



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

Wenn Sie*

mit Ihrer

Krankenversicherung

zufrieden sind,

bleiben Sie

wo Sie sind.

Andernfalls

02 21/16 36-14 49

*Zahnärztin/-arzt

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

50593 Köln • <http://www.ckv.de>

Inhalt

Editorial	Wie geht es jetzt weiter?	2
Gesundheitspolitik	Von den Preußen lernen	4
	Strukturreform im Gesundheitswesen 2000	7
	Frühjahrs-Fortbildung	26
	Zurück statt vorwärts?	28
	Komplexhonorare, Festvergütung und 5-Jahresgarantie	38
	Honorierungsreform endodontischer Behandlungen	41
	Rechtsaufsichtsbeschwerde	46
	Die Lücke im Genom	48
Aus der Praxis	Schmerzfreie Kariesentfernung mit »Carisolv«!?	50
	Fortbildung	52
	Wüste Füllung	54
Aus Wissenschaft und Forschung	Chronischer Tinnitus	56
	Alkohol und Myokardinfarkt	60
Qualitätssicherung	Regeln für die Präparationstechnik	44
Prophylaxe	Jodsalz mit Fluorid	67
Verbandsnachrichten		68
Kleinanzeigen		71
Buchbesprechungen		72
Termine		80
Der DAZ stellt sich vor		81
Impressum		82

Wie geht es jetzt weiter?

Die ersten hundert Tage der neuen Regierung sind vorbei. Immer noch fehlt auf vielen wichtigen Feldern der Politik eine klare Linie. Immer noch haben die Projekte der neuen Koalition den Charakter von Versuchsballons (Ausstieg aus der Atomenergieversorgung, NATO-Strategie, 630-Mark-Jobs, Steuerrecht, Öko-Steuer). Immer noch reibt sich die Kreativität an der Machbarkeit. Das Problem hatte die alte Koalition nicht mehr, weil sie, mit Ausnahme der Agenda 21, nichts auf den Weg gebracht hat, was sich reiben mußte.

Immerhin - auf einem Gebiet wenigstens sind die Verhältnisse und die Absichten klar: Die Zahnärzteschaft wird, zusammen mit ihren Patienten, untergebuttert. Da muß eine neue Ministerin ein Gesetz umsetzen, das sie nach ihrem Amtsantritt erst kennengelernt hat, da wird so gehobelt, daß man vor lauter Spänen das Holz nicht mehr sieht, da wird ein Wirtschaftszweig platt gemacht, weil man ein paar Funktionären zeigen muß, wo der Hammer hängt. Heute z.B. liegt die Arbeitslosenquote im Bereich Zahntechnik bei über 15%. Normalerweise greifen bei solchen Verhältnissen die Sozialpolitiker in die Instrumentenschublade und schaffen ABM-Stellen, oder bieten Umschulungsmaßnahmen an. Bei einer Online-Umfrage der Bayerischen Landes Zahnärztekammer gaben 75% der antwortenden Zahnärztinnen und Zahnärzte an, daß sie entweder schon Personal entlassen hätten oder es in nächster Zeit beabsichtigen. Vielleicht liegt das daran, daß die Vertragszahnärzte sich nicht an ihr

neues Berufsbild als neuer Zweig der Kreditwirtschaft gewöhnen können. Nicht jeder ist darauf eingerichtet, daß er das Geld für seine Arbeit auf unabsehbare Zeit vorfinanzieren soll. Für andere Wirtschaftszweige gibt es dafür Hermes-Kredite mit absehbaren Konditionen. Die Empfänger von solchen Krediten würden sich aber trotzdem bei einer staatlich verordneten Gewinnminderung von 25% (ja, ja - soviel macht eine 10%-ige Vergütungsabsenkung bei ZE aus!) nicht lange mit Jammern aufhalten - raus mit den Arbeitsplätzen aus der Bundesrepublik, Rationalisierung, Investitionen runter!

Muß man dazu noch erwähnen, daß die Gelder, die durch die Degression zurückgeholt werden, **nicht** in den ohnehin budgetierten Topf zurückfließen? Muß man erwähnen, daß gerade die Zahnärztergeneration, die sich jetzt niederläßt, plus all die, die sich bisher als sozialorientiert verstanden und erwiesen haben, umgesäbelt werden, bevor sie auch nur die Windrichtung erkannt haben? Muß man darauf hinweisen, daß solche 'Petitessen' (über 60% der ZE-Fälle), wie die vorherige Genehmigungspflicht für Wiederherstellungen eine Unzahl von Konflikten mit den Versicherten schaffen werden? Glauben uns die Patienten, daß solch bornierter Quatsch nicht auf unserem Mist gewachsen