Versichertenkollektivs und den Aus-

gaben für die Versorgung. Da die Krankheitslast - vornehmlich in Abhängigkeit von Einkommen, Alter und Geschlecht - unterschiedlich ist, gibt es einen stillschweigenden Finanzausgleich zwischen verschiedenen Gruppen von Versicherten, der vornehmlich auf der Ebene des Arbeitgebers vorgenommen wird: Die Prämien sind nicht individuell risikoäquivalent kalkuliert.

- In Deutschland sind die Beiträge zur GKV ebenfalls nicht individuell risikoäquivalent kalkuliert, der Finanzausgleich erfolgt hier durch die Einkommensabhängigkeit der Beiträge zur GKV, und er beruht explizit auf dem Prinzip der Solidarität.
- Im ambulanten Bereich erfolgt die Vergütung in Deutschland kassenseitig über Pauschalen, ärztseitig über eine stimulierende Einzelleistungsvergütung. Voraussetzung dafür ist eine verbindliche Gebührenordnung, die es im „Fee-for-Service-System“ der USA nicht gibt. In den Managed-Care Organisationen erfolgt die Versorgung durch tendenziell leistungsmindernde Pauschalen.

### **Keine großen Einsparungen durch „Managed Care“ in Deutschland**

Mit dem GSG ist die Tendenz, die medizinische Versorgung zu managen, insofern verstärkt worden, als das Leistungs- und Vertragsrecht vereinheitlicht wurden. Außerdem strebt man die Formulierung von Behandlungsrichtlinien an, an die sich die Leistungserbringer zu halten haben. Auf der Mikroebene soll das Leistungsgeschehen vornehmlich durch Anreize gesteuert werden,

auf der Makroebene bleibt es bei der Budgetierung. Man könnte dieses GKV-KV-KZV-System zusammenfassend mit einer gewissen Berechtigung als eine einzige HMO betrachten. Insofern ist kaum davon auszugehen, daß mit Managed Care in Deutschland große Einsparungen zu erzielen sind. Das folgt auch aus der Betrachtung von Teilbereichen:

- In den USA erwartet man erhebliche Einsparungen durch Managed Care vor allem bei den Verwaltungskosten, die die höchsten in der Welt sind. Der Verwaltungsaufwand im deutschen Gesundheitswesen ist im Vergleich dazu niedrig. Nennenswerte Einsparungen dürften in der Bundesrepublik in diesem Bereich aber wohl kaum möglich sein.
- Das Leistungsvolumen ist in Deutschland in Relation zu den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sehr hoch: Deutschland weist mehr Krankenhausaufenthalte, mehr Pflagetage, mehr Arztbesuche und mehr Verschreibungen auf als die Vereinigten Staaten, und das bei weniger als 60 Prozent der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben. Auch wenn dies kein Beweis für eine hohe Effizienz des Systems sein mag, muß es doch Hoffnungen dämpfen, durch die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven mittels Managed Care große Einsparungen realisieren zu können.
- Auch die in den USA mit einer verstärkten Nutzung der Prävention verbundenen positiven Effekte können für Deutschland realistischerweise nicht erwartet werden. Die deut-

schen Krankenkassen befinden sich schon jetzt in einer besseren Situation als die von HMOs. Besonders bedeutsam für die Erhöhung der Effizienz ist nämlich ein relativ häufiger Mitgliederwechsel zwischen den HMOs. Dies verringert jedoch das Interesse an einer Förderung der Präventivmedizin, da die potentiellen Gewinne die „kostentragende“ HMO nicht erreichen.

- Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Vergleich dazu eine wesentlich größere Chance, daß sie im Falle einer Kostenersparnis durch verstärkte Präventivanstrengungen selbst die Vorteile haben - falls es sie gibt. Dies ist insbesondere zu erwarten, wenn ein entsprechender Risikostrukturausgleich das Alter der Patienten berücksichtigt, nicht jedoch den Gesundheitszustand im Alter. Für die Werbung aber können präventiv- medizinische Angebote von den gesetzlichen Krankenkassen genauso wie von den HMOs genutzt werden.

## Schlußfolgerungen

Es ist noch zu früh, die Folgen einer zunehmenden medizinischen Versorgung durch HMOs abschließend zu bewerten. Es gibt jedoch durchaus Gründe anzunehmen, daß diese Folgen auf keinen Fall durchgehend positiv, wenn auch nicht durchgehend negativ sein werden. Positiv könnte sich die höhere Effizienz der Versorgung auf die Entwicklung der Gesamtkosten auswirken. Dabei ist aber noch unklar, ob dies in erster Linie auf Einschränkungen von

Leistungen oder auf eine kostengünstigere Erbringung von Leistungen zurückzuführen ist.

Negativ könnte sich vor allem die Einschränkung der ärztlichen, aber auch der Patientenautonomie auswirken.

Zusammenfassend erscheint es durchaus möglich, die drei Hauptziele von HMOs, eine höhere Versorgungseffizienz, eine bessere Qualitätskontrolle und eine Verstärkung der Prävention, auch ohne den Einsatz von Managed Care zu realisieren. So scheint es empfehlenswert, abzuwarten, was die systematischen Folgen dieser neuen Versorgungsform sein werden, bevor man vorschnell das alles in allem überaus leistungsfähige deutsche Versorgungssystem im Sinne von Managed Care umstrukturiert.

### **Anschrift der Verfasser:**

*Dr. med. Karl W. Lauterbach, M.PH., Sc.D.,  
School of Management, Boston Univ.,  
Health Care Management Program,  
685 Commonwealth Ave.,  
Boston MA 02146, U.S.A  
Prof. Dr. med. Michael Arnold,  
Institut für Gesundheitssystemforschung,  
Keplerstraße 15, 72074 Tübingen*

# 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

# Dentinhaftmittel - Übersicht und Auswahlkriterien

*Alle zahnfarbenen plastischen Füllungsmaterialien benötigen zum randdichten Verschuß einen adhäsiven Verbund mit der Zahnhartsubstanz. Nur wenn dieser gegeben ist, sind langfristige Erfolge in der praktischen Anwendung zu erzielen. Zur Zeit werden auf dem Dentalmarkt viele neue Produkte angeboten, die für die Haftung an Schmelz und Dentin empfohlen werden. Welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um eine dauerhafte Verbindung zur Kavitätenwand zu erzielen und welche Kriterien bei der Auswahl eines Haftmittelsystems für die Praxis beachtet werden sollten, wird im folgenden dargestellt.*

## Haftung an Schmelz und Dentin

Unter Adhäsion versteht man dashaften von zwei Körpern aneinander. Sie beruht auf mechanischen und/oder chemischen Kräften, die bei enger Berührung zwischen den Oberflächen wirksam werden. Dabei liegt die Betonung auf der Tatsache, daß diese Kräfte bei enger Berührung zum Tragen kommen. Es muß also in der praktischen Anwendung sichergestellt werden, daß das Füllungsmaterial und die Zahnhartsubstanz in innigen Kontakt kommen. Eine solche innige Berührung kann über ein dünnfließendes Adhäsiv erfolgen, wenn die Zahnhartsubstanz benetzbar ist, so daß der applizierte Haftvermittler in engen Kontakt mit der Zahnoberfläche treten kann. Nur wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, kann eine so starke Verbindung in Form einer Adhäsion aufgebaut werden, daß sie den einwirkenden Kräften widerstehen kann. Zu diesen Kräften gehört die Polymerisationsschrumpfung, die bei allen zahnfarbenen Füllungsmaterialien während der Abbindung entsteht und dem Verbund zur Zahnhartsubstanz entgegenwirkt. Weiterhin wirken der unter-

schiedliche Wärmeausdehnungskoeffizient von Schmelz und Dentin einerseits sowie des Füllungsmaterials andererseits und die mechanische Belastung bei der funktionellen Nutzung des Zahnes auf den Verbund. Um diese Kräfte an der Kontaktfläche zwischen Füllungsmaterial und Zahnhartsubstanz auffangen zu können, muß die Adhäsion also stark genug sein. Dieses wird am besten bei einer großen Kontaktfläche erreicht, die benetzbar sein muß. Eine gute Benetzbarkeit kommt dann zustande, wenn die Oberflächenenergie des Substrates, auf das etwas adhäsiv befestigt werden soll, möglichst hoch ist und die Oberflächenspannung des Adhäsivs, das auf diese Oberfläche aufgetragen wird, möglichst gering ist. Die Eigenschaften des Adhäsivs sind vom Hersteller vorgegeben, in der praktischen Anwendung können wir nur die Voraussetzungen für die Haftung an der Zahnhartsubstanz beeinflussen. Das Ziel, die Kavitätenwände für die Adhäsion vorzubereiten, muß also darauf gerichtet sein, die Benetzbarkeit zu erhöhen und eine große Oberfläche für die Haftung auszunutzen. Im Schmelz wird dies durch die Applikation einer 30 - 40 %igen Phosphorsäure erreicht, die

für 30 bis 60 s auf die angeschrägten Kavitätenränder aufgetragen wird. Dadurch entsteht auf der Schmelzoberfläche ein retentives Ätzmuster, das zur mikromechanischen Verankerung genutzt werden kann. Die Säurekonditionierung hat gleichzeitig zur Folge, daß die Oberflächenenergie des Schmelzes erhöht wird, so daß ein dünnfließendes Adhäsiv die Möglichkeit bekommt, sich auf der Oberfläche auszubreiten und sich im Ätzmuster mikromechanisch zu verankern. Ein solches Adhäsiv ist im Grunde ein dünnfließendes, hydrophobes Kompositmaterial, das in die vergrößerte und benetzbare Oberfläche des Schmelzes eindringen kann, wenn diese nach dem Ätzzvorgang sauber und trocken gehalten wird. Selbst die Atemfeuchtigkeit kann die Benetzbarkeit für diese hydrophoben Versiegler vermindern. Die nach dem Ätzzvorgang erhöhte Oberflächenenergie ist allerdings auch für Anteile aus dem Speichel attraktiv, so daß sich die Oberflächenenergie wieder vermindert und damit auch die Benetzbarkeit, wenn der angeätzte Schmelz mit Speichel in Kontakt kommt.

Durch die unterschiedlichen Strukturmerkmale des Dentins ist eine direkte Übertragung des Haftmechanismus am Schmelz auf das Dentin nicht möglich. Typische Merkmale des Dentins sind die Tubuli, die, gefüllt mit Dentinliquor und Odontoblastenfortsätzen, einen direkten Zugang zur Pulpa ermöglichen. Diese Tubuli werden von peritubulärem Dentin begrenzt, das wesentlich stärker mineralisiert ist als das intertubuläre Dentin. Der Dentinliquor, eine extrazelluläre Flüssigkeit aus der Pulpa, füllt die

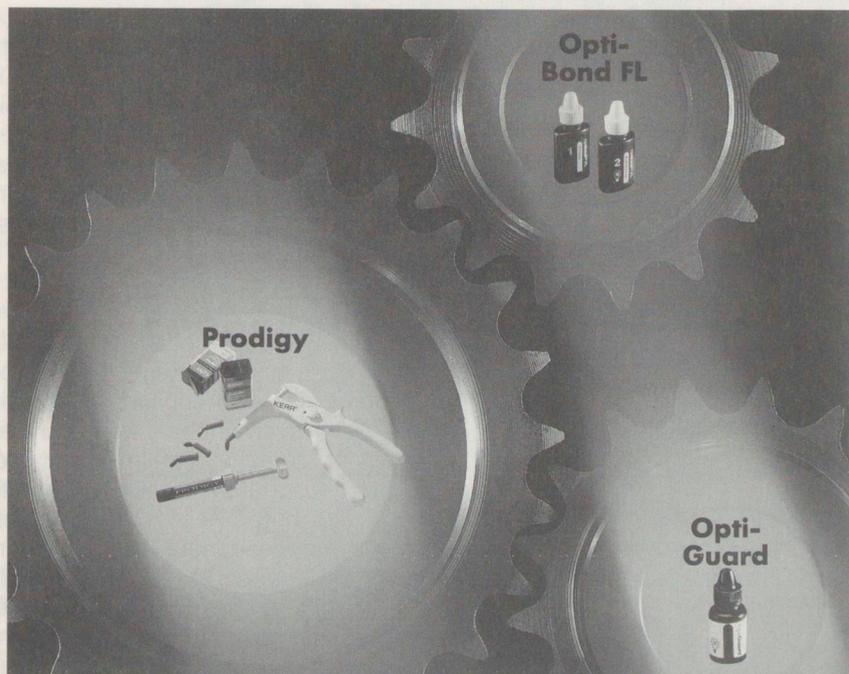
Tubuli zusammen mit den Odontoblastenfortsätzen aus. Seine Flußrichtung ist bei offenen Tubuli durch den intrapulpalen Druck an vitalen Zähnen nach außen gerichtet. Zudem entsteht bei jeder mechanischen Bearbeitung des Dentins eine sogenannte Schmier-schicht (engl. smear layer), die einen direkten Kontakt eines Füllungsmaterials mit der kompakten Dentinoberfläche verhindert. Das Dentin ist aufgrund seiner Zusammensetzung als hydrophil einzuschätzen. Dadurch entstehen weitere Probleme, das hydrophobe Kompositmaterial direkt mit dem Dentin in innigen Kontakt zu bringen. Deshalb muß zur Vorbehandlung der Dentinoberfläche für eine Haftung einerseits die Schmier-schicht entfernt werden, andererseits durch die Applikation eines hydrophilen Materials eine Benetzung des ebenfalls hydrophilen Dentins ermöglicht werden. Der aktuelle Stand des Haftmechanismus am Dentin stellt sich daher heute wie folgt dar:

- Konditionierung des Dentins mit Säuren führt zu einer Demineralisation der Dentinoberfläche und der Tubulieingänge mit Freilegung des Kollagen-netzwerkes, welches das Dentin durchzieht.
- Applikation eines hydrophilen Primers zum Aufbau einer sogenannten Hybridschicht; der Primer diffundiert auch in die freigelegten Tubuli und füllt diese aus, wobei nur im Tubuluseingangstrichter ebenfalls die Hybridschicht entsteht. Als Hybridschicht wird das vom Primer durchdrungene Kollagen-netzwerk bezeichnet.
- Applikation eines Adhäsivs, das sich mit dem Primer vermischt und che-

**KERR OptiBond FL, Prodigy und OptiGuard,  
einfach wie das Einmaleins.**

# 1.2.3

**Das kompromißlose Komposit-Restaurationssystem.  
Das Resultat bewährter Kerr-Komposit-Technologie.**



## 1. OptiBond FL

- Das glasgefüllte Dentin-/Schmelz-Adhäsiv und Liner erfordern nur eine einzige Lichtpolymerisation.
- Fluoridabgabe gewährt Schutz auch unter der Restauration.

## 2. Prodigy

- Das Microhybrid-Komposit ist eine Kombination von hervorragendem Finish und optimaler Festigkeit.
- Leichtes Fließvermögen, leichte Handhabung, Applikation und Polierbarkeit.
- Erhältlich in Drehspitzen und in Unidose-Tips.



## 3. OptiGuard

- Oberflächenversiegelung für Komposit, füllt und festigt die Oberfläche gegen vorzeitige Abrasion, Randspalten und Verfärbung und verbessert die Langzeitästhetik.
- Verstärkte Fluoridabgabe zum Schutz oberhalb der Restauration.

... IMMER  
ETWAS  
BESONDERES!

# KERR®

Kerr GmbH · Liststraße 28 · 76185 Karlsruhe · Tel. 07 21/95 56 70 · Fax 07 21/9 55 67 52

mische Bindungen eingehen kann, da es sowohl hydrophile als auch hydrophobe Eigenschaften besitzt, und somit das Bindeglied zum anschließend applizierten Komposit darstellt

Nach einer Konditionierung der Dentinoberfläche, bei der die Schmierschicht entweder entfernt oder modifiziert wird, erfolgt also die Applikation eines hydrophilen Monomers, auch Primer genannt. Dieses Monomer ist in der Lage, aufgrund seines hydrophilen Charakters in das demineralisierte Dentin einzudringen und eine Vernetzung mit dem Kollagenetzwerk einzugehen. Dieses Netzwerk wird durch das Herauslösen der Hydroxylapatitkristalle bei der schonenden Ätzung des Dentins freigelegt. Dabei kann es oberflächlich kollabieren, wodurch eine Penetration des Primers erschwert wird. Eine exzessive Austrocknung des Dentins nach einer Konditionierung führt ebenfalls zu einem Verkleben der Kollagenfasern, denn das Wasser in den Zwischenräumen des Netzwerkes verhindert, solange es vorhanden ist, ein Zusammenfallen. Die Diffusion des hydrophilen Monomers in das kollagene Netzwerk ist Voraussetzung für eine stabile Dentinhaftung. Nach der Aushärtung des Monomers kommt es zur Ausbildung der sogenannten Hybridschicht, einer Mischung aus polymerisiertem Monomer mit Kollagenfasern und damit zur mikromechanischen Verankerung im Dentin. Durch die Durchmischung des Dentinhaftmittels mit Kollagenfasern ändert sich der Elastizitätsmodul des Monomers, so daß eine Art „elastische“ Schicht entsteht, die zum Teil in Abhängigkeit von ihrer Schichtdicke die Kräfte

der Polymerisationsschrumpfung des Komposits auffangen kann.

In den verschiedenen Dentinhaftmittelsystemen sind die Konditionierung des Dentins und die Primer-Applikation so aufeinander abgestimmt worden, daß eine Penetration des Primers bis in mineralisierte Dentinbereiche erreicht werden kann. Lösungsmittel, wie z.B. Azeton, helfen dabei, indem sie die Oberflächenspannung und den Dampfdruck des Wassers im feuchten Kollagenetzwerk ändern und somit dem Wasser in die Tiefe des Netzwerkes „nachjagen“.

Nach der Vorbehandlung des Dentins mit einem Primer bedarf es noch der Applikation eines Adhäsivs, das die Verbindung des hydrophilen Monomers mit dem hydrophoben Komposit ermöglicht, also hydrophile und hydrophobe (aliphatische) Eigenschaften besitzen muß. Dieses Adhäsiv vermischt und verbindet sich mit dem zuvor applizierten Primer und muß vor der Applikation des Kompositmaterials ausgehärtet sein. Auf diese Weise kann das Dentinhaftmittel seine Haftung aufbauen, bevor die Kräfte der Polymerisationsschrumpfung des Kompositmaterials die Kontaktflächen zum Dentin einer Zugbelastung aussetzen. Daher ist die ausreichende Aushärtung des Dentinhaftmittels vor dem Aufbringen des Komposits so entscheidend.

### **Übersicht marktüblicher Dentinhaftmittelsysteme**

Bei einer Kombination von Schmelz und Dentin am Füllungsrand, wie es an typi-

schen Klasse-V Kavitäten der Fall ist, sind folgende Arbeitsschritte nötig:

- Schmelzätzung
- Dentinkonditionierung
- Dentinpriming (Applikation eines hydrophilen Monomers)
- Applikation eines Dentinadhäsivs (Verbindung von hydrophilem Monomer mit dem hydrophoben Komposit) und
- Applikation eines Schmelzadhäsivs (Ausnutzung des Ätzmusters zur mikromechanischen Retention mit einem hydrophoben Versiegler).

Diese Arbeitsschritte werden von den verschiedenen Dentinhaftmittel - Systemen in unterschiedlichem Maße ausgefüllt.

Aus der Tabelle 1 ist erkennbar, daß eine Tendenz besteht, die Dentinhaftmittel-Systeme zu vereinfachen, indem mehrere Arbeitsschritte von einer Komponente des Systems übernommen wird.

Dabei lassen sich einzelne Gruppen zusammenfassen.

Die Materialien *A.R.T. Bond (Coltene)*, *Contact Plus (Degussa)*, *Denthesive 11 (Kulzer)*, *Ecusit (DMG)*, *Probond (Dentsply)* und *Syntac (Vivadent)* sind dadurch charakterisiert, daß sie sogenannte selbstkonditionierende Primer beinhalten, die Dentin-Konditionierung und Dentin-Priming in einem Arbeitsgang erledigen.

Die Dentinhaftmittel *Gluma CPS (Heraeus-Bayer)*, *Optibond FL (Kerr)* und *Scotchbond Multi Purpose (3M)* gehören in die Gruppe von Dentinhaftmitteln, die eine gleichzeitige Konditionierung von Schmelz und Dentin ermöglichen. Diese Arbeitsweise, bei der Schmelz und Dentin im selben Arbeitsgang geätzt werden, wird **Total-Ätz-Technik** genannt. Ein Ätzmittel muß im Schmelz ein deutliches Ätzmuster, erkennbar an einer milchig-trüben Oberfläche, erzielen, darf

Schmelz-konditionierung	Dentin-konditionierung	Dentin-Priming	Dentin-Adhäsiv	Schmelz-adhäsiv	
					Syntac
					A.R.T. Bond Denthesive II Ecusit Probond Contact Plus
					All Bond 2 Optibond FL Scotchbond MP
					Gluma CPS
					Prime & Bond 2.0
					Compoglass SCA Dyract PSA Solist

Tabelle 1  
Übersicht Dentin-  
haftmittelsysteme

gleichzeitig aber nicht aggressiv auf das Dentin wirken, um dessen Kollagenetzwerk nicht zu zerstören. Deshalb wurden schwächere Säuren eingesetzt, bei denen allerdings das Resultat der Schmelzätzung nicht deutlich genug erkennbar war. So kommt in den Produkten der oben genannten Gruppe jetzt 20 bis 37%ige Phosphorsäure zum Einsatz. Zur Schonung des Kollagens im Dentin werden sie nur kurzzeitig (15 bis 30 s) auf dem Dentin eingesetzt.

War es bei der Einführung der Schmelz-Ätz-Technik bereits schwierig, die emotionalen Widerstände gegen die Applikation einer starken Säure auf gesunde Zahnhartsubstanz zu überwinden, so ist die Hemmung, nun Säuren sogar auf freiliegende Dentinbereiche zu applizieren, verständlicherweise mindestens ebenso groß. Inzwischen haben allerdings viele Untersuchungen gezeigt, daß zumindest für eine gesunde Pulpa nicht die Säure ein Problem darstellt, sondern die Mikroorganismen, die über die eröffneten Dentinkanälchen zur Pulpa vordringen können. Die applizierte Säure wird durch das Hydroxylapatit abgepuffert und durch den ausströmenden Dentinliquor verdünnt. Daher besteht die entscheidende Aufgabe nach einer Dentinätzung darin, eine randdichte Füllung zu applizieren. Dies kann nur bei korrekter Anwendung aller Arbeitsschritte der Dentinhaftmittelsysteme erfolgen.

Wie in der Tabelle 1 dargestellt, geht die Weiterentwicklung der Dentinhaftmittelsysteme in Richtung der Ein-Komponenten-Systeme, so daß keine Mischvorgänge mehr nötig werden, wie es bei

wenigen Systemen (*A.R.T Bond und Dentesive 11*) noch der Fall ist. Außerdem wird die Verwechslungsgefahr von einzelnen Komponenten oder die Vertauschung der Reihenfolge beim Anreichen in der praktischen Anwendung verringert. Diese Entwicklung wurde sicherlich durch das Angebot einer neuen Materialgruppe, der Kompomere, gefördert.

Diese werden so bezeichnet als Ausdruck der Mischung von Komposit und Glasionomerezement und umfassen die Produkte *Dyract (Dentsply)*, *Compoglass (Vivadent)* und *Luxat (DMG)*. Kompomere bestehen aus einer Kompositmatrix, dessen Grundbaustein mit Carboxylgruppen modifiziert wurde und Füllstoffen in Form von Gläsern, die aus der Glasionomertechnologie stammen. Sie sind also genau genommen eher als fluoridabgebende hydrophile Kompositmaterialien mit schlechterer Oberflächeneigenschaft und geringerer Abrasionsfestigkeit einzuschätzen.

Während beim klassischen Glasionomerezement eine Haftung zur Zahnhartsubstanz noch über eine Ionenbindung zwischen den Carboxylatgruppen und dem Calcium möglich ist, so nimmt diese Eigenschaft durch den geringeren Anteil von Carboxylatgruppen in den Kompomeren weiter ab. Deshalb ist eine Haftung dieser Materialgruppe an den Kavitätenwänden nur durch die vorherige Applikation eines Adhäsivs zu erreichen. Diese können bei den angebotenen Kompomeren als „selbstkonditionierende und selbstprimende Adhäsive“ bezeichnet werden. Die Produkte *Dyract PSA*, *Compoglass SCA* und *Solist* sind

Zusammenkommen ist ein  
Zusammenbleiben ist ein  
Zusammenarbeiten ist ein

( Henry Ford I.)

*Beginn  
Fortschritt  
Erfolg*

BERND  
LORENZ  
DENTAL  
TECHNIK

WALDFRIEDHOFSTR. 15/II  
81377 MÜNCHEN  
TELEFON 089 715588  
TELEFAX 089 715550

Haftmittelsysteme, bei denen die Schmelz- und Dentinkonditionierung, das Dentin-Priming und das Adhäsiv durch eine einzige Komponente abgedeckt werden. Sie kommen allerdings erst durch zweimalige Applikation zur vollen Wirkung. Untersuchungen haben außerdem gezeigt, daß eine Schmelzätzung die Haftung von *Dyract* signifikant erhöht. Somit ist es zur Erzielung dauerhafter ästhetisch zufriedenstellender Füllungsrande im Schmelz durchaus sinnvoll, eine Schmelzätzung als zusätzlichen Arbeitsschritt durchzuführen.

Die Ein-Komponenten-Systeme werden in Zukunft sicherlich auch in Kombination mit Kompositmaterialien angeboten werden. Die Produkte *Prime & Bond 2.0 (Dentsply)* und *Solist (DMG)* sind bereits zur Verwendung in Kombination mit ihren jeweiligen Kompositmaterialien TPH Spectrum (*Dentsply*) und *Ecusit (DMG)* vorgesehen. Es wird nur eine Frage der Zeit sein, bis weitere Hersteller ihre Dentinhaftmittelsysteme auf eine Komponente beschränken.

### **Auswahlkriterien für Dentinhaftmittelsysteme**

Es besteht ein großes Angebot an verschiedenen praxisreifen Dentinhaftmittelsystemen. Kriterien für die Auswahl eines Dentinhaftmittels sind

- die Biokompatibilität, also die Verträglichkeit mit der Pulpa,
- die Wirksamkeit, also die Fähigkeit, eine Verbindung zwischen Dentin und Füllungsmaterial herzustellen,
- die Anwenderfreundlichkeit, also die

Anzahl der Einzelkomponenten, der Mischvorgänge sowie der Arbeitsschritte, und

- klinische Erfahrungen.

Bezüglich der Biokompatibilität sind alle auf dem Markt angebotenen Materialien überprüft worden. Sie sind sogar bei einem Einsatz zur direkten Überkappung erfolgreich getestet worden, solange sie in Kombination mit randdichten Füllungen appliziert wurden. Wie bereits oben erwähnt, ist die Pulpafähigung von der Fähigkeit eines Materials abhängig, die Pulpa und Dentintubuli vor einem Zutritt von Bakterien zu schützen.

Die Überprüfung der Wirksamkeit von Dentinhaftmittelsystemen kann durch Schwerkraftversuche an Kompositzylindern erfolgen, die auf einer Dentinoberfläche zur Haftung gebracht wurden, oder durch Farbstoffpenetrationstests sowie durch morphologische Untersuchungen an Füllungen, die unter Verwendung des jeweiligen Haftsystems gelegt wurden. Die Ergebnisse eigener In-vitro Untersuchungen decken sich mit den Resultaten anderer Untersucher, die mit verschiedenen Verfahren ebenfalls zu dem Schluß kommen, daß die zur Zeit auf dem Markt angebotenen Materialien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit als gleichwertig einzuschätzen sind. Da also bezüglich der Wirksamkeit keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Systemen bestehen, fällt es schwer, ein einziges Dentinhaftmittel zu empfehlen. Es müssen somit weitere Aspekte zur Auswahl für die Praxis berücksichtigt werden. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die einfache Handhabung. Waren bei den ersten Dentin-

haftmitteln mehrere Schritte nötig, bei denen Flüssigkeiten appliziert wurden, die zuvor erst angemischt werden mußten, so zeichnet sich deutlich ein Trend zur Vereinfachung der Anwendung ab. In der Tabelle 2 sind für die gängigen Produkte die Anzahl der Arbeitsschritte und die benötigte Zeit zur Applikation der Materialien darge-

eingesetzten Lichtgeräte nicht mehr alle mit absoluter Sicherheit ihre volle Intensität entfalten. In diesem Zusammenhang sei empfohlen, die Lichtgeräte regelmäßig auf ihre volle Funktionstüchtigkeit zu überprüfen.

Beim Vergleich der Arbeitszeiten wird deutlich, daß selbst bei den neuesten

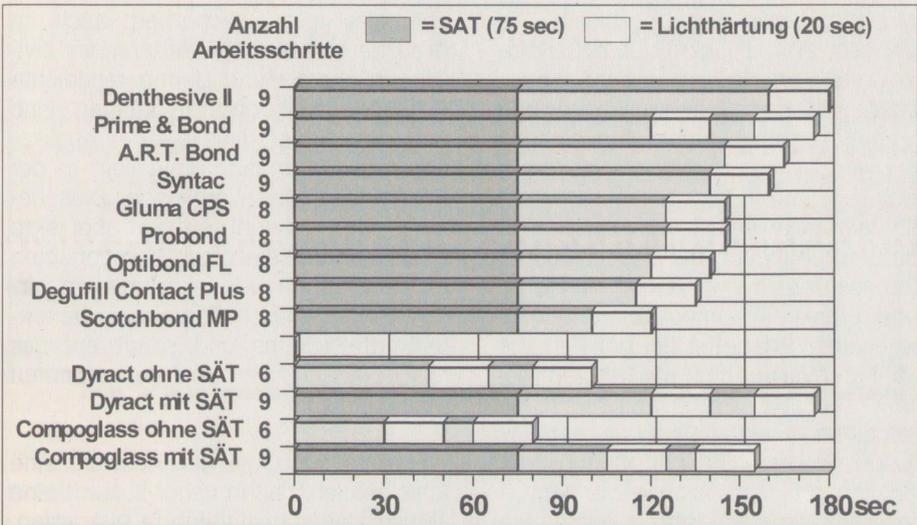


Tabelle 2 Übersicht Arbeitszeiten verschiedener Dentinhaftmittelsysteme

stellt. Dazu sind, um einen fairen Vergleich zu ermöglichen, die Zeiten für die Schmelzätzung mit 75 s und die Zeiten der Lichthärtung mit 20 s für alle Systeme gleichgesetzt worden. Einige Hersteller geben in ihren Arbeitsanleitungen durchaus auch kürzere Zeiten der Lichthärtung an. Da allerdings die Polymerisation des Adhäsivs, wie bereits erwähnt, von großer Bedeutung ist, sind kürzere Lichthärtungszeiten skeptisch zu betrachten, vor allem vor dem Hintergrund, daß die in den Praxen

Entwicklungen keine bedeutenden Unterschiede bezüglich der Anzahl der Arbeitsschritte und der Arbeitszeiten bestehen. Somit kommt bei der Auswahl eines Dentinhaftmittels der Aspekt der Anzahl der einzelnen Komponenten durchaus zum Tragen. Die Fehlerquelle, die einzelnen Komponenten nicht im richtigen Verhältnis oder gar die falschen Komponenten miteinander zu mischen oder die Komponenten nicht in der korrekten Reihenfolge zu applizieren, wird durch nur noch eine vorhan-

dene Komponente verständlicherweise ausgeschaltet. Zur Zeit liegen allerdings noch keine klinischen Langzeitergebnisse vor, so daß eine dauerhafte Wirkung der Dentinhaftung mit solchen Ein-Komponenten-Systemen nicht gesichert ist.

Wenn in den Vergleich der Arbeitszeiten die Kompomere mit einbezogen werden, kann deren Vorteil bezüglich einer schnelleren Applikation durchaus infrage gestellt werden, wenn die Schmelz-Ätz-Technik, um sicherere Randdichtigkeiten im Schmelz zu erzielen, einbezogen wird.

Ein weiterer Aspekt bei der Auswahl ist die Kompatibilität mit verschiedenen Kompositmaterialien. Häufig hat sich in einer Praxis ein Kompositmaterial infolge eigener Erfahrung bei der Farbauswahl und Vertrautheit mit der Verarbeitung bewährt. Grundsätzlich ist die Kombination eines Dentinhaftmittelsystems mit verschiedenen Kompositmaterialien möglich, solange die Anwendung des Dentinhaftmittels konsequent bis zur Applikation des hydrophoben bzw. aliphatischen Monomers eingehalten wird. Es können heute alle Feinkornhybrid-Kompositmaterialien für den Frontzahnbereich als gleichwertig eingeschätzt werden. Zumindest gibt es keine wissenschaftlichen Begründungen zur Bevorzugung eines Materials. Somit ist die Auswahl eines Komposits eher eine Frage der eigenen Vorlieben bezüglich Konsistenz, Farbauswahl, Vertrautheit und eigener Erfahrung. Wer also in seiner Entscheidung für ein Dentinhaftmittel konsequent in einer Herstellerkette verbleiben will, kann die

Entscheidung für ein Dentinhaftmittel vom Kompositmaterial abhängig machen.

Weitere Aspekte bei der Auswahl von Dentinhaftmittelsystemen sind in der Tabelle 3 zusammengestellt. Die Vorteile der Total-Ätz-Technik liegen, wie bereits dargestellt, nicht nur in der Vereinfachung der Arbeitsschritte, sondern ebenfalls in der Sicherheit, auch im Grenzbereich des Kavitätenrandes zwischen Schmelz und Dentin randdichte Füllungen applizieren zu können. Eine mögliche Fehlerquelle bei der Applikation von Dentinhaftmitteln liegt in der Anzahl von Mischvorgängen. Dies bezieht sich sowohl auf die korrekte Dosierung der einzelnen Komponenten als auch auf die Verwechslung von verschiedenen Fläschchen eines Dentinhaftmittelsystems und somit auf das falsche Vermischen von Komponenten miteinander.

Weiterhin kann bei der Auswahl eine Rolle spielen, daß in naher Zukunft eine ähnliche emotional geführte Diskussion, wie wir sie beim Amalgam erlebt haben, über das Glutaraldehyd entfacht werden könnte. Auch wenn es bisher keine wissenschaftlichen Beweise für eine schädigende Wirkung von Glutaraldehyd gibt, so kann leider diese Diskussion nicht ausgeschlossen werden.

Ergebnisse klinischer Untersuchungen mit verschiedenen Dentinhaftmittelsystemen sind in umfangreichem Maße publiziert worden. Verständlicherweise liegen jedoch gerade von Füllungen, die unter Verwendung von Dentinhaftmitteln der neuesten Generation gelegt

wurden, keine Langzeitergebnisse vor. Zu empfehlen für die Praxis sind Materialien, mit denen die Total-Ätz-Technik durchführbar ist, die wenige Komponenten besitzen und möglichst keine Mischvorgänge erfordern.

sätzlich, daß die Zahnhartsubstanz erst durch die Konditionierung mit Säuren oder durch den Einsatz von sauren Primern für eine bessere Benetzbarkeit vorbereitet werden muß. Jeder Speichelkontakt führt daher zu einer Ver-

	Total-Ätz Technik	Glutar- aldehyd	Anzahl Komponenten	Misch- vorgänge
Denthesive II			3	1
Syntac		!	3	
Probond		!	2	
Gluma CPS	++	!	2	
A.R.T. Bond			3	1
Contact Plus			2	
Optibond FL	++		2	
Scotchbond MP	++		2	
Prime & Bond	++		1	

Tabelle 3 Übersicht Auswahlkriterien für Dentinhaftmittel

## Resümee

Dentinhaftmittel sind in ihrer Weiterentwicklung ein wichtiger Teilaspekt für die Anwendung der adhäsiven Techniken in der Zahnmedizin. Sie bieten uns die Möglichkeit, zur Rekonstruktion verlorengegangener Zahnhartsubstanz eine Haftung auch am, oder besser: im Dentin aufzubauen. Erfolgreich können solche Anwendungen nur sein, wenn die Dentinhaftmittelsysteme korrekt eingesetzt werden. Gerade dazu ist das Verständnis der Haftmechanismen nötig, um auch deren Grenzen in der täglichen Praxis erkennen zu können. Für alle Dentinhaftmittelsysteme gilt grund-

änderung der Benetzbarkeit bis hin zum Versagen des Haftmechanismus. Auf welche Weise eine Trockenlegung gewährleistet wird, ob mit Kofferdam oder -wesentlich aufwendiger und unsicherer- mit Watterollen, ist nicht entscheidend, nur die Kontamination mit Speichel, Blut oder Sulkusfluid muß eindeutig verhindert werden.

Die Auswertung von Laboruntersuchungen und erste klinische Tests zeigen, daß durchaus wirksame Dentinhaftmittelsysteme entwickelt worden sind. Die unterschiedliche Ausgangssituation im Dentin, nämlich sklerosiertes Dentin an freiliegenden Zahnhälsen, frisch präpa-

326  
030 45 92 284

riertes Dentin am Kavitätenboden oder das Dentin nach einer Entfernung der Karies, stellen allerdings noch Unsicherheitsfaktoren dar. Auch wenn noch nicht alle Probleme gelöst sind, so bieten uns die neueren Generationen von

Dentinhaftmitteln doch viele neue Anwendungsbereiche für den Einsatz der adhäsiven Füllungstechnik.

OA Dr. Uwe Blunck,  
Universitätsklinikum Charité, Berlin

### Indikationsliste für Einzelzahnversorgungen ( unter Berücksichtigung der Empfehlungen des BfArM )

Dentition	Kav.-Klasse	sonstige Rahmenbedingungen	Material	Bedingungen	Anmerkungen
Milchzahn	I		1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT	
Milchzahn	II	bis zum 6. Lebensjahr zweiflächige Kavität	1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	Falls Trockenlegung nur kurzzeitig möglich: 1. Kompomer, 2. Komposit
Milchzahn	II	ab dem 6. Lebensjahr zweiflächige Kavität	1. Amalgam 2. Komposit	bei 2.: perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	Falls Trockenlegung nur kurzzeitig möglich: 2. Kompomer
Milchzahn	II	bis zum 6. Lebensjahr dreiflächige Kavität	1. Konfektionskrone 2. Komposit	bei 2.: perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	2.: nur als Langzeitprovisorium bei bevorstehendem Zahnwechsel Falls Trockenlegung nur kurzzeitig möglich: 2. Kompomer
Milchzahn	II	ab dem 6. Lebensjahr dreiflächige Kavität	1. Konfektionskrone 2. Amalgam		
Milchzahn	II	vier- und mehrflächige Kavität	Konfektionskrone		
Milchzahn	III		1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	Falls Trockenlegung nur kurzzeitig möglich: 1. Kompomer, 2. Komposit
Milchzahn	IV		1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	Falls Trockenlegung nur kurzzeitig möglich: 1. Kompomer, 2. Komposit
Milchzahn	V		1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	Falls Trockenlegung nur kurzzeitig möglich: 1. Kompomer, 2. Komposit
Bleibender Zahn	I		1. Amalgam 2. Komposit	bei 2.: perfekte Trockenlegung, SAT	
Bleibender Zahn	II	zweiflächige Kavität (klein)	1. Amalgam 2. Komposit	bei 2.: perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	
Bleibender Zahn	II	zweiflächige Kavität (groß)	1. Amalgam 2. Inlay		
Bleibender Zahn	II	drei- und mehrflächige Kavität	1. Amalgam 2. Inlay/Overlay/ Teilkrone/Krone		Overlay (Höckerüberkuppe-lung), wenn Defekt > 1/2 der Interkuspaldistanz, Alternative: Adhäsivinlay
Bleibender Zahn	III		1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	
Bleibender Zahn	IV		Komposit	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	
Bleibender Zahn	V		1. Komposit 2. Kompomer	perfekte Trockenlegung, SAT, falls Kav.-Rand im Dentin: DHM	

**Erläuterungen:** • perfekte Trockenlegung: jegliche Verhinderung von Speichelzutritt durch Kofferdam oder Watterollen • SAT: Schmelz-Ätz-Technik • DHM: Dentinhaftmittel • Die Reihenfolge der Materialempfehlungen entspricht einer Prioritätenliste

Dr. Stefan Zimmer Universitätsklinikum Charité Berlin

# Service

WIRD BEI UNS GROSS GESCHRIEBEN!

Für Ihre Praxis bieten wir Ihnen  
**TOP-KUNDENDIENST** durch laufend  
geschultes Personal.

**REPARATUREN** auch für Altgeräte  
sämtlicher Hersteller, schnell  
und preiswert – unsere Stärke!

**Ihr Vorteil – unser Know-how!**



**Gebrüder Genal GmbH**

DENTALMEDIZINISCHE GROSSHANDLUNG  
RIEDENER WEG 66 · 82319 STARNBERG



**0 81 51/30 05**

**Fax 0 81 51/30 06**

## Ein Beitrag zur Senkung der Praxiskosten: Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis

*Nach der Beschreibung der räumlichen und baulichen Voraussetzungen für eine Zahnarztpraxis im forum 52 geht es hier in Teil 2 um Absaugung und Abwasser.*

### **Vakuum, Saugsysteme, Amalgamabscheidung, Abwasser**

Zum besseren Verständnis dieser Themenbereiche sei zunächst ein Rückblick auf die historische Entwicklung gestattet:

Das niedrigtourige Arbeiten mit Treibbohrmaschine, später mit Doriot-Gestänge, erforderte keine Kühlung. Gelegentlich hat der Behandler das Präparationsfeld mit einer Wasserspritze gereinigt, der Patient durfte danach ausspülen.

Mit den schneller laufenden Handstücken, z. B. „Imperator“, führte man gleichzeitig auch Schlauchverbindungen für Kühlwasser ein. Es entstand dabei kein Spraynebel, sondern das Wasser sammelte sich auf dem Mundboden (sitzende Behandlungsweise!). Hierbei wurde erstmals eine Absaugung erforderlich, die aber kein Wasser-Luft-Gemisch, sondern ausschließlich Flüssigkeit aus dem Patientenmund zu entfernen hatte. Dies geschah mit wasserstrahlgetriebenen Speichelziehern, die keinen nennenswerten Saugstrom hervorriefen, wohl aber ein kräftiges Va-

kuum aufbauen konnten. Seit der Einführung der Turbinen wurde ein kräftiger Saugstrom erforderlich, um den Spraynebel abzusaugen. Zunächst baute man dafür in die Behandlungsgeräte kleine Staubsaugermotoren ein, denen jeweils Sekrettöpfe für die Separation Abwasser / Luft vorgeschaltet waren. Täglich wurden diese Sekrettöpfe vom Hilfspersonal in die Toiletten geleert. Hätte man sie stattdessen in große Sedimentiergefäße geschüttet, wäre damals bereits eine Amalgamabscheidung mit 100% Wirkungsgrad eingerichtet gewesen. Diese „unsäglichen“ Sekrettöpfe waren aber natürlich der Schrecken aller Helferinnen, auch wurde ja bei dieser dezentralen Vakuumerzeugung die hygienisch bedenkliche Abluft in die Behandlungsräume geblasen.

Als logischer nächster Schritt wurde also die zentrale Naßabsaugung eingeführt, mit einem zentralen Sekrettopf für Separation ( und eigentlich auch Abscheidung!) und einem stärkeren zentralen Saugmotor im Geräteraum (=technische Zentrale) der Praxis. Da die Hantierung auch dieser Anordnung Unannehmlichkeiten beinhaltete, suchte man den Sekrettopf abzuschaffen: Durch Verwendung zentraler Wasserringpumpen in der Feuchtabsaugung konnte die vorgeschaltete Separation wegfallen, da diese Geräte (bekanntester Vertreter: „Vacumaire“) das verunreinigte Abwasser

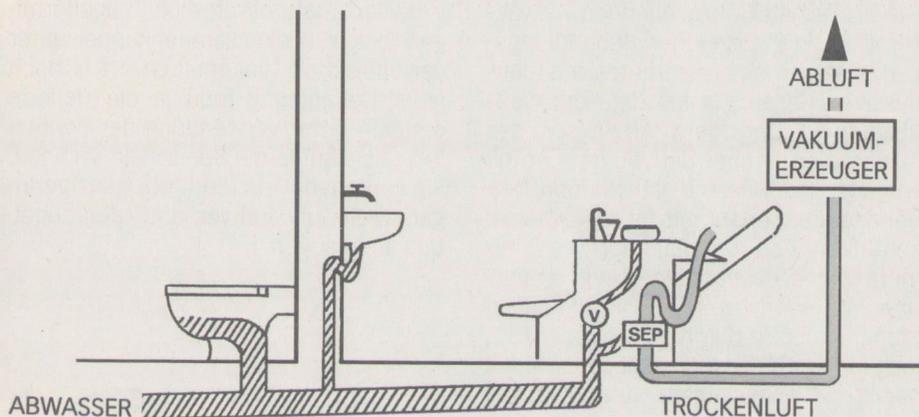
direkt in die Entwässerungsanlage weierpumpen konnten. Selten mußte dabei der „Mini-Abscheider“, ein Marmeladenglas mit Sieb, geleert und gereinigt werden.

### Trockenabsaugung mit dezentraler Separation und Amalgam-Abscheidung

Dann kam der vermeintliche Durchbruch: Man installierte bei jedem Behandlungsplatz, also dezentral, Separationen in den Saugweg, und das gesamte verunreinigte Abwasser wurde sogleich der allgemeinen Sanitär-Entwässerungsanlage zugeführt. Hiermit war es für zentrale Amalgamabscheide-

Umwidmung zur Feuchtabsaugung nicht mehr erlaubten.

Lange - zu lange - hat die Dentalindustrie axiomartig an dieser Anordnung festgehalten, obwohl bekannt war, daß defekte Separationen die häufigste Ursache für Kundendienstesätze waren. Betrachtet man im Geräteraum dieser Praxen die Umgebung des Saugmotors mit seinem „Kondensatabscheider“, findet man fast regelmäßig an der Decke und am Fußboden Spuren eingetrockneten Abwassers - stumme Zeugen von Separationsdefekten. Daher sind die Trockensaugrohre innen auch keineswegs sauber: Mitgerissene klebrige Feuchtigkeitsanteile setzen sich an den Wandungen



Dezentrale Separation / Vereinigte Abwasser

maßnahmen nicht mehr zugriffsfähig. Erschwerend kommt hinzu, daß die Saugleitungen, wenn denn die Separationen an den Behandlungsplätzen funktionierten, nur Trockenluft zu befördern hatten und nicht selten von der räumlichen Anordnung, aber auch vom verwendeten Material her eine spätere

fest, trocken im Luftstrom und können bemerkenswerte Barrieren bilden.

Nur durch das Festhalten an dieser Anordnung standen die Praxisinhaber später oft in der Sackgasse, zur Erfüllung der Amalgamabscheideverordnung in jeden Behandlungsplatz eine Zentrifuge

einbauen zu müssen, wollten sie bauliche Veränderungen wie Neuinstallation von Naßabsaugrohren vermeiden. Seit her sind die häufigsten Ursachen für Kundendienstesätze die Defekte an Zentrifugalabscheidern.

### Naßabsaugung mit zentraler Separation und Amalgamabscheidung

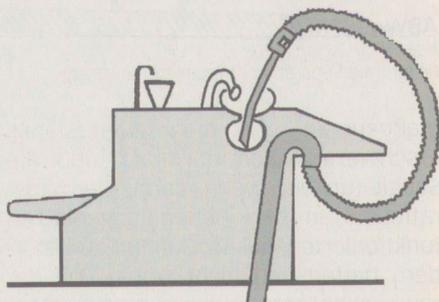
Formal betrachtet ist diese Installationsform nichts anderes als der „Rückschritt“ zum zentralen Sekrettopf, jedoch wird hierbei eine ordnungsgemäße (und möglichst wartungsarme) Amalgamabscheidung in den zentralen Naßabsaugweg integriert.

Die als belastet anzusehenden Abwasseranteile zahnärztlicher Behandlungsplätze setzen sich zusammen aus dem flüssigen Absauggut im Zuge der Naßabsaugung und dem Abwasser der Speischalen, wobei der letztere Anteil weitaus überwiegend ist. Im üblichen Behandlungsverlauf gilt für das Abwasseraufkommen die Faustformel: Eine Viertelstunde Behandlungstätigkeit verursacht einen Liter Abwasser. Diese Menge entsteht durch eine Schalenspülung (0,5 l), einen Mundspülbecher (0,2 l) sowie die abgesaugten Kühl- und Betriebswassermengen von Turbine, von den Bohrantrieben, vom Zahnsteinentfernungsgerät und von der Mehrfunktionsspritze, alles zusammen also etwa 1 Liter.

Insgesamt hat es sich als besonders sinnvoll erwiesen, dieses Gesamtvolumen durch die Naßabsaugung zentral im Saugweg zu separieren und zu reinigen. Dazu müssen in oder bei den Be-

handlungsplätzen die Abflüsse der Speischalen über ein Ventil in den Saugweg eingeleitet werden, denn bei offenen Verbindungen würde aus den Speischalen ein nicht tolerierbares Sauggeräusch jeden Behandlungsschritt begleiten.

Bei offenen, gut zugänglichen Wassereinheiten kann hierzu ein manueller Absperrhahn (Kugelventil) eingebaut werden. Einfache Elektromagnetventile sind untauglich, da sie bei den regelmäßig zu verarbeitenden Verunreinigungen im Abwasser kurzfristig defekt werden. Größte technische Unabhängigkeit erzielt man mit einer zugegebenermaßen recht primitiven Version: Man legt den Abfluß der Speischale still und installiert stattdessen einen kugelförmigen Tank, z. B. eine Lampenkuppel, unter der Speischale (Volumen ca. 1,5 l). Nach jeder Behandlung muß ja die Helferlin ohnehin unter Verwendung der benutzten Saugkanüle die Speischale reinigen. Sie kann dabei auch mit nur ganz geringem Mehraufwand von oben den Kugeltank leersaugen.



Primitiv-Version

# Jod und Fluor wichtige Bausteine für unsere Gesundheit



So machen Sie es richtig



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz, Jod ist genauso wichtig wie Vitamine. Jod und Fluor sind für unsere Gesundheit wichtig.

*Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.*

**20 Jahre**   
fortschrittliche Zahntechnik  
zum Wohle der Patienten

**SCHMID  
UND  
PAULA**  **DENTAL  
LABOR**

**Gesellschafter:**

**B. Paula, B. Hoffmann, W. Lipinski**

**Schmid u. Paula oHG · Bruderwöhrdstraße 10  
93055 Regensburg · Tel. 0941 / 791521**



**... weil Qualität  
auf Dauer einfach preiswerter ist!**

Obwohl es sachlich gegen diese Anordnung kaum Argumente gibt, forscht man weiter nach dem optimalen Ventil. Rein mechanische Ventile, etwa mit Auftriebskörpern, bei denen ein Verschlusszapfen an einer unteren Dichtkante abschließt, oder mit Gummimembranen, die an eine Dichtfläche gesogen werden, sind installatorisch überzeugend einfach, können aber bei größeren Verunreinigungen wiederum Dichtungsprobleme bekommen.

Seit Jahren bewährt sind die „Platzwählerventile für Feuchtabsaugung“ von Dürr oder Cattani. Man setzte sie früher dazu ein, den Saugstrom mehrerer Behandlungsplätze voneinander zu trennen; selbstverständlich sind sie auch geeignet, mehrere Saugstellen innerhalb eines Behandlungsplatzes voneinander zu trennen. Sie funktionieren elektro-pneumatisch, bedürfen also der elektrischen Ansteuerung. Sehr sinnvoll ist die Parallelschaltung mit der Speischalenspülung, doch muß hierbei geprüft werden, ob der diesbezügliche Stromkreis bei der Wassereinheit dazu genügend groß ausgelegt ist. Diese Installation sollte also nur von einem kompetenten Dentaltechniker vorgenommen werden. Werden diese Ventile betätigt, entsteht wiederum das Saugeräusch aus der Speischale, doch ist dies leicht hinzunehmen, da diese Situation fast ausschließlich beim Patientenwechsel eintritt.

Seit jetzt die Firma Dürr auch wieder die Naßabsaugung propagiert, steht von dort aus ein Speischal Ventil zur Verfügung, das zwar technisch aufwendig, aber funktionssicher zu sein scheint,

und dabei treten keine Saugeräusche auf. Man kann daher jetzt bei jedem Depot und für jede Wassereinheit eine Umrüstung auf Naßabsaugung mit Einleitung des Abflusses der Speischale in das Saugsystem bekommen.

All diese Gedanken müssen sich die „Hinterkopfler“ nicht machen. Wer seinen Patienten den Verzicht auf die Speischale zumuten kann, braucht keine Ventile. Dennoch ist wegen des stark verminderten Abwasseraufkommens in solchen Praxen die Sauberkeit im Saugrohrverlauf bedroht: Man sollte sich dabei angewöhnen, nach jedem Patienten ein Glas Wasser durchzusaugen.

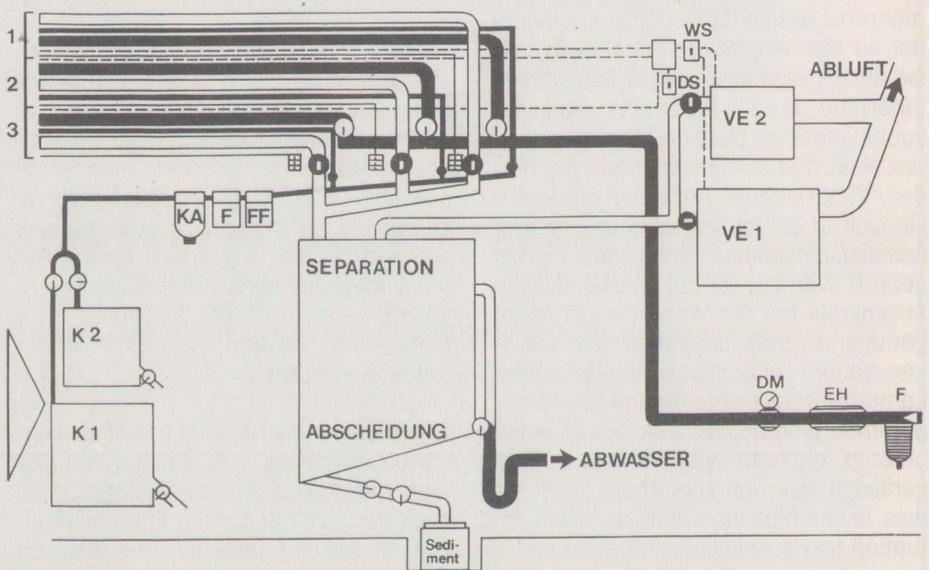
Die Installation von Platzwählerventilen zur Trennung der Behandlungsplätze voneinander, auch Selektivablagen sind dann entbehrlich, wenn man gute manuelle Kanülenverschlüsse an allen Saugschläuchen anbringt. Es kann zwar in Zimmer 2 der Schlauch etwas zucken, wenn in Zimmer 1 gearbeitet wird; Geräuschbelästigungen wird es aber nicht geben, wenn man die Schläuche (Nur Meterware kaufen!) mit ein wenig Silikon eindichtet.

Allgemein ist die Hygiene in Naßabsaugrohren durchweg gut, da dort mit der Kraft des Vakuumerzeugers regelmäßig Wasseranteile mit körperhaften Beimengungen die Rohrwände wie mit Scheuersand reinigen. Eine Verstopfungsgefahr ist in solchen Rohren kaum vorstellbar. Selbst wenn es in strömungsungünstigen tiefen Knien zu einer gewissen Sedimentation kommen sollte, wird durch die damit verbundene Einengung des Lumens die Strömungs-

geschwindigkeit dort erhöht, und Funktionseinbußen sind nicht zu befürchten.

Bei Umrüstung vorhandener Praxisinstallationen, etwa bei Umwidmung bisher vorhandener Trockensaugrohre zur Naßabsaugung, wird man meistens ein verzweigtes Rohrnetz im oder unter dem Fußboden vorfinden. Sofern dabei „Gelbstrichrohre“ verwendet wurden (Fragen Sie Ihren Installateur!), muß von einer Umwidmung abgeraten werden, bei „Rotstrich-HT-Rohren“ oder verklebten PVC-hart-Rohren bestehen wegen des Materials keine Bedenken.

Bei Praxisneugründung oder größerem Umbau mit Neuinstallation ist die Vermeidung von Verzweigungen anzustreben. Optimal sind unverzweigte Direktleitungen von jedem Behandlungsplatz zur „Technischen Zentrale“, wo sich im „Bedienungsfeld“ dieses Behandlungsplatzes auch ein Sperrhahn für die jeweilige Saugleitung befinden sollte. Diese Einzelsaugleitungen werden mit einem Innendurchmesser von nur 30 mm vorteilhaft aus PVC-hart innen bündig mit Tangit verklebt verlegt, und statt Knicken sollten nur Bögen angeordnet werden, wie bereits unter



**Gesamtinstallationsplan**

- Saugleitung
- Druckluft
- Wasser
- Strom (3-fach)
- - - Impulsstrom 24V

- 1,2,3 -Installationsstränge für Platz 1-3 (3 Stromschalter f. Unit, Wasser, Liege)
- Sperrhahn f.Vakuum,Druckluft, Wasser
- K 1, 2 - Kompressoren f. Druckluft
- KA - Kondensatabscheider extern
- F,FF - Filter, Feinstfilter

- DS, WS - Direkt-,Wechselschalter
- VE 1,2 - Vakuumzeuger
- DM - Druckminderer
- EH - Enthärter
- FFW - Feinstfilter Wasser
- Großer Pfeil links Frischluft bei K1,2

dem Konzept „Hohe Leiste“ im Teil 1 (DAZ-forum Nr. 52) dargelegt wurde.

### **Prinzipien der Vakuumerzeuger**

Zunächst zur Begrifflichkeit: Bei Einsatz einer zentralen Separation Abwasser / Luft ist das technische Prinzip der Vakuumerzeugung unerheblich. Ob eine Trockenabsaugung oder Naßabsaugung vorliegt, wird nur dadurch entschieden, welches Medium in dem betreffenden Rohrabschnitt transportiert werden soll, also nur Luft oder ein Abwasser/Luftgemisch. Bei zentraler Separation liegt im Rohrverlauf von den Behandlungsplätzen bis zur Separation stets eine Naßabsaugung vor, während die Strecke von der Separation bis zum Vakuumerzeuger stets eine Trockenabsaugung ist. Dennoch kann hier zur Evakuierung sowohl eine Trocken- als auch eine Naßabsaugmaschine verwandt werden, denn die Naßabsaugmaschine bezieht ihr obligatorisches Betriebswasser nicht etwa aus dem Sauggut, sondern aus externer Wasserzufuhr.

### **Seitenkanalverdichter, Wasserringpumpe**

Der bekannteste Vertreter dieser Gattung, die „Vacuumaire“, arbeitet in Tausenden von Praxen seit Jahrzehnten unverdrossen. Ihre Nachteile liegen im ständigen hohen Frischwasserverbrauch. Versuche, bei diesem Gerät einen Wasserumlauf zu installieren, haben sich als undurchführbar erwiesen, weil die Pumpe nicht selbstansaugend ist, also beim Betriebswasser eine zusätzliche Druckpumpe benötigt, vor allem aber, weil ihr Betriebswasser

extrem sauber sein muß, was im Umlauf auch mit Filtern nicht immer sicherzustellen ist, denn das umlaufende Wasser neigt durch den ständigen Kontakt mit kontaminierter Luft zum Verkeimen mit Flockenbildung. Andere Anbieter (z. B. Cattani) sind hier schon viel weiter, auch haben eigene Versuche mit industriellen selbstansaugenden Seitenkanalverdichtern hervorragende Ergebnisse gebracht. Dabei mußte allerdings wegen der Ableitung der Prozesswärme recht großvolumig gearbeitet werden (Umlaufspeicher mindestens 50 l).

Ein Seitenkanalverdichter produziert vom Prinzip her ein starkes Vakuum, und bewegt als Nebenprodukt recht schnell und recht viel Luft. Dies Prinzip ist also besonders dort indiziert, wo Praxen ihre technische Zentrale nicht im Untergeschoß, sondern niveaugleich mit den Praxisräumen ebenerdig einrichten mußten. Der Materialtransport in den Naßabsaugrohren funktioniert dabei auch in bergauf führenden Streckenabschnitten, solange kontinuierlicher Luftdurchsatz erfolgt. Findet aber - zumal in voluminösen, verzweigten Rohrsystemen - eine übergroße Überschwemmung statt, etwa nach schweren Blutungen oder Erbrechen der Patienten, kann die übliche Dynamik in den Rohren zusammenbrechen. Dann gelten die Gesetze der Statik, und der Vakuumerzeuger muß pro Zentimeter Förderhöhe ein Millibar Vakuumleistung erbringen, um die Wassersäule nach oben zu bewegen, bis wieder Luftdurchsatz hergestellt ist. (Erneut sei hier an das Konzept „Hohe Leiste“ erinnert) Für diese Anwendungsbereiche sind also die Seitenkanalverdichter prädestiniert; je-

denfalls sollte der Vakuumerzeuger eine Leistung von 250 Millibar bei ebenerdiger Anordnung bringen können.

### **Turbine, Gebläse (gängige Trockensaugmotoren)**

Dies sind gekapselte Hochleistungsgebläse, deren innen rotierende Lamellen - meistens aus Aluminium - sich dicht, aber nicht zu dicht an der Gehäuseinnenwand entlangbewegen. Dabei kann es vorkommen, daß bei zu großer Erwärmung des Aggregats mit thermischer Expansion der Lamellen eine

Berührung mit dem Gehäuse zur Zerstörung des Gerätes führt. Um dies zu verhindern, werden gern Nebenluftventile eingesetzt.

Dieser Gerätetyp kann also kraftvoll und schnell viel Luft bewegen, nur als Nebenprodukt baut er ein gewisses Vakuum auf, das zudem durch das Nebenluftventil auf einen Endwert beschränkt sein kann (z. B. bei Dürr auf etwa 160 Millibar), der mir als Leistungsgrenze für „ebenerdige“ Installationen nicht ausreichte. Da aber ein entsprechend beschriebener Dynamik - Kollaps im Pra-

**‘Wer hohe Qualität  
zu hohen Kosten erzielt,  
gibt nur sein Unvermögen  
an den Kunden weiter.’**

**Imai**

**Wer hohe Qualität  
zu niedrigen Kosten erzielt,  
gibt sein hervorragendes Können weiter.**

**Biodental Zahntechnik  
Tel. 0130 - 112848**

xisbetrieb extrem selten auftreten dürfte, wird man kaum ein Risiko eingehen, wenn man für den kurzen Zeitraum der Störungsbeseitigung das Nebenluftventil abdichtet.

Andere Hersteller liefern für ihre Trockensaugmaschinen Leistungsdiagramme mit, aus denen ersichtlich wird, bei welchen bewegten Luftmengen noch welches Vakuum verfügbar ist (Cattani). Dermaßen abgesichert kann man also auch eine Trockensaugmaschine für den niveaugleichen Betrieb einsetzen. Keinesfalls darf aber auf der Abluftseite durch Einengungen der Widerstand erhöht werden, da ein Wärmestau zu Leistungsverlust und Gefährdung des Aggregats führen kann.

Neuerdings werden auch andere Gerätetypen, die aus den Melkanlagen der Milchbauern bewährt sind, für die zahnärztliche Absaugung interessant. Sie sind zunächst den gekapselten Gebläsen ähnlich, nur befinden sich an den kräftigeren Lamellen noch aufgesetzte Schiebeflächen, die durch die Zentrifugalkraft bis an die Gehäuseinnenwand gedrückt werden, woran sie im Ölbad geschmiert gleiten. Sie bewegen also wie die Gebläse primär viel Luft, produzieren aber gleichzeitig durch den Abschluß an der Wandung ein ähnliches Vakuum wie die Wasserringpumpen, und sie lassen dabei nur eine vergleichbar geringe Prozesswärme entstehen. Der Nachteil liegt - wie bei fast allen Schritten zur technischen Unabhängigkeit - im leicht erhöhten Bedienungsaufwand. Hier muß also gelegentlich ein Ölwechsel durchgeführt und das Altöl entsorgt werden. Dennoch können

diese Pumpentypen - auch wegen des sehr interessanten Preises - für viele Praxen zu d e r Alternative werden.

Für hohe Betriebssicherheit sorgt vor allem die Installation zweier Aggregate im Bypass. Für die Impulsleitung muß daher ein Wechselschalter vorgesehen werden, ebenso empfiehlt sich dort ein zusätzlicher Direktschalter An/Aus, da manche Vakuumerzeuger diesen geräteseitig nicht beinhalten. Für die Installation muß vorab geklärt werden, woher der Impulsstrom kommt. Üblicherweise sind die Kontakte an den Schlauchablagen der Behandlungsplätze nur Unterbrecher, und der Schwachstrom muß vom Saugmotor geliefert werden. Bei industriellen oder agrarischen Fabrikaten muß der Elektriker hierzu einen Transformator für 24 Volt (Schaltstrom) anbringen sowie ein entsprechendes Schaltrelais für den Betriebsstrom. Diese Aufgaben überfordern aber einen durchschnittlich begabten Elektriker keineswegs, und seine Stunden kosten erheblich weniger als die des Dentaltechnikers. Als Notaggregat kann durchaus auch ein kräftiger Staubsauger eingesetzt werden, nur muß dieser in der freien Luft (auf dem Balkon, vor der Hintertür) plaziert werden, da er sonst die Wohlgerüche der Unterwelt im Haus verteilt. Versuche, derlei Staubsauger zu kapseln und an die Abluftführung anzuschließen, führen schnell zu bizarren Strukturen geschmolzenen Kunststoffes.

### **Prinzipien der Amalgamabscheider**

Über Sinn und Unsinn der Amalgamabscheidevorschriften mag ich nicht diskutieren. Wie so oft im Spielfeld der Politik

scheint hier die vermeintlich reiche Zahnärzteschaft zur Erbringung des Tropfens auf den heißen Stein verurteilt zu sein, während die Hg - Großbemissio-näre weitgehend ungeschoren davonkommen, andererseits ist jeder Bau-stein für eine ökologischere Gesell-schaft nicht umsonst.

Als die ersten Überlegungen zur Abwas-serreinigung unserer Praxen angestellt wurden, war die große Mehrheit der Praxen mit dezentralen Einzelplatzse-parationen, also mit direkter Einleitung der belasteten Abwässer in die allge-meine Entwässerungsanlage ausgerü-stet. Daher konnte man sich anfangs nichts anderes vorstellen, als das Abwasser direkt bei jedem Behand-lungsplatz zu zentrifugieren. Zentrifugen können große Wassermengen sofort in kurzer Zeit mit mäßigem Wirkungsgrad reinigen; die Vorschaltung von Puffern ist dabei problematisch, da Zentrifugen um so besser funktionieren, je feinkör-niger und in je größerer Verdünnung die Abwasserfracht eingebracht wird. Aus Puffern könnte sich aber auch eine größere Menge voredimentierten Schlammes auf einmal in die Zentrifuge entleeren, wodurch sie technisch über-fordert sein kann. Nur bei überwiegend feinstkörniger Beschickung bleiben die Zentrifugen „ausgewuchtet“, also frei von größeren Vibrationen und erhöhtem Lagerverschleiß. Als Prüfkriterien wur-den also eine überwiegend feinstkörni-ge „Standardprobe“ sowie ein Mindest-wirkungsgrad von 95% festgeschrieben, was dem Leistungsvermögen von Zen-trifugen recht genau entsprach. Übli-cherweise fragt der Dentalhandel die Zahnärzte beim Kauf eines neuen Be-

handlungsplatzes nicht: "Welche Form der Amalgamabscheidung wünschen Sie?", sondern liefert in jeder Wasser-einheit automatisch eine eingebaute Zentrifuge mit. Nur der vorinformierte Kunde fragt von sich aus nach Alternati-ven. Von der Verbreitung her ist also die dezentrale Zentrifuge mit großem Ab-stand führend. Obwohl aber die Herstel-ler sich mit technischen Überarbeitun-gen, Verbesserungen und Kulanzlei-stungen wirklich Mühe gegeben haben, trifft man selten Kollegen, die über ihre Zentrifugen nicht klagen.

Die Entsorgung des Abscheidegutes wird bei Zentrifugen oft direkt von der Herstellerfirma mitangeboten; dies be-freit zwar von Sorgen, schafft aber auch Abhängigkeiten. Inzwischen gibt es un-abhängige zugelassene Entsorgungs-betriebe, die für den Schlamm wegen des Edelmetallanteils Vergütungen an die Zahnärzte zahlen.

Zentrifugen werden im Zuge von Naß-absaugleitungen auch zentral einge-setzt. Aus Gründen der Betriebssicher-heit möchte ich dabei wie auch bei den Kompressoren und Vakuumerzeugern zu zwei Geräten im Bypass raten, denn man darf nicht den gesamten Praxis-betrieb von einem möglicherweise an-fälligen Zentralaggregat abhängig ma-chen. Vor einem illegalen Bypass direkt in die Entwässerungsanlage soll man sich hüten, da verstärkt Kontrollen der Wasserbehörden durchgeführt werden und empfindlichste Strafen drohen.

Als Sonderform der Zentrifugierung sei noch die passiv durch den Saugstrom induzierte Abwasserreinigung (System

Bereits über 800 Praxen arbeiten mit SEDAS, dem zentralen Amalgamabscheider ohne Stromanschluß, verschleißfrei und ökologisch- mit einem Wirkungsgrad von über 99,5%.

Wir  
klären das  
für  
Sie...

**SEDAS**

Dental-Geräte-Technik  
Dr. Till Ropers GmbH  
Veerenkamp 4  
21739 Dollern

Tel. 04163-4018 Fax 04163-6230

Jerzy) erwähnt. Sie funktioniert nur in Verbindung mit einer speziellen, auf Brauchwasserumlauf umgebauten Wasserringpumpe. Schwierig ist dabei eigentlich nur die Einstellung der gewünschten Saugkraft, je nachdem, ob in einem, zwei oder mehreren Behandlungsräumen gleichzeitig gearbeitet wird.

Filtrierung als Abscheideprinzip ist dezentral und zentral einsetzbar. Etwas bekannter ist nur das System Rasch. Filter setzen sich je nach Beschickung zu; diese Filterkästen etwa in Schuhkartongröße müssen dann komplett ausgetauscht werden. Dieser Austausch muß bei Einzelplatzfiltrierung etwa einmal im Jahr erfolgen, bei zentraler Filtrierung entsprechend öfter; dies verursacht erhebliche Folgekosten. Fachgerechte Entsorgung ist hierbei äußerst problematisch; ich weiß nicht, wie man Kiesel, Aktivkohle oder Drahtschwämme als Filterelemente reinigen will - vielleicht kommt nur kontrollierte Endlagerung in Betracht. Pfiffig gelöst ist bei diesem System die Füllstandsmeldung: Man stellt diese Filterkästen einfach auf eine dazu einjustierte Waage, die bei Überschreitung des Gewichts die entsprechende Meldung abgibt.

Sedimentation wird zur Abscheidung vor allem zentral in Verbindung mit einer Naßabsaugung eingesetzt. Hierbei wird die erforderliche Separation Abwasser / Luft entweder apparativ (Centrovac) oder durch Großvolumigkeit (Sedas) bewirkt. Diese Abscheider sind in der Startinvestition moderat und verursachen die geringsten Folgekosten. Sie sind verschleißfrei und extrem langlebig.

Ihr Wirkungsgrad ist vom Beschickungsgrad nahezu unabhängig; daher konnte hier auf die sonst bei allen Abscheidern obligatorische Alarmeinrichtung mit Notabschaltung verzichtet werden. Für die Entsorgung mit hygienefähigen Weithalsgefäßen gibt es keine Firmenbindung; es kann der günstigste Anbieter gewählt werden. Der Wirkungsgrad dieser Abscheider, die ja technisch nichts anderes darstellen als zweckmäßig geformte „Klärgruben“, ist von der Menge des zu bearbeitenden Abwassers abhängig. Bei einem realistischen Abwassertagesvolumen einer Durchschnittspraxis (etwa 35 l / Tag) liegt der Wirkungsgrad bei ca. 99,8%, unter Prüfbedingungen (etwa 100 l / Tag) bei 99,2% und unter Grenzbedingungen (etwa 300 l / Tag) noch bei ca. 96%. Puffervolumen sorgen hierbei noch für die Sicherheit, daß auch plötzlich auftretende übergroße Abwassermengen die Einhaltung des Wirkungsgrades nicht gefährden.

Diese Überlegenheit der Sedimentierer wird noch einmal drastisch erhöht, wenn zur Prüfung nicht mehr die alte deutsche „Standardprobe“ mit ihrer überwiegenden Feinstkörnigkeit herangezogen wird, sondern die realistischere Probenzusammensetzung, auf die sich ein internationaler Normierungsausschuß geeinigt hat. Wir schleifen ja nicht die ganzen alten Amalgamfüllungen zu Feinschliff weg, sondern zerteilen alte Füllungen mit Hartmetallfräsen in hantierbare Brocken. Dieses Amalgam fällt in Sedimentierern direkt nach unten, während es Zentrifugen das Leben sehr schwer macht.

Insoweit sind die „Empfehlungen“ des Deutschen Instituts für Bautechnik dringend zu aktualisieren, denn deren Statements werden durch ihre weisungsgemäße Anwendung durch die unteren Wasserbehörden zu unüberwindbarem geltendem Recht. Hierdurch sind die Sedimentierer in der Vergangenheit entscheidend benachteiligt worden; dennoch haben sich bislang 1.500 Pfiffikusse unter den Kollegen diese Zentralsysteme installieren lassen (Sedas und Centrovac zusammen).

Abflüsse werden ohne fachspezifische Besonderheiten installiert, sofern eine Naßabsaugung mit Einspeisung der Abflüsse der Speischalen in das Saugsystem vorliegt. Wenn im Einzelfall, z. B. bei intakten, nicht störanfälligen Separationen bei den Behandlungsplätzen und bei den Kriterien der Vollunterkellerung, also Zugriffsfähigkeit aller Installationen unter der Kellerdecke, eine zentrale Amalgamabscheidung über die **Abflußrohre** (vakuumfrei!) erwogen wird, so muß diese Anordnung zunächst mit der zuständigen unteren Wasserbehörde abgeklärt werden.

Die Empfehlungen des Deutschen Instituts für Bautechnik (DIBT) hierzu haben sich bisher schon mehrfach geändert. Immer noch werden hierzu stark einschränkende Angaben zu Mindestgefälle und maximaler Rohrlänge gemacht, meistens den Besorgnissen der Zentrifugenhersteller folgend. Für diese Rohre gelten etwa die gleichen Anmerkungen wie weiter oben für die Puffer: Selbstverständlich kann - und wird zu einem gewissen Grade - Sedimentation in diesen Rohren stattfinden, woraus den Zentri-

fugen eine Bedrohung erwachsen kann, den Sedimentierern aber nicht.

Vor Einführung der Abscheidevorschriften wurden ja auch sämtliche Abwasserleitungen der Behandlungsplätze mit nach DIN bemessenem Gefälle (2 - 5 %) verlegt, und trotz der gesamten mitgeführten Amalgamfracht neigten sie nicht sonderlich zur Verstopfung. Münden aber derlei vakuumfreie Abflußrohre nicht in der Entwässerungsanlage, sondern in einem (Sedimentations-) Abscheider, so tritt selbst im sehr unwahrscheinlichen Fall der Verstopfung bei der Störungsbeseitigung keinerlei Gefahr unzulässiger Außenemission auf. Eine noch höhere Betriebssicherheit ist durch die Installation von Spüleinrichtungen für die Abflußrohre erzielbar. Dies läßt sich technisch ganz einfach realisieren, da in jedem Anschlußkasten der Behandlungsplätze Wasser- und Druckluft Anschlüsse vorhanden sind.

Kühlungswasser für Hydrokolloidabformungen ist unbelastetes Frischwasser, das nicht behandelt werden muß, folglich nach Vorschrift auch nicht behandelt werden darf.

Es würde zudem bei großen Prothetik-Praxen zu einer fast ständigen Durchströmung der Abwasserbehandlungseinrichtungen führen, womit besonders Sedimentationsabscheider Probleme hätten.

Das Hydro - Kühlwasser sollte daher aus einer zusätzlichen externen Kaltwasserzapfstelle (etwa beim Waschbecken Helferinnenseite, 13-Uhr-Position) ent-

nommen werden, um anschließend dort auch in die Entwässerung geleitet zu werden. Eine solche zusätzliche Zapfstelle empfiehlt sich auch für den Betrieb etwaiger Beistellgeräte in 12-Uhr-Position, z. B. externes Zahnsteinentfernungsgerät. Bei der Bestellung der Hydrokolloidausrüstung sollte deswegen bedacht werden, daß die Schläuche für diese Anordnung lang genug sind.

Vertrauen Sie das Abwasser der Schwerkraft an! Zwar werden Hebeanlagen nicht nur in Häusern, sondern auch in kommunalen Entwässerungssystemen immer häufiger eingesetzt, dennoch macht man sich dabei wieder abhängig von der Funktion eines Zentralaggregats. Wenn auch Hebeanlagen z. B. bei Unterflur - WCs schon zum Standard der Installateure gehören, so sollten sie doch, wenn eben möglich, durch andere bauliche Anordnung vermieden werden. Die technische Zentrale einer Zahnarztpraxis sollte also einen tief gelegenen Abfluß haben. Wenn sie wirklich nicht vermieden werden können, gilt auch wieder bei den Hebeanlagen aus Gründen der Betriebssicherheit die Forderung: Zwei Aggregate im Bypass installieren!

*Fortsetzung in Forum 54 mit den Themen **Abluft, Behandlungsplätze:** Beleuchtung, Behandlungsgeräte, Behandlungsliege, Praxismöbel, Zentralisierung von Teilgebieten.*

*Dr. Till Ropers  
Steinkirchen*

# Brauchen wir das alles??

## *Gedanken zur EDV*

In der Praxis-EDV unterliegen wir einer rasanten Entwicklung und einem explosiven Ausbau. Ein optimaler Standard als definitive Praxislösung ist nicht in Sicht. Seit 1986 EDV-Anwender mußte auch ich erleben, daß jede „moderne“ Anlage (mit einer Abschreibzeit von 3 - 5 Jahren) nach einem Jahr veraltet ist und daß die folgende Hardware- Generation viel besser und preisgünstiger ist. Und daß es immer mehr Ausbaumöglichkeiten gibt (allgemeine wie Massenspeicher, CD-Rom, Netzwerk, Fax-Karte, Windows 95, Internet oder CompuServe - aber auch fachspezifische wie Radiovisiographie, intraorale Kamera, Patientenanimation oder PA-Erfassung usw.) die neben der - wie gesagt immer preiswerter werdenden- Hard- und auch Software unter dem Strich einen enormen Kostenanstieg zur Folge hat, neben den leicht erfaßbaren Kosten an Geld (Hardware, Software, Gebühren, Strom) kaum erfaßte Kosten an Zeit.

Brauchen wir das alles? Hilft dies alles wirklich bei unserer eigentlichen Aufgabe, der zahnärztlichen Therapie? 10 Jahre Anwendung zeigten mir, daß ein solides, schnelles und einfach zu handhabendes komplexes Abrechnungsprogramm verknüpft mit einem Buchführungsprogramm, aufgebaut an einem ruhigen Arbeitsplatz, eine sehr große Hilfe ist. Es befreit uns von vielen zeitraubenden „unärztlichen“ Aufgaben - besonders ist nun auch die schnelle

Quartalsabrechnung per Diskette beeindruckend einfach und entlastend. Und damit ist in der Regel ein Rechner in der Sprechzeit ausgelastet. Weitere Anwendungen rauben Zeit, besonders Freizeit.

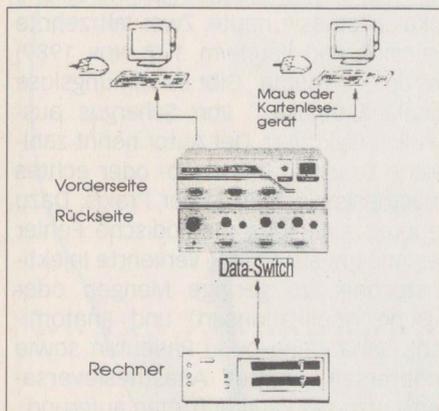
Sind weitere behandlungsspezifische Fähigkeiten wie Radiovisiographie u.a. gewünscht, wird ein zweiter Rechner empfohlen. Zur Praxisergonomie sollte er mit dem Hauptrechner zur Datenverknüpfung und -austausch verbunden sein. Dies wäre der ergonomisch notwendige Schritt zum Netzwerk, das uns auch die Möglichkeit gibt, in jedem Sprechzimmer Bildschirm und Tastatur (+Rechner!) zu installieren und letztlich auf die Patienten-Karteikarte zu verzichten.

Wollen wir das alles? Das muß sich jeder selbst sehr gründlich überlegen. Das Praxiskonzept, die Kosten-Nutzen-Analyse sieht für eine große Praxis sicherlich ganz anders aus als für eine Einzelpraxis.

Mit einem geringen Kostenaufwand habe ich mich für eine andere Lösung entschieden, die eine Arbeitserleichterung darstellt: In unserem Aufenthalts- und Büroraum steht die EDV-Anlage (mit modernem Processor, hoher Talktfrequenz, großer Festplatte, Sound-Karte, Streamer und schnellem CD-Rom). Hier können in Ruhe alle Abrechnungsarbeiten erledigt (und Fortbildungs-CDs angeschaut) werden. Zusätzlich habe ich nun eine zweite Eingabestelle mit Bildschirm und Kartenlesegerät am Empfang installiert (bis zu 5 wären möglich). Durch einfachen Tastendruck (beliebige Taste) wird der Rechner auf den gewünschten Arbeitsplatz geschaltet, der erneute Wechsel ist nach kurzer, einstellbarer

Pause (3 sec. bis 5 min.) möglich. Dieser einfache Ausbau brachte eine gute Arbeitersparnis, insbesondere der Arbeitswege und ermöglicht die EDV-Trennung vom „hektischen“ Empfang und ruhigem Büro. Diese Installation benötigt keine

Programmumstellung, keine neue Software (mit begleitenden Wartungskosten) und keinen zusätzlichen Rechner. Die Gesamtkosten betragen unter DM 1000.- (automatischer Schalter Data-Switch ca. DM 370.-, Bildschirm ca. DM 400.-, Tastatur DM 50,- und Kabel DM 100.- (Kabel-längen bis ca. 70 m möglich). Bei mir lagen die Kosten unter DM 500.-, denn ich suchte für meine kleine Rezeption einen kleinen Bildschirm, strahlungsarm schwarz/ weiß. Den gab es nur auf dem Gebraucht-Markt, für DM 25.-. Und ich habe mir alle Wege einer späteren Umgestaltung offen gehalten.



Dr. U.Happ, Hamburg

Bezugsquelle: Karp-Elektronik,  
Industriestr.1, 21354 Bleckede,  
Telefon: 05852-39820

## 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 Kontaktlinsträger 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. 0 80 31 / 7 10 17 · Fax - / 72 508

## Beanstandung von Injektionslösungen zur Lokalanästhesie

*Dieser Bericht erschien in einem Sonderdruck der Deutschen Apotheker Zeitung Nr. 41/95*

Die Arzneimittelkommission erhält immer wieder Injektionslösungen zur Leitungs-, Infiltrations- oder Oberflächenanästhesie, die von Zahnärzten, Krankenhäusern und Anästhesisten wegen Wirkungslosigkeit, verminderter Wirkung oder zu spätem Wirkungseintritt beanstandet werden.

In den letzten fünf Jahren hat das Zentrallaboratorium 49mal Bupivacain-, 21mal Lidocain-, 13mal Mepivacain-, 6mal Articain-, 4mal Prilocain und 2mal Procain-haltige Injektionslösungen untersucht. Die Prüfung auf Identität und Gehalt der deklarierten Wirkstoffe erfolgte mittels Dünnschichtchromatographie, mit Direktauswertung (Densitometrie) und Hochleistungsflüssigkeitschromatographie (HPLC). In keinem Fall konnten Mängel hinsichtlich der pharmazeutischen Qualität festgestellt werden. Alle untersuchten Präparate entsprachen qualitativ und quantitativ der Deklaration.

Die Berichte aus der Praxis über „mangelnde Wirkung“ müssen also andere Ursachen haben. Merkwürdigerweise findet man in der deutschsprachigen Literatur kaum Berichte über das Phänomen des „Anästhesieversagens“,

während z.B. Kaufman et al. [J. A. D. A. 108 (1984) 295] fast 50 klinische und experimentelle Arbeiten über Probleme der Wirkungslosigkeit von Lokalanästhetika aus dem angloamerikanischen Sprachraum zitieren. In einem Symposium der Firma Hoechst („Zahnärztliche Lokalanästhesie heute. Zwei Jahrzehnte Articain“, Bad Nauheim, 1./2. Nov. 1989) wurde das Thema „Gibt es wirkungslose Lokalanästhetika?“ von Schargus ausführlich diskutiert. Der Autor nennt zahlreiche Gründe für Pseudo- oder echtes Anästhesieversagen in der Praxis. Dazu gehören einerseits methodische Fehler des Anästhesisten (z.B. verkehrte Injektionstechnik, zu geringe Mengen oder falsche Applikationsart) und anatomische Variationen beim Patienten sowie andererseits echtes Anästhesieversagen. Letzteres kann auftreten aufgrund

- pathologischer Verhältnisse (Hyperplasien und Tumore können z. B. die Gewebstdiffusion erschweren)
- pathophysiologischer Veränderungen (Entzündung, veränderter pH-Wert und die Durchblutungsverhältnisse am Applikationsort können die lokal-anästhetische Wirkung beeinflussen)
- psychischer Alteration beim Patienten (übergroße Angst oder Psychosen lassen das Erkennen des Sensibilitätsausfalls häufig gar nicht zu).

In einer eigenen Studie mit 2000 Patienten fand Schargus in 0,25% ein vollkommenes Anästhesieversagen. Die Auswertung ergab ferner, daß einige Arzneimittelgruppen sowie starkes Rauchen die Schmerzempfindlichkeit erhöhen können, während Alkoholkonsum überraschenderweise keinen Einfluß hatte. •

Ökologische Problemlösungen  
für die Zahnarztpraxis

*Sulamith Groß*

tel. 0941 - 89 30 10

fax 0941 - 89 30 49

**Machen Sie mit,  
denn Umweltschutz  
kann so einfach sein!**

**Fordern Sie schnell den neuen Katalog an !**

*Sulamith Groß*

Praktizierte ÖKOLOGIE & OfficeManagement

Sternenweg 7 93138 Lappersdorf

Telefon 0941 - 89 30 10 Fax 0941 - 89 30 49

# Corona Dental

## Fachlabor für Funkenerosion und Kopierfräs-Technik

Wir stellen hochwertigen Zahnersatz  
zu moderaten Preisen her

**z.B.**

Celay Keramik-Inlay **DM 290.-**  
inkl. Modelle

Jedes weitere Inlay im selben Kiefer **DM 199.-**

Corona Dental GmbH  
Berg-am-Laim-Str. 64

81673 München Tel. 089 4313008 /09 Fax 089 4312779

## Abtasten und fräsen statt auftragen und brennen- das Celay- Inlay

Seit Langem werden in der Zahnmedizin und Zahntechnik Verfahren zur Herstellung von vollkeramischen Restaurationen gesucht, die die kosmetischen Vorteile mit optimaler Paßgenauigkeit kombinieren können.

Ein bisher eher exotisches Dasein fristen Vollkeramikronen, Vollkeramikbrücken und Keramikinlays, da die von Goldgüssen her gewohnte Präzision auf Grund der Brennschrumpfung nur in Ausnahmefällen erreichbar ist. Zum Anderen sind die Herstellungskosten dem Aufwand nach entsprechend zwar gerechtfertigt aber dennoch zu hoch. Die unterschiedlichsten Systeme wie Dicor, Optec, Empress, Cerec, Mirage, oder in jüngster Zeit auch Celay versuchen sich hier gegenseitig den Rang abzulaufen.

Sie alle unterscheiden sich in wesentlichen Dingen wie z.B. der Herstellung über feuerfeste Stümpfe, Gußsysteme, Heißpressen, Kopierschleifverfahren oder computergestütztes Formschleifen. Die Vor- und Nachteile sind jedoch den wenigsten Behandlern bekannt.

### **Vier Voraussetzungen sollte ein Vollkeramikverfahren aufweisen:**

- a: akzeptable Passung
- b: günstige physikalische Werte
- c: gute kosmetische Wirkung
- d: erträglicher Preis

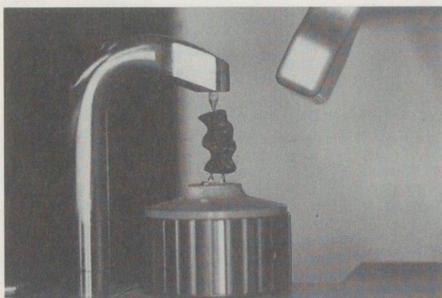
Mit dem Werbeslogan „Just say Celay“ vermarktet die Firma Mikrona in Zusammenarbeit mit Vita ihr Produkt und bietet damit ein universelles Spektrum an vollkeramischen Möglichkeiten von Inlays über Onlays und Veneers bis hin zu Kronen und dreigliedrigen Frontzahnbrücken an.

Die o.g. Voraussetzungen werden auf jeden Fall erreicht, wenngleich auch nicht mit der Lässigkeit, die uns der Werbespruch vielleicht einreden möchte.

Beschreibung des Systems: Nach der herkömmlichen für Keramikinlays zweckmäßigen Präparation (J.F. Roulet/S. Herder: Seitenzahnversorgung mit adhäsiv befestigten Keramikinlays) ohne Abschrägungen wird ein möglichst scharfkantiger Abdruck angefertigt und das Modell nach herkömmlichen Techniken erstellt.

Der Techniker formt nun entgegen der üblichen Wachsmodellation ein Inlay aus lichthärtendem Mikrofüller Composite. Diese elastische Knetmasse fügt er in die Stumpfkavität ein und mit Hilfe eines Spatels lassen sich Okklusalfäche, Fissuren und Bißhöhe nun optimal auf dem Originalstumpf im Artikulator einrichten. Dieses „Proinlay“ wird nun mit Blaulicht auspolimerisiert, vom Stumpf vorsichtig abgehoben und eventuelle feine Federränder abgeschnitten. In der

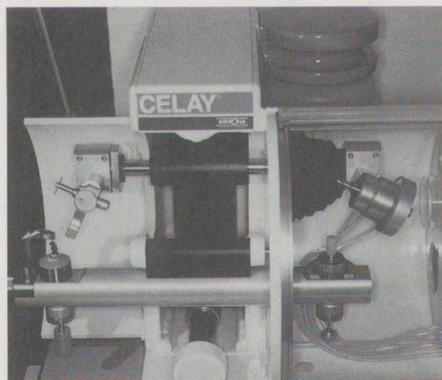
Regel wird es sodann zwischen zwei Spitzen auf einem Halteträger des Celay- Fräsgerätes eingespannt und dient nun als Vorlage für die maschinelle Kopie aus Keramik.



Das „Proinlay“ wird eingespannt



Manuelles Abtasten der Oberfläche



Paralleles Fräsen der Kopie

Durch manuelles Abtasten der Oberflächengestaltung dieser Vorlage mit den Abtastinstrumenten fräst nun die Celaymaschine parallel dazu in dreidimensionaler Bewegungsfreiheit und



Randschlüsse lassen sich beliebig optimieren und Farbkorrekturen können nach Wunsch mit der Maltechnik und im normalen Brennvorgang bearbeitet werden.

verbunden über 8 Achsen mit höchster Präzision eine Kopie aus einem industriell hergestellten Feinstpartikel-Keramikblock (Vita Celay Blanks).

Dieses Material zeichnet sich durch hohe Transluzenz, Homogenität und hohe mechanische Festigkeit aus (160 MPa). Die Abrasionsfestigkeit liegt zwischen der der herkömmlichen Aufbrennkeramik und der des Zahnschmelzes. Eine Auswahl unterschiedlicher Diamantfräsen (Scheiben, Zylinder, Spitzen) garantiert das sichere Erreichen aller abgetasteten Flächen. Bei Benützung der Plus- oder Minus-Scheibe kann der Randspalt um 25  $\mu\text{m}$  größer oder kleiner als die Reverenzscheibe gewählt werden.

Je nach Wunsch lassen sich mit Hilfe eines Optimizers die Randschlüsse beliebig optimieren oder mit der Maltechnik individuelle Farbkorrekturen durchführen. Dies geschieht durch einen normalen Brennvorang. An einem späteren Einsatz für die Anwendung weiterer Materialien (Titan - Richtung Implantologie) wird derzeit gearbeitet.

Nach der Fertigstellung wird mit der üblichen Methode geätzt und eingesetzt. Bewährt hat sich hierbei die mit einem Kunststoffaufsatz versehene Ultraschallsonde (leicht selber zu machen) in Verbindung mit SONO-CEM. Der Kunststoff vermeidet einen metallischen Abrieb an der Oberfläche des Inlays.

**Vorteile des Systems:**

1. Größtmögliche Reproduzierbarkeit einer bereits passenden Vorlage.
2. Überlegene physikalische Werte dank qualitativ hochwertiger Industriekeramik
3. Großes Anwendungsspektrum
4. Kurze Bearbeitungszeit
5. Sehr gute Transluzenz
6. Nachträgliche Korrekturmöglichkeiten in Passung und Farbe

**Nachteile des Systems:**

1. Hohe Anschaffungskosten
2. Hohe Unterhaltskosten durch Verwendung spezieller Schleifkörper
3. Aufwendige Wartung
4. Ergonomisch ungünstig gestalteter Arbeitstisch

**Fazit:**

Wie bei allen Systemen ist auch der Erfolg des Celay - Kopierverfahrens von

der präzisen Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker abhängig. Sämtliche Schritte des Arbeitsverlaufes, von der Präparation und der Abdrucknahme über die Modellation, das Kopierfräsen und die Individualisierung bis zur adhäsiven Befestigung der Keramikinlays geben bei sorgfältiger Ausführung die Garantie für einwandfreie Resultate.

*ZTM Wolfgang Terplan, München*

*Fotos: Claus Bierling*

**IM ZWEIFEL PROVISORISCH EINSETZEN**

Es stellt einen ärztlichen Behandlungsfehler dar, wenn ein Zahnarzt bei einer umfangreichen Zahnsanierung den aus Kronen und Brücken bestehenden Zahnersatz bereits beim Einpassen unter Anästhesie endgültig und definitiv einzementiert und sich nicht die Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur offenhält. Nach Auffassung des Landgerichts Mönchengladbach (Az.: 10 O 30/88) hätte der Zahnarzt seine Arbeit nur provisorisch festsetzen dürfen, um sich Korrekturmöglichkeiten nach einigen Tagen der Eingewöhnung zu erhalten. Ein endgültiges Festsetzen war gerade in diesem Fall nicht angezeigt, weil die Zähne des Patienten zuvor wegen der Schmerzhaftigkeit beim Einpassen der Restauration betäubt waren und deshalb Paßungenauigkeiten nicht zu spüren waren. Das Gericht sprach dem Patienten für diese Fehlbehandlung ein Schmerzensgeld in Höhe von 1 500 DM zu. (Zahnärztl. Praxis 3/96)



**MEYER** Superdentaria  
dental

Erbacher Str. 33  
65346 Eltville am Rhein  
Tel. 06123 - 10 60  
Fax 06123 - 6 39 38

## Unverzichtbar: Buchführung für den Zahnarzt

Immer noch gibt es viel zu viele Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Belege das ganze Jahr über in einem Schuhkarton sammeln und den Rest ihrem Steuerberater überlassen. Die Folgen sind klar: Die aus der Belegaufbereitung resultierende Zahlensammenstellung hat lediglich noch einen Wert für die Ermittlung des steuerlichen Ergebnisses und ist damit nur noch für die Steuererklärung und in letzter Konsequenz nur noch für das Finanzamt interessant.

Der Zahnarzt selbst kann mit dem Zahlenwerk nichts anfangen, da es einerseits längst der Vergangenheit angehört, andererseits häufig für ihn unverständlich und nicht nachvollziehbar ist. Wo er doch so dringend aktuelle Zahlen benötigt! Gerade in Zeiten wie diesen mit sinkenden Praxiseinnahmen und steigenden Ausgaben und damit weni-

ger verfügbarem Geld aus seiner täglichen Praxistätigkeit.

Gefordert ist eine zeitnahe, vollständige und nachvollziehbare Buchführung, die in erster Linie dem Zahnarzt als Informationsquelle dient. Nur durch eine ständige Information über die Zahlen der Praxis und die finanzielle Situation insgesamt ist er in der Lage, zielbewußt zu handeln und damit letztendlich zu überleben. Entscheidungen, die heute gefällt werden, wirken sich häufig erst langfristig negativ aus und belasten ein ansonsten durchaus zufriedenstellendes Praxisergebnis. So können vertraglich festgelegte Gehaltserhöhungen fatale Folgen auf den weiteren Praxiserfolg haben, wenn der Zahnarzt nicht überschaut, ob diese Personalkostensteigerung überhaupt betriebswirtschaftlich vertretbar ist.

Die auf den Seiten 76 und 77 dargestellte finanzwirtschaftliche Auswertung für den Zahnarzt erfaßt nicht nur die reinen Praxisvorgänge, sondern bezieht auch Nicht-Praxisvorgänge mit ein, die entweder steuerlich relevant sind (Vorsorgeaufwendungen) oder aber der Dokumentation dienen (Steuerzahlungen).

Eine solche Auswertung gibt nicht nur einen Überblick über die Rentabilität in der Praxis und beantwortet bspw. die Frage, wie hoch sind die Personalkosten im Verhältnis zu den Praxiseinnahmen oder wie hoch ist der prozentuale Anteil des Gewinns, sondern gibt darüber hinaus noch Auskunft, wie das Geld verwendet wird, das in der Praxis erwirtschaftet wurde. Neben der Rentabilität wird also auch noch die Liquidität betrachtet. Weitere Informationen erhält der Zahnarzt über den internen Vergleich (Vorjahreszahlen) sowie über den externen Vergleich (gleiche Fachgruppe, gleiche Umsatzgröße).

Für eine darüberhinausgehende Analyse, insbesondere bei wesentlichen Abweichungen gegenüber den Vorjahreszahlen bzw. gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt, sind zusätzlich Auskünfte erforderlich. Auf der Basis einer monatlichen Auswertung sollten daher in einer gesonderten Aufstellung (sog. Einzelkontennachweis) aufgeschlüsselte Zahlen zur Verfügung stehen (s. Abb. „Raumkosten“).

Liegen einem Zahnarzt Auswertungen in dieser Form monatlich vor, weiß er nicht nur aktuell, wo er steht, sondern er kann auch zielgerichtet entscheiden und hat den betriebswirtschaftlichen

Überblick darüber, was in seiner Praxis geschieht.

Spezialunternehmen für die Erstellung von Arztbuchführungen oder Steuerberater, die nicht nur einen Arzt zu ihrem Mandantenstamm zählen, sind in der Lage, arzt spezifische Buchführungen zu erstellen und dem niedergelassenen Zahnarzt die Informationen zu geben, die er regelmäßig benötigt.

Aktuelle, vollständige und nachvollziehbare Auswertungen mit einem funktionsfähigen Ablagesystem dienen jedoch nicht nur der betriebswirtschaftlichen Standortbestimmung, sondern sind darüber hinaus auch eine unverzichtbare Basis für das Erstellen von Hochrechnungen, Liquiditäts- und Kostenstrukturanalysen oder Finanzplanungen.

Gerade in der jetzigen Zeit sind diese Zusatzrechnungen eine unverzichtbare Voraussetzung für optimal ausgerichtete langfristige Entscheidungen.

*Josef Zdarta*

Raumkosten	Okt.94	Jan.-Okt.94
Miete/Nebenkosten	1.233,30	12.859,00
Miete Labor	188,00	1.880,00
Heizung	0,00	0,00
Strom/Gas/Wasser	261,00	2.749,71
Reinigung Praxis/Einrichtung	0,00	177,08
Instandhaltung	71,88	112,88
Raumausstattung/Dekoration	0,00	0,00
<b>Summe (vgl. Zeile 6 oben)</b>	<b>1.754,18</b>	<b>17.778,67</b>

## Finanzwirtschaftliche Auswertung Oktober 1994

1	Steuerliche Rechnung Wie ist der Gewinn/Verlust entstanden?	Oktober 1994 Monatswerte	
		1994	Vorjahr
1	KZV-Honorare	35.251,23	30.276,36
2	+ Sonstige Honorare	12.613,50	7.691,15
3	+ Sonstige Einnahmen	92,54	35,89
4	<b>Summe Praxiseinnahmen</b>	<b>47.957,27</b>	<b>38.003,40</b>
5	- Personalkosten	6.665,21	7.212,15
6	- Raumkosten	1.754,18	1.951,30
7	- Eigen- und Laborbedarf	25.829,34	26.247,73
8	- Finanzierungskosten	69,02	90,94
9	- Geräte-/Einrichtungskosten	0,00	2.239,28
10	- Fahrzeugkosten	138,90	185,11
11	- Versicherungen/Beiträge/KZV-Verwaltung	144,41	123,33
12	- Porto/Telefon/Büromaterial	662,88	295,68
13	- Fortbildungs-/Reisekosten/Fachliteratur	337,25	304,25
14	- Sonstige Kosten	540,80	539,40
15	- Neuanschaffungen bis 912 DM incl. MwSt.	0,00	0,00
16	- Abschreibungen	6.994,00	6.994,00
17	<b>Summe Praxisausgaben</b>	<b>43.135,99</b>	<b>46.183,17</b>
18	<b>Vorläufiger Gewinn/Verlust</b>	<b>4.821,28</b>	<b>-8.179,77</b>

2	Geldverwendungs-Rechnung Wo ist das Geld geblieben?	Oktober 1994 Monatswerte	
		1994	Vorjahr
18	<b>Vorläufiger Gewinn/Verlust</b>	<b>4.821,28</b>	<b>-8.179,77</b>
19	+ Abschreibungen (da keine Auszahlung)	6.994,00	6.994,00
20	- Neuanschaffungen	0,00	0,00
21	+ Zufluß von Praxisdarlehen/Eigenmitteln	0,00	0,00
22	- Tilgung Praxisdarlehen	0,00	0,00
23	<b>Verfügbares Geld aus der Praxis</b>	<b>11.815,28</b>	<b>-1.185,77</b>
24	- Sonderausgaben/Private Versicherungen	634,96	634,96
25	- Privates Wohnen	-89,00	131,16
26	- Private Steuern	0,00	0,00
27	- Geld- und Kapitalanlagen/Immobilien	0,00	-110,97
28	- Lebensführung/Außergew. Belastungen	3.832,88	3.000,00
29	<b>Summe Privatausgaben</b>	<b>4.378,84</b>	<b>3.655,15</b>
30	Entwicklung der Bank- und Kassenbestände	7.436,44	-4.840,92

Januar bis Oktober 1994 Aufgelaufene Werte		Veränderung gegenüber Vorjahr		Prozentuale Aufteilung der Praxiseinnahmen		
1994	Vorjahr	DM	%	1994	Vorjahr	Fachgruppe
399.456,58	312.883,80	86.572,78	27,67	75,62	59,23	41,80
128.599,91	215.053,96	-86.454,05	40,20	24,34	40,71	57,30
209,16	325,51	-116,35	35,74	0,04	0,06	0,90
<b>528.265,65</b>	<b>528.263,27</b>	<b>2,38</b>	<b>0,00</b>	<b>00,00</b>	<b>00,00</b>	<b>100,00</b>
74.508,60	73.332,22	1.176,38	1,60	14,10	13,88	14,10
17.778,67	18.450,01	-671,34	-3,64	3,37	3,49	4,30
152.933,20	140.105,63	12.827,57	9,16	28,95	26,52	32,70
54.019,14	56.565,71	-2.546,57	-4,50	10,23	10,71	3,10
1.004,87	6.544,19	-5.539,32	84,64	0,19	1,24	2,00
5.013,54	5.308,67	-295,13	-5,56	0,95	1,00	1,10
7.851,60	6.633,74	1.217,86	18,36	1,49	1,26	1,70
4.722,07	4.370,37	351,70	8,05	0,89	0,83	2,20
1.859,90	1.975,40	-115,50	-5,85	0,35	0,37	1,10
6.804,75	6.869,97	-65,22	-0,95	1,29	1,30	4,20
642,65	6.111,86	-5.469,21	89,49	0,12	1,16	0,80
69.940,00	69.940,00	0,00	0,00	13,24	13,24	10,30
<b>397.078,99</b>	<b>396.207,77</b>	<b>871,22</b>	<b>0,22</b>	<b>75,17</b>	<b>75,00</b>	<b>77,50</b>
<b>131.186,66</b>	<b>132.055,50</b>	<b>-868,84</b>	<b>-0,66</b>	<b>24,83</b>	<b>25,00</b>	<b>22,50</b>

Januar bis Oktober 1994 Aufgelaufene Werte		Veränderung gegenüber Vorjahr		Prozentuale Aufteilung	
1994	Vorjahr	DM	%	1994	Vorjahr
<b>131.186,66</b>	<b>132.055,50</b>	<b>-868,84</b>	<b>-0,66</b>	<b>24,83</b>	<b>25,00</b>
69.940,00	69.940,00	0,00	0,00	13,24	13,24
5.807,85	7.052,75	-1.244,90	17,65	1,10	1,34
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>195.318,81</b>	<b>194.942,75</b>	<b>376,06</b>	<b>0,19</b>	<b>36,97</b>	<b>36,90</b>
55.001,36	72.424,58	-17.423,22	24,06	10,41	13,71
29.799,61	31.848,06	-2.048,45	-6,43	5,64	6,03
23.349,44	22.631,77	717,67	3,17	4,42	4,28
13.296,43	-2.226,34	15.522,77	345,02	2,52	-0,42
60.998,24	32.312,26	28.685,98	88,78	11,55	6,12
<b>182.445,08</b>	<b>156.990,33</b>	<b>25.454,75</b>	<b>16,21</b>	<b>34,54</b>	<b>29,72</b>
12.873,73	37.952,42	-25.078,69	66,08	2,44	7,18



**Staunen Sie nicht.**

**WIR BRINGEN ORDNUNG IN IHRE ZAHLEN**

**aktuell**

**übersichtlich**

**verständlich**

**Schreiben Sie uns - oder rufen Sie uns an.**

**Mit weiteren Niederlassungen  
im ganzen Bundesgebiet:**

<b>nilaplan</b> Berlin	Tel.: 0 30 / 2 81 71 02
<b>nilaplan</b> Chemnitz	Tel.: 03 71 / 26 61 50
<b>nilaplan</b> Hannover/ Magdeburg	Tel.: 05 11 / 9 54 66-0
<b>nilaplan</b> Karlsruhe	Tel.: 03 91 / 4 02 00 24
<b>nilaplan</b> Potsdam	Tel.: 07 21 / 9 70 72-0
<b>nilaplan</b> Schwerin	Tel.: 03 31 / 6 46 23 20
	Tel.: 03 85 / 4 86 40 81

**nilaplan**

**Unternehmensberatung  
für Heilberufe GmbH**

**Sedanstraße 13-17 • 50668 Köln**

**Tel.: 02 21 / 97 355 - 168**

**Fax: 02 21 / 97 355 - 22**



## Berliner Gesundheitspreis '95 an Jugendzahnklinik

Im Mai '95 haben die AOK und die Ärztekammer Berlin erstmals den „Berliner Gesundheitspreis“ ausgeschrieben. Mit diesem Preis, der 100.000 DM umfaßt, sollen Ideen, Vorstellungen und Konzepte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens öffentlich gemacht und in die Praxis umgesetzt werden.

Zu den herausragendsten Wettbewerbsbeiträgen, die am 15. März im Senatsaal der Humboldt-Universität zu Berlin ausgezeichnet wurden, gehörte das Projekt der Jugendzahnklinik in Berlin-Hohenschönhausen. Es wurde mit dem 2. Preis in Höhe von 20.000 DM ausgezeichnet. Dieser Erfolg war keineswegs vorprogrammiert, als am 5. Febr. '92 hier die bisher erste und einzige Jugendzahnklinik Deutschlands aus der Taufe gehoben wurde. Die Initiatoren um Frau Dr. Elke Kutschke hatten sich damals deutlich an das Modell der Baseler Schulzahnklinik angelehnt und von dort auch viel Motivation und Unterstützung erhalten. Für sie war die Etablierung einer Jugendzahnklinik die effektivste Form der Kinderzahnbehandlung, weil Prävention und Therapie in einer Hand bei speziell ausgebildeten Kinderstomatologen konzentriert werden.

Die acht Zahnärztinnen (mit 8 Helferinnen und einer Verwaltungskraft) stehen halbtags für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung und praktizieren den Rest des Tages als selbständige niedergelassene Vertragszahnärzte.

*Wir berichten im nächsten forum.*

## 6. DDHV-Jahrestagung

**Programm für Samstag, 11.05.1996**

Ort: Kolpinghaus St. Aperm-Str. 32 Köln

**NLP (Neurolinguistische Programmierung)**.....J. A. Doise

**Laser und mechanische Wurzelglättung**.....Prof. H. Renggli

**Das aktuelle Kariesrisiko:** Eine Standortbestimmung in Diagnostik und Therapie.....Dr. L. Laurisch

**Primärprophylaxe - mehr als JP-Positionen**.....Dr. E. Weber

### Anfragen und Anmeldungen:

DDHV, Fortbildungskomitee  
D. Hadjiangelou-von Weydlich  
Hoffnungsthaler Str. 43, 51503 Rösrath  
Tel. 0221/ 255525  
Fax. 0221/2570030



## Buchbesprechungen

C. Scully, R. A. Cawson

### **Taschenatlas Oralpathologie**

171 S., 178 Abb. Kartoniert

Hüthig Verlag Heidelberg 1996 DM 59.-  
ISBN 3-7785- 2445-3

Wie notwendig sind Taschenatlanten? - fragt man sich angesichts einer solchen Neuerscheinung, die der Hüthig Verlag aus dem englischen Original für die deutschsprachige (überaus verwöhnte) Leserschaft aufbereitet hat. „Oralpathologie“ will als Hilfe bei der Erkennung oraler Erkrankungen dienen. Übersichtlich jedenfalls ist die Systematik: Maximal eine Seite Text links, Foto rechts für Krankheitsbilder der Regionen Lippen - Schleimhäute, Zunge- Gingiva und Speicheldrüsen. Das letzte Kapitel „HIV-Erkrankung“ mit insgesamt zwei Seiten demonstriert beispielhaft, wie fragwürdig es ist, ein so umfangreiches Spektrum wie die „oral medicine“- so der Originaltitel, knapp darstellen zu wollen. Die gute Absicht ist unverkennbar, dem gestressten Praktiker eine denkbar komprimierte Rekapitulation und schnelle Diagnostikhilfe zu bieten. Aber dürfen wir solche light-Versionen allenthalben fördern und gutheißen? Studenten und ambitionierte Zahnärzte und Ärzte sollten sich an die etablierten Lehrbücher halten.

Nicht alle Abbildungen - offenbar aus dem Fotofundus eines langen Gelehrtenlebens - entsprechen dem heutigen Standard, unscharf und himbeerrotstichig. Freilich kann man auch aus nur

halbgelungenen „Atlanten“ noch etwas lernen, zum Beispiel die Therapieempfehlung (S.128), bei schwarzer Haarzunge (Lingua villosa) „an trockenen Pfirsichkernen saugen“ zu lassen. c.n.

H.-P. Huber und L. Kobes, Göttingen

### **Die Totalprothese**

*Grundlagen, Planung, Ausführung, Nachsorge*

Carl Hanser Verlag München  
195 Seiten, 138 Bilder, kartoniert  
DM 48.00 ISBN 3-446-16111-2

Die Totalprothese- sowohl für Behandler als auch für Patienten ein unbefriedigendes Thema. Jeder Kollege, der schon Fortbildungen auf diesem Gebiet besucht (sehr empfehlenswert: die Gutowski-Kurse zur Totalprothetik !) und im Lauf der Praxisjahre seine Erfahrungen gesammelt hat, weiß, was man alles falsch bzw. besser machen kann. Die Möglichkeiten der totalprothetischen Versorgung haben sich in den letzten Jahren insbesondere durch die Fortschritte der zahnärztlichen Implantologie geradezu dramatisch verändert. Dennoch bleibt ein erheblicher Teil Patienten, die auf konventionelle Weise zu versorgen sind. Das kleine Buch bietet dem Studenten der Zahnmedizin eine klare übersichtliche Einführung in die moderne Totalprothetik und zeigt dem niedergelassenen Zahnarzt Wege auf, die selbstgeübte Methode zu überprüfen und gegebenenfalls durch Übernahme der einen oder anderen Maßnahme zu verbessern. Stichpunkte aus dem Inhalt sind: Anatomie, Befunderhebung, Vorbehandlung, Methoden der Abfor-

mung, Kieferrelationsbestimmung, Zahnaufstellung und nicht zuletzt die wichtige Nachsorge mit Recall und Unterfütterung. *s.l.*

Rainer Hahn u. Claus Löst

**Adhäsiv befestigte Keramikeinlagefüllungen**

124 S. 145 Abb. 19 Tabellen, gebunden, Thieme Verlag 1996 DM 98,- ISBN 3-13-100411-8

Das Buch ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil untergliedert. Im theoretischen Teil werden die Vor- und Nachteile okklusionstragender Zahnersatzwerkstoffe und die klinisch-werkstoffkundlichen Grundlagen dargestellt. Im praktischen Teil werden alle Einzelschritte der Behandlung vom ersten Beratungsgespräch über die Vorbehandlung, die restaurative Versorgung bis zur individuellen Nachsorge anhand einer Step-by-Step-Dokumentation eines typischen Fallbeispiels erläutert.

Die wichtigsten Aspekte werden jeweils mit Hilfe unterlegter Textstellen zusammengefaßt. Zahlreiche Abbildungen und Tabellen ergänzen den Text wirkungsvoll. Checklisten und Materiallisten bilden eine sinnvolle Erweiterung. Es wird von den Autoren auch auf Lösungsansätze zur Indikationserweiterung und -einschränkungen eingegangen; ebenso versucht man einen Ausblick auf künftige Entwicklungen zu geben.

Ein übersichtliches, praktisches Buch, daß seinem Anspruch nach schneller Leserorientierung auf einem wichtigen Sachgebiet voll gerecht wird. *c.w.*

Hermann F. Sailer.

Gion F. Pajarola

**Orale Chirurgie**

Farbatlanten der Zahnmedizin Band 11  
360 S., 916 Abb., DM 548,-  
Thieme Verlag 1996,  
ISBN 3137360013

Wenn dieses Riesenformat Platz hätte, könnte man den Atlas neben das Instrumenten-Tray legen und dann- sozusagen nach Kochbuch- operieren. Will sagen: Dies ist eine so durch und durch (schweizerisch?) gründliche und systematische Beschreibung der Voraussetzungen und Schritte bei allen denkbaren Variationen von Zahnentfernungen, Resektionen, GTR und plastischen Korrekturen, daß jede(r) etwas Interessantes entdecken und Bewährtes bestätigt finden kann. Ein Teil der Eingriffe sollte allerdings dem kieferchirurgischen Spezialisten vorbehalten bleiben. Nicht ohne Grund halten die Verfasser im Kapitel Forensik fest: „Obwohl das Abschlußexamen die Qualifikation für die freie Berufsausübung darstellt, ist damit kein Freipaß zur Anwendung aller existierenden Behandlungsmittel gegeben“- ein interessantes Statement zum Thema Qualitätssicherung. Parodontalchirurgie vermißt man dagegen als Praktiker- aber das ist ein Extra-Band (Nr.I) dieser Reihe. Außerdem sind Zweifel anzumelden, ob retrograde Amalgamfüllungen wirklich noch angebracht sind. Aber diese Fragezeichen können den hervorragenden Gesamteindruck nicht trüben. Selbst der stolze Preis erscheint angesichts des opulenten Bildmaterials und der klaren und informativen Grafiken durchaus angemessen. *h.h.*

## QZ

Der erste zahnärztliche Qualitätszirkel in Köln konnte inzwischen sein einjähriges Bestehen feiern, eine zweite solche Gruppe soll in Kürze konstituiert werden.

Ein Qualitätszirkel ermöglicht: kontinuierlichen Erfahrungsaustausch, detaillierte Beschäftigung mit wichtigen Alltagsthemen, Feedback über das eigene Tun, systematische Kontrolle und Verbesserung des Vorgehens - dies alles in einer Gruppe mit vertrauten Kollegen, unter Anleitung eines Moderators aus den eigenen Reihen, ohne zusätzliche Kosten, selbstbestimmt, den Bedürfnissen der Gruppe entsprechend.

Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte an die **DAZ-Geschäftsstelle**,  
Telefon: 0221/973005-45, Fax 0221/7391239.

## Anmeldung zur Frühjahrstagung

von DAZ und VDZM (siehe S.34)

Hiermit melde ich mich zur Tagung am 4./5. 5. '96 an.

Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....

angestellter Zahnarzt.....

Student.....

Ich nehme am Samstag, 4.5. teil.....

Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung am So., 5.5. teil

Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

Meine Adresse/ Tel/Fax

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde DAZ  
im NAV Virchow-Bund

Belfortstraße 9  
50668 Köln

Fax 0221 7391239

---

# Leserbriefe Leserbriefe Leserbriefe Leser

## Zu „Familienzwist“ im forum 52

Wenn man ständig mit den auch von Ihnen erwähnten Kammer-Medien, Freiverbands-Periodika und DZW-Journaille konfrontiert wird, bietet die Lektüre Ihres Artikels geradezu pikkelnde Erfrischung. Endlich einmal auch eine Antithese und nicht nur kategorisches politisches Postulat. Vielen Dank!

Ihren Ausführungen ist sachlich eigentlich nichts hinzuzufügen; vielleicht nur soviel im Zusammenhang mit dem Verordnungsmodell (Direktmodell):

Die Zahntechniker wollen mit diesem „Modell“ nichts anderes erreichen, als einen Wechsel des Vertragspartners. Der Zahntechniker stellt sowieso die zahntechnischen Leistungen nicht für den jeweiligen Zahnarzt her, sondern für einen ganz bestimmten Patienten. Dann - so meinen die Zahntechniker - ist es nur sachdienlich, soll auch der Patient Werklohnschuldner des Zahntechnikers werden. Dabei ist gerade nicht daran gedacht, daß der einzelne Patient mit der Verordnung („Rezept“) sich ein Labor suchen muß, sondern das Zahnheilkundengesetz soll den Zahnarzt dazu verpflichten, als Vertreter des Patienten (§ 164 f BGB) in seinem Namen und auf seine Rechnung die Verordnung bei einem zahntechnischen Labor in Auftrag zu geben.

Eine solche Verordnung hat natürlich auf das Thema Zahlungsfluß eine gewaltige Auswirkung und - das soll hier nicht

verheimlicht werden - auch auf das praxiseigene Labor. Tatsächlich wäre es nämlich so, daß durch das gesetzliche Selbstkontrahierungsverbot Aufträge in das praxiseigene Labor nur noch nach ausdrücklicher Zustimmung des Patienten gehen können.

Das Verordnungsmodell (Direktmodell) stört also in keinem Fall die gewachsenen Strukturen zwischen Zahnarzt und zahntechnischem Labor, da es nach wie vor Sache des Zahnarztes ist, die Verordnung in Auftrag zu geben.

Wenn man die jetzt mit der Novellierung der GOÄ eingebrachten Änderungen im Verhältnis Ärzte zu medizinischen Laborleistungen sieht, dann meinen wir, ist das Verordnungsmodell (Direktmodell) richtig modern.

Wir freuen uns über Ihr Angebot zu einem konstruktiven Dialog und stehen Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

ZAHNTECHNIKER-INNUNG FÜR NORD-BAYERN  
Guido Braun

## Zur Honorierungsfrage bei Komposite-Füllungen

Über der DAZ-Diskussion am 11. 3. 96 stand ja die Aussage, wir können froh sein, wenn wir 50% Honorarzuschlag erreichen. Dies ist ein völlig falscher Ansatz. Umgekehrt muß es heißen, zu einer von allen gewünschten „lege artis-Behandlung“ fehlen 50%. Von daher

kann eine solche „lege-artis-Behandlung“ unter diesen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht erbracht werden und wir als Zahnärzte müssen eine solche Behandlung entweder ablehnen oder wir führen sie durch und führen unsere Praxen wirtschaftlich in den Ruin.

Für mich trat der DAZ immer für eine gute Zahnmedizin ein, bei der das Patienteninteresse an einer guten Versorgung im Vordergrund stand. Dazu sind wirtschaftlich gesunde Praxen unerlässlich, demzufolge auch angemessene Honorare. Wenn aber diese Honorare vorenthalten werden, kann keine gute Zahnmedizin erbracht werden. Damit gibt es aber auch keine Legitimation mehr für eine umfassende Qualitätskontrolle. Ein Eingehen auf eine irgendwie geartete Qualitätsdiskussion ist unter diesen Voraussetzungen einfach unmöglich bzw. die Forderung unredlich.

Polarisierend dargestellt besteht doch die Frage, ob wir einen qualifizierten Dienstvertrag oder eine Akkordleistung erbringen.

Während wir im ersten Fall die Zeit bekommen, eine Leistungsleistung ordnungsgemäß zu erbringen und wir uns demzufolge auch allen Qualitätskriterien unterwerfen müssen, ist im zweiten Fall mit einem gewissen „Ausschuß“ zu rechnen; dieser soll und wird dann über Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc. möglichst gering gehalten werden. Die Daten - s. Datenträgeraustausch - sind ja vorhanden. - Dies ist nach meinem Empfinden neben anderem auch Sinn des Datenträgeraustausches.

„Es wird keine freie Gesellschaft geben, wenn es nicht mehr möglich ist, daß ein Mensch zu einem anderen ihm fremden Menschen gehen kann und sicher sein kann, der wird mich so gut behandeln wie es überhaupt geht. Der wird keinem wirtschaftlichen und keinem gesetzlichen, keinem vertraglichen Druck sich beugen. Er wird um meinetwillen mich so gut behandeln wie er kann“. Wenn wir uns als Zahnärzte von dieser Prämisse entfernen- und wir sind dabei- haben wir in der Tat unsere Legitimation vor den Patienten verkauft. Dies entspricht nach meiner Auffassung einem Verrat an den Patienten, die sich uns anvertrauen.

Neben diesen Aussagen muß stehen, daß wir auch als DAZ oder VDZM jede Glaubwürdigkeit verlieren, wenn wir erst eine Erhöhung um 100% als notwendig fordern, uns dann aber mit 50% (darüber sollen wir dann froh sein !) abspesen lassen und zur Tagesordnung übergehen. Schließlich vertreten wir die Interessen der Patienten und wir haben nicht das Recht, wie auf einem orientalischen Bazar zu verhandeln. Wer denn außer uns kann Anwalt der Patienten sein ? Wer außer uns kann fachlich fundiert die Interessen vertreten? Wenn nun angeblich eine adäquate Honorierung wegen der zugegebenermaßen enormen Arbeitslosigkeit und der Prämisse der Einfrierung der Krankenkassenbeiträge politisch nicht durchsetzbar erscheint, wer trägt denn dann die Verantwortung für die mindere Qualität? Wollen wir uns diesen Schuh, der uns nicht paßt, auch noch freiwillig anziehen? Kann wegen dieser Umstände die Versorgungsqualität leiden, ohne daß wir unsere Stimme erheben ? Wer dies

tut, hat kein Zutrauen in seine eigene Leistung und steht nicht hinter ihr.

Die Erfahrung mit der Nichtanpassung der GOZ über 8 Jahre sollte uns gelehrt haben, daß wir und unsere Solidarität mit den Patienten schamlos ausgenutzt werden. Wenn aber auf diesem Weg eine andere Versorgungsstruktur in der ambulanten Versorgung vorbereitet werden soll (und nach meiner Einschätzung sieht es danach aus) sollte dies benannt werden. Entsprechend kann dann jeder reagieren.

Ob durch solche Argumente im Rahmen der Verhandlungen mit den Krankenkassen bzw. im Schiedsverfahren eine notwenige Honorarhöhe erzielt werden kann, erscheint fraglich. Diese Gedanken aber sollten meines Erachtens in die Überlegungen einbezogen werden, wie wir uns zu dem kommenden Ergebnis stellen. Wird es aber so wie oben beschrieben von den Krankenkassen und der Politik durchgesetzt, werden a la longe viele Zahnärzte aus der GKV herausgedrängt. Ob dies dann aber die sind, die man heraushaben will, oder nicht doch eher die, die qualitätsorientiert arbeiten und dies dann nicht mehr können, bleibt eine Frage.

Dr. Wolfgang Abel  
Aldenhovenstr.10  
41541 Dormagen

**Die aktuellen Praxistips**, die in der *Kniffologie (Neuaufgabe mit 700 Tips !)* erschienen sind, können gegen Vorauskasse von 50.-DM bestellt werden bei: Dr. W. Forschner, Köhlesrain 86, 88400 Biberach. Info: Tel. 07351 372531.

**Der Dialog geht weiter...** Im letzten forum (Nr.52) haben wir auf S.75 einen namenlosen Leserbrief veröffentlicht, der als Antwort auf eine Zuschrift des Kollegen Rabbel aus Warnemünde (forum 51) gedacht war. Wir bitten den Verfasser Dr. Rudolf Völker, Borbecker Landstr. 22, 26215 Wiefelstede- um Nachsicht und geben ihm nachfolgend noch einmal Gelegenheit, die Replik von Dr. Jürgen Rabbel, Mühlenstr.44, 18119 Warnemünde, zu erwidern, weil wir glauben, daß die Ansichten dieser beiden Kollegen- sowohl in ihrer Gegensätzlichkeit wie auch in den Berührungspunkten- als repräsentativ gelten können für zwei große Gruppen innerhalb der Kollegenschaft.

#### **Mit der Kassenpraxis in die Zukunft?**

*„Die heutige Pauschalabrechnung bei Kassenpatienten begünstigt die Behandlung leichter Parodontitisfälle (sogenannte „3-mm-Parodontitis“) und macht eine kostendeckende chirurgische Therapie bei schweren Fällen unmöglich.“*

Prof. Bernimoulin  
Parodontologie 4, 247 (1992)

*„Im Bereich der GKV (alte Bundesländer) wurden in den letzten Jahren jeweils 250.000 bis 300.000 PAR-Behandlungen pro Jahr mit geringfügig steigender Tendenz durchgeführt. Angesichts der Bevölkerungszahl, der epidemiologischen Daten und des Umfanges der durchgeführten rekonstruktiven Maßnahmen besteht hier ein groteskes*

*Mißverhältnis. Der geltende Parodontalvertrag für den Bereich der GKV ist 20 Jahre alt. Die Behandlung einer tiefen Parodontopathie auf der Grundlage dieses Vertrages ist nach dem heutigen Wissensstand ethisch nicht zu verantworten und sollte obsolet sein!"*

Dr. H.-G. von der Ohe, Pressekonferenz der DGP, Jahrestagung 1991

*„Die parodontale Gesundheit läßt sich aus Sicht der Krankenkassen nur dann fordern, wenn eine systematische Prophylaxe für Erwachsene in den Bewertungsmaßstab Eingang findet. Die hieraus resultierende Frage, wie ein solcher Ausbau der Vertragsleistungen finanziert werden sollte, müsse einerseits dadurch beantwortet werden, daß die bisher ausschließlich durchgeführte systematische Parodontal-Behandlung durch verstärkte Prophylaxe zurückgedrängt werde („Zurückgedrängt“, bei z.Zt. nur ca. 300.000 durchgeführten PAR-Behandlungen/ Jahr. Anm.d. Verf.), und andererseits im Wege der Umstrukturierung des BEMA finanzielle Ressourcen erschlossen werden.“*

Dipl.-Kfm. M. Ohlrogge,  
AOK-Bundesverband,  
nach einer Meldung der DZW 6/1996

Und aus Schweizer Sicht:

*„Auch die Kosten für die Therapie stoßen an Grenzen (Paneth 1988). Bei prozentual kaum noch erhöhbarer zahnmedizinischen Ausgaben bleibt (...) nur die Reduktion der therapeutischen Bedürfnisse durch effizientere Prävention oraler Erkrankungen, um bei den therapeutischen Einzelleistungen die For-*

*derung nach Kostendeckung und Qualität erfüllen zu können. Die Alternative ist aus der Bundesrepublik Deutschland bekannt: Massenproduktion von zahnärztlichen Leistungen bescheidenster Qualität, Kassenabhängigkeit, hohe allgemeine Kosten, schlechte orale Gesundheit und ethischer, in absehbarer Zeit gesundheitspolitischer Bankrott der Zahnärzteschaft.“*

Lutz, Meier, Gaberthüel & Lang,  
SSO 99, 928, 1989(!)

Sehr geehrter Herr Kollege Rabbel,

ich habe im vergangenen forum Ihre Forderung, „man“ (wer?) solle den Zahnärzten vorschreiben, sich zwischen reiner Privatpraxis und reiner Kassenpraxis definitiv zu entscheiden, kritisiert, weil ich sie für sachlich ungerechtfertigt, kontraproduktiv und daher schädlich halte. Ich lasse mir ungern die letzte Möglichkeit verbieten, in diesen Zeiten systemimmanenter Reformunwilligkeit bzw. -unfähigkeit der offiziell Verantwortlichen, auf der Arzt-Patienten-Ebene flexibel zu bleiben und für jeden Einzelfall ethisch und wirtschaftlich tragfähige Lösungen suchen zu können.

Sie hatten in derselben Ausgabe des forum Gelegenheit, mir darauf zu antworten, was ich begrüße. Ich habe Ihre Replik sehr aufmerksam gelesen und möchte Ihnen auf diesem Wege erklären, warum Sie mich nicht überzeugen konnten.

Sie haben sicherlich Recht, wenn Sie auch bei mir die Kenntnis der auch für die Zukunft unserer Berufsausübung

wesentlichen globalen wirtschaftspolitischen Entwicklungen (wachsende internationale Konkurrenz und anhaltende Rationalisierung- sinkende Realeinkommen- sinkendes Beitragsaufkommen der Krankenkassen) als bekannt voraussetzen. Nur ziehe ich aus diesen Erkenntnissen offenbar andere Schlüsse als Sie.

Unrecht haben Sie dagegen mit Ihrer Unterstellung, ich hätte das Modell von Direktverträgen bzw. Polikliniken der Krankenkassen in meiner Leserzuschrift „gar nicht bedacht“. Im Gegenteil: Ich gehe davon aus, daß Ihre Forderung des reinen Kassenzaharntes in Zukunft nur in gerade diesen Formen der Direktverträge bzw. Einrichtung kasseneigener Kliniken gegen die Konkurrenz von Privat Zahnärzten zu etablieren sein würde. Wenn Sie, wie Sie schreiben, hierin eine Bedrohung unseres erwünschten Berufsbildes sehen, könnten wir uns am Ende vielleicht doch noch einig werden.

Im übrigen schätze ich es als realistisch ein, wenn wir trotz unserer beider Bedenken in Zukunft fest mit dieser Möglichkeit rechnen und uns für diese Option in der Form wappnen, daß wir uns überlegen, wie auch unter solchen Umständen die schwer errungenen Güter der freien Arztwahl und der Therapiefreiheit möglichst erhalten können, anstatt sie durch die Forderung nach strikter Trennung von Kassen- und Privat Zahnärzten mutwillig zu gefährden: Unter den gegebenen Umständen interessiert mich Ihr großzügigerweise angebotenes „demokratisches Recht der freien Entscheidung für die von mir

favorisierte Option“ nicht, weil ich meine Kassenpatienten solange weiter behandeln möchte, wie diese zu mir kommen wollen; auch dann, wenn ich im Einzelfall mit den Kassenbedingungen nicht zurecht komme und diese daher (siehe zur Zeit zum Beispiel die Parodontalverträge) verlassen muß. Umgekehrt: Warum muß sich ein pflichtversicherter Patient in ihrem Modell ein für allemal festlegen, ob er zu Kassen- oder zu Privatkonditionen behandelt werden möchte und warum soll er im letztgenannten Fall seine Zuschüße verlieren, für die er auf dem Wege des Pflichtbeitrags zur Krankenversicherung bereits bezahlt hat? Warum soll er diese Entscheidung nicht von der Art der Erkrankung im Einzelfall abhängig machen können? Wenn Ihnen der bewußt gewählte Fall der Myoarthropathie aus meinem Patientengut zu exotisch war (was ich nicht verstehe, denn ich interessiere mich nun einmal- typisch Arzt auch für die Behandlung seltenerer Krankheitsbilder - und siehe da, plötzlich kommen mehr Patienten mit den vorher so exotischen Befunden...), dann hätten Sie in Ihrer umfangreichen Replik ja meine Frage beantworten können, wie in Ihrem Krankenkassen-/Privatarztmodell die sicherlich häufiger auftretende Frage von z.B. Goldinlays geregelt werden soll.

Sehr geehrter Herr Rabbel, ich bin nicht Mitglied im Freien Verband und suche keineswegs mein „Heil“ außerhalb der GKV. Ich bemühe mich nur um realistische und ehrliche Einschätzung der Sachlage auf der Basis, daß ich unter allen Umständen Zahnheilkunde nach „state of the art“ und mit der Zeit für

Zuwendung zum Patienten anbieten möchte zumindest für denjenigen, der es haben will. Meine „Horrorvision“, ich benutze Ihren Begriff, ist deshalb nicht die von Ihnen beschriebene Auseinandersetzung mit meinen eigenen Patienten, sondern ein anonymer, bürokratischer Kassenapparat, der Ihnen heute (immer noch?) als „sichere Bank“ erscheint. Ich hingegen sehe heute schon den gegenwärtigen allgemeinen Gesellschafts-Trend „Sparen ohne zu Verzichten!“ voll gegen mich durchschlagen: Ich muß heute schon Kinderbehandlung zu ruinösen, für Außenstehende kaum glaubhaften Honoraren betreiben, damit in den Krankenkassen bei sinkenden Beitragseinnahmen und gleichbleibenden Beitragssätzen aus Gründen des Wettbewerbs Geld zur Bezuschussung von Implantaten und Inlays zur Verfügung steht. Mein Pech, wenn die Kinder („typisch Zahnarzt!“) zu mir wollen... Woher nehmen Sie den Optimismus, daß die aus Ihrer Sicht heute noch „ausgewogenen“ KZV-Honorare angesichts der von Ihnen zu Recht beschriebenen wirtschaftlichen Gesamtsituation auch in Zukunft „relative ökonomische Geborgenheit“ bieten werden?

Zurück zu meiner „Horrorvision“: Ich habe sie bereits als real existent erlebt, und zwar während eines Arbeitsaufenthaltes 1992/93 in der Industriestadt Sao Paulo, Brasilien. Gut ausgebildete Ärzte und ein voll entwickeltes Kassensystem (INSS) haben die da, mit allem was dazu gehört: automatischer Lohnabzug, Verwaltungshochhäuser, eine tolle Bürokratie und viele Service-Dienststellen. Bloß Geld für eine vernünftige Behandlung fehlt im System. Was zum Beispiel

für meine nicht privat, sondern beim INSS versicherte Frau schlecht war, als sie aus Versehen einmal wirklich krank wurde.... Warnemünde ist nicht Sao Paulo? Nun, ein Blick nach England macht auch bescheiden! Und im übrigen: Warten Sie's mal ab!

Nein, sehr geehrter Herr Kollege Rabbel, so schmalspurig denke ich nicht, wie Sie es mir da im letzten forum unterstellen wollten! Eine Patentlösung für die Probleme der Zukunft gibt es nicht und darum ist es gut, wenn wir alle uns mit diesen Fragen kontrovers auseinandersetzen und nicht weiter vor uns hinbohren, als sei nix passiert und die KZV wird's schon richten! Diskussionsfähige Vorschläge für die „Zahnheilkunde 2000“ gibt es mehrere. Der Vorschlag der verordneten absoluten Trennung von Privat- und Kassenzahnheilkunde hingegen führt aus den erläuterten Gründen am Ziel vorbei und nützt niemandem, außer vielleicht der Bequemlichkeit der kassenzahnärztlichen Abrechnungshelferin.

Ihr Rudolf Völker

Das Informationsblatt „Liebe Eltern“ für Eltern von Kleinkindern und Mütterberatungsstellen kann kostenlos angefordert werden bei der DAZ-Geschäftsstelle Belfortstr. 9 50668 Köln Tel. 0221 978005-45, Fax 0221 7391239.

## Verbandsnachrichten

### Füllungen in der Nach-Amalgam-Zeit kontrovers diskutiert in Berlin

DAZ-Treffen zu Jahresbeginn in Berlin - inzwischen schon fast eine Tradition.

Nach kurzem Bericht über die Lage in Berlin konzentriert sich die Diskussion bald auf die nach wie vor unbefriedigende Situation in der Füllungstherapie. Seitdem durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Amalgamindikationen weiter eingeschränkt und durch den zuständigen Ausschuß entgegen dem zahnärztlichen Votum Seitenzahn-Kunststoff-Füllungen in die Regelversorgung aufgenommen worden sind, steht völlig in den Sternen, wie diese denn erbracht und honoriert werden sollen. Im DAZ ist man sich einig, daß dem Mehraufwand entsprechende Honoraraufschläge außerhalb des Budgets, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Vorkehrungen gegen den medizinisch und gesundheitsökonomisch unsinnigen massenhaften Austausch intakter Amalgamfüllungen notwendig sind. Bei inakzeptabel geringem Angebot von Kassenseite bleibt allerdings nur der Vorschlag, das Zahlungsverbot zu beenden und für Füllungen Festzuschüsse einzuführen, wobei der Abstand zwischen (entsprechend aufzuwertenden) Amalgam- und Kunststoff-Füllungen möglichst nicht sehr groß sein sollte.

Aus DAZ-Sicht bedauerlich bei diesem Modell ist, daß erstmalig solche im Jahr millionenfach anfallenden Basisleistungen wie die Füllung von Kavitäten für

den Patienten u.U. nur mit Eigenbeteiligung zugänglich würden.

Daß stattdessen aufwands-orientierte Honorare aufgrund von Zeitmeßstudien definiert werden, bezweifeln die Teilnehmer angesichts des Sparzwangs in der GKV. Dr. Zimmer, DAZ-Prophylaxe-Referent, erklärt sich bereit, eine Übersicht über die gängigen Indikationen in der Füllungstherapie und das jeweilig adäquate Füllungsmaterial zu erstellen (siehe S.50). Dieser Indikations-Katalog müßte erweitert werden um Qualitätskriterien für die angegebenen therapeutischen Lösungen und in geeigneter Form an die Öffentlichkeit gebracht werden (z.B. über Verbraucherberatungen), um dem Patienten, der bei der Materialwahl mitentscheiden will, Hintergrundwissen zu liefern.

### ZE-Festzuschüsse- noch ist offen, wie und ob überhaupt

Das Thema „Festzuschüsse“ beschäftigt den DAZ noch ein weiteres Mal bei seinem Berliner Treffen: in Bezug auf Zahnersatz. Der Koalitionsvorschlag zur Überführung von Zahnersatz in die Kostenerstattung und zur Einführung von ZE-Festzuschüssen läßt noch viele Möglichkeiten offen. Entscheidend für Patienten wie Zahnärzte werden Art und Höhe der Festzuschüsse sowie eventuelle einschränkende Regeln für die privat nach GOZ zu zahlenden Anteile sein. Auf den wilden Aufschrei der Betriebskrankenkassen hin, die einen „Milliardenschock“ für Patienten prophezeihten, war postwendend von einer Sicherheitslinie die Rede. Gibt es schon Absprachen für GOZ-Obersätze? Schnell

könnte es so weit sein, daß die Zahnarztthonorare unter das jetzige BEMA-Niveau fallen - für gesetzlich Versicherte und in der Folge auch für Privatpatienten! In diesem Fall würde der Jubel über die endlich gelungene Durchsetzung des zahnärztlichen Vertrags- und Wahlleistungs bzw. Festzuschuß-Konzepts bald verstummen. Auch ist es unbefriedigend, wenn die Zuschüsse völlig vereinfachend auf ein paar wenige Grundkonstellationen zugeschnitten werden. Heißt dann z.B. Ersatz eines Zahnes durch eine Brücke, daß nur für den fehlenden Zahn ein Zuschuß gewährt wird, die Überkronung der beiden Brückenpfeiler von der GKV jedoch nicht mehr bezuschußt wird? Bis zur Veröffentlichung der Detailvorschläge wird sicher noch Geduld vonnöten sein.

### **Unerquicklicher Streit um Geld für Gruppenprophylaxe**

Prophylaxe - nächstes Thema bei der DAZ-Ratssitzung in Berlin. Obwohl nunmehr seit einem halben Jahr Konzept und Finanzierungszusagen der Gesetzlichen Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe auf dem Tisch liegen, stellt sich die Situation recht unbefriedigend dar. Führende Vertreter der Zahnärzteschaft lancieren Angriffe gegen den öffentlichen Gesundheitsdienst und reklamieren das für Basis- und Intensivprophylaxe bei Kindergarten- und Schulkindern bereitgestellte Geld für die niedergelassenen Zahnärzte. Prophylaxe wird, so spitzt es W. Kolossa zu, von den (niedergelassenen) Zahnärzten als Individualprophylaxe ideologisiert und als Einstieg in die Privatabrechnung genutzt. Die Krankenkassen dagegen ver-

weisen auf ihr Konzept vom Juli 1995 und fordern angesichts der schleppenden bis gar nicht stattfindenden Umsetzung immer häufiger, selbst den „Sicherstellungsauftrag für die Gruppenprophylaxe“ zu erhalten. Was sie damit anfangen würden, darüber läßt sich nur spekulieren. Bei neutraler Betrachtung der Situation kann man über diese Polarisierung nur den Kopf schütteln. Tatsächlich ist das GKV-Konzept, das den Kassen die finanzielle, der öffentlichen Hand eine organisatorische und den Zahnärzten die fachliche Verantwortung für die Gruppenprophylaxe zuteilt, ein pluralistisches und für alle offenes Konzept: Wer sich an der präventiven Arbeit beteiligen will, kann dies tun, ob öffentlicher Gesundheitsdienst, lokale Arbeitsgemeinschaft, interessierter niedergelassener Zahnarzt. Aber wie die Berichte der Berliner Kollegen zeigen, ist selbst in traditionell prophylaxe-freundlichen Regionen wie Berlin die Entwicklung mühsam und nicht ohne Konflikte. Hier wird jetzt noch über Modellversuche diskutiert, obwohl die Phase der Modelle allmählich vorbei sein sollte und man längst an die flächenhafte Umsetzung der reichlich vorhandenen Erfahrungen gehen könnte. Daß die Bevölkerung heute z.T. besser als früher auf Vorbeugung anzusprechen ist, daß Kassen und Politiker bereit sind, dafür Geld auszugeben, ist eine gute Chance für mehr Mundgesundheit. Sie darf nicht im innerzahnärztlichen Hick-Hack verspielt werden!

### **Reform-Entwürfe aller Parteien**

Daß Prophylaxe gefördert werden soll - ggf. auf Kosten anderer Bereiche -, darin

sind sich alle Bonner Parteien einig. Was andere Punkte der zahnärztlichen Versorgung betrifft, gibt es dagegen unterschiedliche Vorschläge in den drei Gesetzentwürfen von Koalition, SPD und GRÜNEN zur Reform des Gesundheitswesens, die inzwischen in den Bundestag eingebracht sind und bis zum Jahresende entschieden sein sollen. Was schließlich 1997 Gesetz werden wird, ist noch offen, obwohl schon reichlich Papier beschrieben wurde und bereits bei mehreren Anhörungen u.a. Reformoptionen für den zahnärztlichen Bereich erörtert wurden. Für den 8.2.1996 hatte die SPD zu einer fraktionsinternen Anhörung nach Bonn geladen. Bereits die breite Palette der Eingeladenen - von Ärzteverbänden über Krankenhausgesellschaften, Kassen, Gewerkschaften bis hin zu Kommunalverbänden und Kirchen - dokumentierte anschaulich die Komplexität des Themas und die Fülle der unter einen Hut zu bringenden Interessen. Ausgiebig wurden globale und sektorale Budgets diskutiert. Die SPD möchte die Ausgabenentwicklung des Gesundheitswesens an andere Parameter knüpfen als bisher, z.B. an das Bruttoinlandsprodukt, damit so auch dem gesamtwirtschaftlichen Fortschritt Rechnung getragen werden kann. Sie bleibt jedoch den hierfür nötigen Schritt schuldig, der ihr als Oppositions- und Sozial-Partei gut angestanden hätte: nämlich Änderungen auf der Einnahmenseite, sprich: bei der Beitragsbemessung, vorzuschlagen und ernsthaft die Umverteilung der Lasten des Gesundheitswesens auf mehr (und zahlungskräftigere) Schultern zu thematisieren. Bei anhaltend hoher Arbeits-

losigkeit, sinkenden Arbeitnehmer-Real-einkommen, Anstieg der Rentnerzahlen usw. kann solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens nicht heißen, daß nur der schrumpfende und auch von den anderen Sozialsystemen und dem Staat ständig stärker geschröpfte Anteil der Arbeitnehmer mit unteren und mittleren Einkommen die GKV Kassen füllt. Selbst der z.T. konservativ orientierte Sachverständigenrat hat dieses Problem gesehen. Die SPD allerdings beschränkt sich weitgehend auf die bekannte Diskussion über die Reform der Verteilung des Mangels. . .

### **Nicht nur DAZ gegen Eingliederung der KZVen in die KVEn**

Inmitten eines stundenlangen Wortwechsels über ambulante und stationäre Versorgungsformen, Wettbewerb und Vernetzung, Hausarzt und Spezialist, neue Kooperationsformen, regionale Planung, pauschale oder differenzierte Vergütungsformen, Arzneimittel-Positivlisten, Festbeträge usw. kamen die Zahnärztevertreter erstmalig beim Thema „Organisationsreform der Körperschaften“ zu Wort. Der SPD-Plan, die Zahnärzte- zusammen mit Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten - mit einer gemeinsamen „KV neuen Typs“ zu beglücken, traf nicht nur bei diesen auf Ablehnung. SPD- und Kassenvertreter gaben unumwunden zu, durch einen solchen Schritt die Zahnärzte, die sich bisher immer querstellten, in den Griff kriegen zu wollen. Zugleich sollte durch die Verringerung der Zahl der Mandatsträger und die Einführung eines hauptamtlichen Vorstands der KZV-Apparat verschlankt werden, ein Ansinnen, dem

die KZBV durchaus einige Argumente entgegenzuhalten hatte. Witzig nur, daß es gerade der einzige für die KZBV teilnehmende Profi und Nicht-Zahnarzt (Prof. Tiemann) war, der für die Beibehaltung der Ehrenamtlichkeit und die Repräsentanz praktisch tätiger Zahnärzte in den Körperschaften in die Bütt stieg, während die Ehrenamtler und Zahnärzte Dr. Schirbort und Dr. Kuttruff still in ihrer Bank blieben. Die DAZ-Meinung zum Thema Körperschaften wurde bereits 1995 an die Bonner Politiker und Ministerialen herangetragen. Nicht weniger sondern mehr Einflußmöglichkeiten für den einzelnen Zahnarzt sind gefragt. Die Eingliederung der zahnärztlichen in die ärztlichen Körperschaften wird deshalb vom DAZ abgelehnt, eine bundesweite Regelung zugunsten des Verhältniswahlrechts bei den KZV-Wahlen, wie von der SPD beantragt, jedoch unterstützt.

### **SPD setzt auf BEMA-Umstrukturierung**

Ein weiteres SPD-Anliegen für den zahnärztlichen Bereich: die Umstrukturierung des BEMA. Sie soll eine Aufwertung prophylaktischer und zahnerhaltender zu Lasten prothetischer und kieferorthopädischer Positionen bringen und kostenneutral(!) erfolgen. Als Vertreter der KZBV trug ihr Justitiar das NEIN der verfaßten Zahnärzteschaft zu einer solchen Umstrukturierung vor, solange für mehr und neue Leistungen nicht auch mehr Geld bereitgestellt würde. Für die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) brachte J. Bauer zwar die Zufriedenheit seiner Organisation mit der Entwicklung der

letzten Jahre zum Ausdruck - seit 1976 ist der Kostenanteil der Zahnmedizin innerhalb der GKV von 15% auf 9% gesunken bei gleichzeitiger Verbesserung der Mundgesundheit! - jedoch sah auch er keine Möglichkeit mehr, aus der Prothetik Geld für anderes abzuzweigen. Die Einzelkrone (eher eine zahnerhaltende als eine ZE-Leistung) und Totalprothesen beispielsweise seien schon jetzt unterbezahlt. Notwendig seien statt einer Umschichtung von Mitteln Schritte zur Verbesserung der Qualität, also die Festlegung von Qualitätskriterien und von Verfahren zu ihrer Überprüfung, die Etablierung von Nachbegutachtungen usw. VDZM wünsche sich im übrigen statt der bisherigen prozentualen einkommensabhängige oder noch lieber indikationsbezogene Zuschüsse.

### **Qualitätssicherung - für den DAZ der entscheidende Reformschritt**

Die Stellungnahme des DAZ brachte W. Kolossa vor. Aus DAZ-Sicht ist es richtig, den BEMA veränderten Erfordernissen anzupassen und stärker prophylaxeorientiert zu gestalten. Auch die Setzung einer Frist hierfür, wie von der SPD beabsichtigt, hielt der stellvertretende DAZ-Vorsitzende für verständlich. Neue Leistungen könnten allerdings nicht kostenneutral aufgenommen werden. Die Wirtschaftlichkeitsreserven in den Praxen seien erschöpft. Ein Blick auf die Entwicklung in der Prothetik zeige, daß hier der Anteil der Zahnarztthonorare ständig gesunken sei. Den Löwenanteil bekommt gar nicht mehr der Zahnarzt, sondern der zahntechnische Bereich. Mehr Wettbewerb in der Zahntechnik wäre wünschenswert. Bei allen Reform-

bemühungen muß allerdings die Sicherung der Qualität an erster Stelle stehen: Nicht mehr Leistungen zu sinkenden Preisen, sondern dauerhafte Leistungen mit hoher Qualität sowie die Verhinderung von Schäden sind gefragt. Dabei sollte von der SPD das bisherige prozentuale Zuschußsystem, das dem Prinzip folgt „Wer hat, dem wird gegeben“, kritisch hinterfragt werden. Gleiche Festzuschüsse für alle Patienten könnten durchaus gerechter sein. Entscheidend sei hier allerdings die konkrete Ausgestaltung. Insbesondere müßte der Schutz der Patienten sichergestellt werden durch Zweitmeinungsmodelle, unabhängige Beratungsstellen, Qualitätssicherungsverfahren usw. SPD-Abgeordnete und Kassenvertreter reagierten zustimmend auf die Vorschläge von VDZM und DAZ. Ob sie bereit sind, die darin liegenden Anforderungen umzusetzen, wird die weitere Entwicklung zeigen, denn schließlich wurden hier keine bequemen Sparpotentiale angeboten. Die Verbesserung der Qualität wird mindestens am Anfang kein Geld sparen, sondern eher mehr kosten.

### **Große Kompositfüllungen - eine Methode mit Zukunft?**

Zahnärztliche Berufspolitik ist derzeit wie meist ein frustrierendes Geschäft - insofern sollte am 9.3.1996 bei einem DAZ-Treffen in Köln in erster Linie anderes auf der Tagesordnung stehen: Fachliches. Chr. Becker zeigte das 1/1994 aufgenommene amerikanische Fortbildungsvideo „High quality composite dentistry made easy“ mit Dr. Paul Belvedere: Ohne Kofferdam ersetzt Bel-

vedere auf einem Zahn 46 eine große Amalgamfüllung durch eine Kompositfüllung, die faktisch einer Dreiviertelkrone gleichkommt, und demonstriert vor laufender Kamera diverse Vorgehensweisen, mit denen bei gleicher oder besserer Qualität Zeit gespart werden kann. Um die Frage nach der Haltbarkeit zu beantworten, zeigt er eine Patientin, bei der vor mehr als 6 Jahren wegen einer Schmelzdysplasie alle Zähne mit Komposit „überkront“ wurden. Auch für den Fachmann mit Lupenbrille waren nur sehr geringfügige Schäden zu erkennen und die Übergänge zwischen Füllungen und Zähnen weitgehend unsichtbar. Selbst die Kauflächen - zu 100% aus Komposit - wiesen keine Verschleißspuren auf, so daß man diese Kompositversorgung als eine hochwertige und dauerhafte Versorgungsform bezeichnen muß. Auch wenn in unserem deutschen Gebührensystem für solche „Füllungen statt-Kronen“ derzeit kein Platz ist, war es doch interessant zu sehen, was grundsätzlich mit Komposit machbar ist.

Ausgehend von den Videobeispielen, die genauestens jede Phase der Behandlung zeigten, ergab sich eine sehr ins Detail gehende fachliche Diskussion. Da wurden Erfahrungen mit einzelnen Füllmaterialien ausgetauscht, Abfolgen und Zeitauern der einzelnen Schritte diskutiert, Tips und Tricks zum Anlegen von Matrizen und Polieren der Füllungen besprochen, die Notwendigkeit von Unterfüllungen und von Kofferdam thematisiert, die Bedeutung der Lichtintensität und damit der ständigen Wartung der Lampen hervorgehoben usw. Im Bereich Komposit ist eine lebhaftere Entwicklung

im Gange. In dem Maße, wie neue Stoffe auf den Markt kommen und ganze Arbeitsschritte überflüssig machen, wird sich die Technik des Legens von Kunststoff-Füllungen weiter verändern. Unabhängig davon, wie der einzelne Zahnarzt zu Amalgam steht, ist klar, daß in jeder Praxis Kunststoff-Füllungen zunehmend nachgefragt werden.

### **Im Streit um Füllungs-Honorare noch kein Ende abzusehen**

Nach so intensiver Auseinandersetzung mit der Erstellung von Kunststoff-Versorgungen konnte natürlich die Frage nach ihrer zukünftigen Bewertung nicht ausgeklammert werden. J. Scholz berichtete vom ersten ergebnislosen Gespräch des Bewertungsausschusses von Kassen und Zahnärzten, dem im April ein zweites Treffen folgen wird. Wenn auch dies keine Einigung bringt, folgt ein Schiedsamtsspruch, d.h. daß dann ohne die Zahnärzte über Höhe und Staffelung ihrer Honorare beschlossen wird. Zusätzliche Bedeutung erhält die Bewertungsfrage durch eine neue Stellungnahme des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Es hebt die bisher für Komposit- Seitenzahnfüllungen geltenden Einschränkungen, daß sie nur „eine geringe Ausdehnung“ haben dürften, „allseits schmelzbegrenzt“ sein müßten, „nicht im kautragenden Bereich“ liegen dürften, auf. Die Konsequenz: Demnächst kann in weit mehr Fällen als bisher eine Kunststoff-Füllung nachgefragt werden.

Der DAZ hat sich mit einer Presseerklärung hinter die KZBV gestellt. Haben deren Forderungen Aussicht auf

Erfolg? Sollte man hinsichtlich der Höhe der Aufschläge lieber weniger anstreuen, z.B. 100%, weil das realistischer ist als die KZBV-Forderung von 200%, um so wenigstens etwas zu erreichen? Sollte versucht werden, Art und Umfang der als Kassenleistungen möglichen Füllungen einzuschränken? Man könnte bestimmte Zähne ausschließen, die Anzahl der zu füllenden Flächen begrenzen, festlegen, daß nur bei maximal 50% zerstörter Zahnfläche mit Kunststoff gefüllt wird, daß nur eine Approximalfläche dabei sein darf usw. Diskutiert werden sehr differenzierte Lösungsmöglichkeiten, bis hin zu Versorgungen, die je nach konkreter Beschaffenheit des Zahnes, seines Umfeldes, entsprechend der Mundhygiene des Patienten usw. ausgewählt werden, für die ein Zahnarzt wegen Abwender der teureren Kronenversorgung ein erhöhtes Honorar erhält, für die er je nachdem eine verlängerte „Garantie“-Zusage gibt usw. Der Ideenreichtum von DAZlern bei solchen Diskussionen ist immer sehr groß, allerdings weit entfernt vom Aufnahmevermögen von Politikern und Kassenvertretern. Diese brauchen einfache Lösungen, aus denen sie ihre Ausgaben für die nächsten Jahre hochrechnen können (wie spekulativ dies auch sein mag). Bisher von den Kassen vorgeschlagen sind ca. 1% der Ausgaben für konservierende Zahnheilkunde, um die das „Budget“ für die Kunststoff-Füllungen erhöht werden soll. Was wird das bedeuten bei ca. 71 Millionen Füllungen pro Jahr? Laut W. Kolossa machen es sich die Kassen zu einfach: Ihren Patienten versprechen sie in bunten Brochüren jedes gewünschte Füllungsmaterial; die Verantwortung dafür wälzen sie

jedoch auf die Zahnärzte ab, so als hätten die die Millionen von Zahnlöchern verursacht! Laut Kolossa sind derzeit drei Arten von Füllungen relevant:

- a) Amalgamfüllungen, bei vielen Indikationen die bestmögliche Versorgung, die aufgewertet werden müssen;
- b) Kunststoff-Füllungen, lege artis gelegt, deutlich aufgewertet;
- c) Langzeitprovisorien, z.B. aus Komposmeren, Glasionomerzement, für Kinder, Schwangere usw.

Als Patientin kann ich nur hoffen, daß nicht die dritte Füllungs-Variante demnächst die häufigste wird auch bei Nicht-Kindern und Nicht-Schwangeren: aus honorarpolitischer Indikation!

### **Qualitätszirkel - Chance für jeden zur Verbesserung seiner Arbeit**

Ein letztes Thema bei dem Kölner DAZ-Treffen war ein Erfahrungsbericht aus einem zahnärztlichen Qualitäts-Zirkel (QZ). Rekrutiert aus Mitgliedern von Decksteiner Kreis, DAZ und VDZM arbeitet in Köln seit genau einem Jahr ein erster solcher Zirkel. Nachdem sich aus einem anfänglich größeren Kreis eine Kerntuppe herauskristallisiert hat, trifft man sich alle vier bis sechs Wochen mit vorher festgelegtem Thema und unter der Moderation von zwei Kollegen. Die Themen sind selbstgewählt und praxisnah. Wichtig ist, daß man hier, anders als bei sonstigen Kollegentreffen, Fortbildungen usw., mal nicht herausstellt, wie toll man ist. Vielmehr geht es ja darum, die eigene Arbeitsweise zu verbessern. Also muß man gerade auch seine Defizite zur Sprache bringen, er-

zählen, wo's im eigenen Laden hakt usw. Ein simples Beispiel: Bei einem der Treffen soll es um Abdrucknahme gehen. Dafür bringt dann jeder eigene Abdrücke mit, einen sehr guten - aber auch bewußt mal einen schlechten. Das ist nicht am ersten Tag möglich, aber nach einer gewissen Weile, in der Vertrauen zueinander entstanden ist. Man vergleicht und beleuchtet detailliert die vorkandenen Erfahrungen und kommt dann- schließlich geht es um einen Qualitäts-Zirkel!- dazu, gemeinsam (Mindest-) Standards bzw. eine wünschenswerte Qualität der jeweiligen Leistung festzulegen. Je nach Aufgabenstellung wird das Niveau der Beteiligten unterschiedlich sein. Wie J. Scholz berichtete, hat aber trotzdem in der Gruppe jeder das Gefühl, dazuzulernen und von der Zirkelarbeit zu profitieren. Das Beispiel scheint nachahmenswert - L. Eisermann will die Initiative ergreifen und zusammen mit einigen Kollegen/innen aus dem Kölner Raum einen zweiten Qualitäts-Zirkel gründen. Auch Zahnärzte aus anderen Gegenden können sich gern mit der DAZ-Geschäftsstelle in Verbindung setzen: Wir versuchen, QZ-Interessenten miteinander in Kontakt zu bringen. Wer sich erst über das Thema informieren will, sei verwiesen auf:

*O. Bahrs, F.M. Gerlach, J. Szecsenyi (Hrg.):  
„Ärztliche Qualitätszirkel- Leitfaden  
für den niedergelassenen Arzt“  
Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1994*

Soviel zu den Aktivitäten der letzten Monate, mit freundlichen Grüßen

*Irmgard Berger-Orsag  
DAZ-Geschäftsführerin*

Unser Anliegen ist die zahnmedizinische Hilfe für Kinder und Bedürftige in Afrika.

## Afrodent eV

wurde von deutschen Zahnärzten/innen gegründet, die in ihrer Freizeit ehrenamtlich dringend benötigte zahnmedizinische Hilfe in Afrika leisten.

Bisher durchgeführte Projekte:  
Zahnärztliche Behandlung von 1100 Kindern einer Missionsstation in Dornfeld/Namibia, Aufbau einer stationären zahnärztlichen Einrichtung in Dornfeld und Sicherstellung der Versorgung durch deutsche Zahnärzte/innen.

Zukunftsprojekte: Zahnmedizinische Hilfe in anderen afrikanischen Ländern und schließlich der Aufbau weiterer Zahnstationen.

**Bitte helfen Sie uns dabei durch Ihre Mitgliedschaft oder eine Spende.**

Afrodent e.V. Ruffinstraße 16,  
80637 München, Tel. 089 168520  
Bankverbindung: Deutsche Bank,  
Kto 6900401, BLZ 70070010

## Termine

**20./21.4.'96, Köln:** Arbeitstagung der NAV-Virchow-Bund-Bundeshauptversammlung mit DAZ-Arbeitskreis am **20.4. Thema: Festzuschüsse**

**24.4.'96, Berlin/NAV-Virchow-Bund-Geschäftsstelle Friedrichstr.112a:** Treffen der DAZ- NAV- Virchow- Bund- Studien- gruppe Berlin/ Brandenburg zum Thema „**Kiefergelenkserkrankungen**“ (Referentin: Frau Dr. Kluge)

**4./5.5.'96, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim:** **4.5. DAZ-VDZM-Frühjahrstagung** mit aktuellem gesundheitspolitischem Beitrag zum Thema „**Perspektiven der Zahnheilkunde in der GKV**“ (Referent: Min.-Dir. a.D. Gerhard Schulte, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Bayern) und Fachreferat zum Thema „**Risikobestimmung und medikamentöse Therapie bei marginalen Parodontitiden**“ (Referent: Prof.Dr. Thomas Flemmig, Uni Würzburg) **5. 5. Verbandssitzungen von DAZ und VDZM**

**9.5.'96:** Treffen der **DAZ**-Studiengruppe Oldenburg

**11.5.'96, Köln/ Kolpinghaus:** Jahrestagung des Deutschen Dental-Hygienikerinnen-Verbandes **DDHV** (Nähere Informationen zu Themen und Referenten siehe S.79)

**20.-24. 5. '96, Westerland:** Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung. Thema: „**State of the Art-**

## Termine

**Erkenntnisstand der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**" (Info: Tel.0431/3897280)

**21.-23.5.'96**, Berlin/Congreßcenter Märkisches Ufer: **46.Wissenschaftlicher Kongreß der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes** (Info: Dr. K.D. Rasch, Tel. 0551/400-4860 o.-4840, Fax 0551/61140)

**21.5.-2.6.'96** Leipzig: Arbeitstagung und Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für medizinische Psychologie **DGMP** mit Treffen des Arbeitskreises Psychologie und Zahnmedizin, Thema: **Wechselwirkungen zwischen Intraoralen Veränderungen und Psychischen Situationen** Info: DGMP-Vorstand Liebigstr. 21, 04103 Leipzig

**19.6.'96**, 14.00 Uhr, Mainz: Mitgliederversammlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (**DAJ**)

**20.6.'96 / 8.8.'96 / 12.9.'96**: Treffen der **DAZ**-Studiengruppe Oldenburg

**22.9.'96**: *Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Hessen*

**25.9.'96** bundesweit: **Tag der Zahngesundheit** mit dezentralen Veranstaltungen rund um das Thema **„Zahngesundheit und Schule“** 11.30-17.00 Uhr, Stuttgart / Weißer Saal im Neuen Schloß: Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1996

## Termine

**17.10.'96**:Treffen der **DAZ**-Studiengruppe Oldenburg

**18.-20.10.'96**, Berlin: **DAZ-Jahrestagung** mit Fortbildungsvortrag am 19.10. zum Thema **„Implantologie - ein integriertes Teilgebiet der Zahnheilkunde“**, Referent: Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld, sowie DAZ- Mitgliederversammlung am **20.10.**

**19./20.10.'96**, Freiburg: **VDZM**-Herbsttagung

**25./26.10.'96**, Prag: 10. Jahrestag der **Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie**; Thema: „Berufliche Erkrankungen und Gesunderhaltung des Zahnarztteams“

**30.10.'96**, Berlin/ NAV-Virchow-Bund-Geschäftsstelle: Treffen der **DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe** Berlin/ Brandenburg zum Thema „Was ein Zahnarzt über Kieferorthopädie wissen sollte“, Referent: Dr. Uwe Süßenberger

**14.11.'96**: Treffen der **DAZ**-Studiengruppe Oldenburg

**15.-17.11.'96**, Köln: *Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes mit öffentlicher Veranstaltung und Arbeitstagung*

**19.12.'96**: Treffen der **DAZ**-Studiengruppe Oldenburg

(Nähere Informationen unter Telefon 0221 973005-45, Fax 0221 7391239)

## Gesucht...

Moderne Zahnarztpraxis sucht **Vorbereitungsassistent** in Ostfriesland für längere Zeit, möglichst zwei Jahre. Fortbildungsmöglichkeiten in Parodontologie (GTR), Implantologie (3 Systeme), Gnathologie und biologischer Zahnmedizin. Modernes Praxislabor mit drei Zahntechnikern vorhanden. Bei Interesse Bewerbung mit Lichtbild erbeten an: *Praxis Dr. Hans-H. Saschek Schützenstr. 8, 26446 Friedeburg Tel. 04465/214, Fax 04465/274*

Suche **Partner** für meine Zahnarztpraxis in Düsseldorf. Anfragen richten Sie bitte an: *NAV-Wirtschaftsdienst Manfred Blömer Ganspöher Str.5, 40764 Langenfeld Tel. 02173/21021*

Zahnarzt sucht dringend **Nachfolger** zur Übernahme seiner 5 Jahre alten Praxis ab 1.7.1996 in Duisburg-Wahnheimerort. Kaufpreis ca. 200.000 bis 250.000 DM Anfragen richten Sie bitte an: *NAV-Wirtschaftsdienst Hubertus von Loe Drususallee 66, 41460 Neuss Tel. 02131/271798*

**Assistent/in** mit Berufserfahrung für Ganz- oder Teilzeittätigkeit gesucht für Praxis in Bonn-Beuel, *Tel. 0228/440231*

**Assistentenstellen** für Ausbildungsassistenten(innen) bundesweit gesucht. *Hinweise an Tel. 0221/973005-45. Fax 0221/7391239*

**Assistent** mit Berufserfahrung (möglichst schon ein Jahr) für Zahnarzt-Praxis in Berlin gesucht. *Tel. 030/8152075*

## Patient versäumt Termin- muß er zahlen?

Die Problematik, ob ein Patient, der einen festen Behandlungstermin beim Arzt erhalten hat, aber ohne Benachrichtigung einfach nicht kommt, dem Arzt zum Schadenersatz verpflichtet ist oder nicht, wird viel diskutiert. Eine allgemeingültige Antwort gibt es nicht- es kommt auf den Einzelfall an. So geht z. B. das Landgericht München in einer Entscheidung davon aus, daß eine Terminierung nur zur Sicherung des Behandlungsablaufs diene und der Praxisinhaber verpflichtet sei, andere Patienten „einzuschieben“, was im übrigen dem normalen Ablauf einer Bestellpraxis entspreche. Auch in Verpflichtung der Schadensminderung sei der Arzt gehalten, so zu verfahren.

Zu berücksichtigen sei weiter, daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patient rechtlich als Dienstvertrag zu qualifizieren sei, der vom Patienten jederzeit gekündigt werden könne. Ein Nichterscheinen könne als eine solche Kündigung gedeutet werden, wenngleich dies zweifelhaft sei und vom Einzelfall abhängige. Schadenersatz bei unentschuldigtem Nichterscheinen sehen die Gerichte- z. B. das Landgericht Konstanz- begründet, wenn der Arzt mit längeren Terminvorläufen arbeitet und kein Ausweichpatient zur Verfügung steht.

Im Resümee läßt sich vertreten: Ersatzansprüche des Arztes gegen den Patienten- aber nicht gegen die Krankenkasse!- auf der Grundlage von Verweilgebühr oder Ausfallhonorar lassen sich, spezifisch im letztgenannten Fall, erzielen - in Höhe der üblichen Gebühren unter Abzug ersparter Aufwendungen. (*NAV-Mitteilg.*)

## Der DAZ stellt sich vor



und Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das Informationsblatt DAZ- Aktiv heraus.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde 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-Virchow-Bund

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV Virchow-Bund, 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

### 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 Virchow-Bund 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 Zusatzleistungen innerhalb der GKV
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- die Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

## Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums 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.

## 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; Behandlungsassistenten.

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergarten und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

## Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KZVen

- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

---

## Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239

**Redaktion** Dr. Karl J. Bäumler, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Johann Brosch, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, Silke Lange, Dr. Till Ropers, Rolf Tödtmann, Dr. Stefan Zimmer

**Redaktionsadresse** Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 240, Fax 08177 1038

**Erscheinungsweise** 4 mal jährlich

**Auflage** 2500 Exempl., bei Sondernummern 6000

**Bezugsbedingungen** Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 40.-DM Für Mitglieder des DAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten das DAZ-forum auf Anfrage.

**Layout und Satz** Karla Hey

**Anzeigenverwaltung** Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 240, Fax 08177 1038

**Mediadaten** bei der Anzeigenverwaltung

**Druck** teamDRUCK Friedenstraße 18a 81671 München

---



Das DAZ- forum ist die Verbandszeitschrift des DAZ,  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV- Virchow Bund,  
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.  
Der DAZ ist der zweitgrößte bundesweit vertretene  
zahnärztliche Berufsverband.

Das DAZ- forum ist von Zahnärzten für Zahnärzte geschrieben.  
An der Praxis orientiert berichtet es aktuell  
sowohl über fachliche als auch über berufspolitische Belange.  
Es versteht sich als **Diskussionsforum**.

---

Bei Interesse an unserer Arbeit wenden  
Sie sich bitte an eine der DAZ-Studien-  
gruppen oder an unsere regionalen  
Ansprechpartner:

**Baden-Württemberg**, Dr. W. Schempf,  
Wilhelmstraße 3, 72764 Reutlingen,  
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517  
**Berlin**, Dr. E. Jakobczyk, Spremberger Str.3,  
12627 Berlin, Tel, Fax 030 9915108 / 5612573  
**Chemnitz**, Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,  
09130 Chemnitz, Tel. 0371 402228, Fax 408686  
**Elbe - Weser**, Dr. Frank Kopperschmidt,  
Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck,  
Tel. 04149 1066  
**Freiburg**, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215,  
79211 Denzlingen, Tel. 07666 2410  
**Hamburg**, Th. Murphy, Poppenbütteler  
Chaussee 45, 22397 Hamburg,  
Tel.040 6074151, Fax 040 6074152  
**München**, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr.20,

81247 München, Tel.089 8111428 Fax 8117768  
**Nordrhein**: Dr. W. Abel, Aldenhovenstr.10,  
Dormagen, Tel. 02133 47494, Fax 43593  
**Oberpfalz**, Dr. Martin Ostermeier,  
Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf,  
Tel. 09404 4455, Fax 09404 5290  
**Oldenburg**, Rolf Tödtmann,  
Oldenburgerstraße 291, 26180 Rastede,  
Tel. 04402 928811, Fax 04402 928831  
**Schleswig Holstein**, Wolfram Kolossa,  
Bahnhofstraße 43, 24217 Schönberg,  
Tel. 04344 9020, Fax 04344 3349  
**Thüringen**, Dr. B.Kröplin,  
Leine-Einkaufszentrum, 37308 Heilbad  
Heiligenstadt, Tel./ Fax 03606 9518  
oder an Irmgard Berger-Orsag,  
**DAZ-Geschäftsst.**, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Tel. 0221 973005 - 45, Fax 7391239  
oder an das **Pressereferat des DAZ**  
Lindenschmitstraße 44, 81371 München,  
Tel. 089 7250246, Fax. 089 7250107

# Beitrittserklärung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ  
im NAV-Virchow- Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

Geb. Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1. 1996

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12.- DM  |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, alte Länder             | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, neue Länder             | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel.ZÄ/ZA, alte Länder             | 360.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel. ZÄ/ZA, neue Länder            | 300.- DM |
| <input type="checkbox"/> | ZÄ/ZA im Ruhestand                       | 60.- DM  |

- Ich interessiere mich für den Gruppenversicherungs-Vertrag mit der CENTRAL Krankenversicherung

## Fluoride in der Kariesprophylaxe

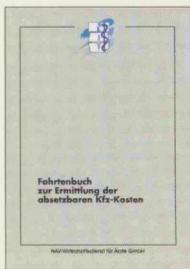
### Neue Literatur-Dokumentation

Aus der Fülle der Publikationen über die Wirksamkeit und Effektivität der Fluoride hat die Informationsstelle der Kariesprophylaxe des DAZ jetzt die für die Praxis wichtigsten Erkenntnisse in einer 24-seitigen Broschüre zusammengefaßt. Sie trägt den Titel „Fluoride in der Kariesprophylaxe“- Fakten und Argumente“.

Die Dokumentation informiert zunächst allgemein über Fluoride: über ihr Vorkommen in der Natur, über den Stoffwechsel beim Menschen, die Funktionen und Wirkungen, über die Toxizität, die Fluoridgehalte in Lebensmitteln und die Fluoridversorgung. Der zweite Themenbereich gibt einen Überblick über das Ausmaß der Zahnkaries in Deutschland und zeigt die Möglichkeiten der Karies-

prophylaxe mit Fluoriden, insbesondere mit fluoridiertem Speisesalz, auf. Erfahrungen mit der Salzfluoridierung in den Nachbarländern fehlen dabei ebenso wenig wie praxisorientierte Kariesprophylaxe-Empfehlungen und Forderungen zur weiteren Verbesserung der Zahngesundheit.

Die Broschüre wurde unter Mitarbeit von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe erstellt und wendet sich in erster Linie an Zahn- und Kinderärzte und Institutionen des Gesundheitswesens, ferner an Prophylaxeexperten, zahnärztliches Fachpersonal und Fachkräfte im Ausbildungs- und Beratungswesen. Sie kann in Einzelexemplaren kostenlos angefordert werden bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau.



# Fahrtenbuch für Zahnärzte

Mit Hinweisen zu den aktuellen  
gesetzlichen Regelungen ab 1996

Die Tendenz der Finanzverwaltung geht dahin, den privaten Anteil am beruflich genutzten Kfz höher einzuschätzen. Wirksam entgegenwirken kann dem nur, wer über einen längeren Zeitraum mit Hilfe eines Fahrtenbuchs seine beruflich veranlaßten Fahrten nachweist. Über den zahnarzt-spezifischen Tabellenteil hinaus gibt der redaktionelle Teil viele Tips und Empfehlungen rund um das beruflich genutzte Kfz.



**NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13-17 • 50668 Köln  
Telefon (0221) 97 355 184  
Telefax (0221) 97 355 22

**Bestellen Sie jetzt! Faxen 0221/9735522  
oder schicken Sie den Antwortcoupon!**

Schicken Sie mir bitte zum Preis von DM 5,- pro Stück  
(zzgl. DM 3,- Versandkosten)

\_\_\_\_\_ Exemplare des Fahrtenbuches zu.

Verrechnungsscheck in Höhe von DM \_\_\_\_\_ liegt bei.

Senden Sie mir auch eine Übersicht über Ihre  
Dienstleistungen.

Absender/Stempel

6604404



# Gut gepunktet:

Bioenergetisch verträgliche, hochgoldhaltige Dentallegierungen mit breitem Indikationsspektrum – das ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von Dr. med. dent. J. Thomsen und der Ögussa-Dentalforschung. **Umfangreiche Tests per Elektroakupunktur nach Voll (EAV) belegen die hervorragende Eignung speziell für sensible Patienten.**

## Biobond® SG IV **NEU!**

• ohne Pd- und Cu-Zusatz • keramisch verblendbar • für Inlays, Onlays, Kronen, Fräsarbeiten und Brückenteile aller Art



## Biobond® III

• ohne Pd- und Cu-Zusatz • keramisch verblendbar • für Inlays, Onlays, Kronen und Brücken mit kleinen Spannweiten

## Biocrown IV plus

• ohne Pd-Zusatz • für Inlays, Onlays, Kronen, Fräsarbeiten, Brückenteile aller Art und Suprastrukturen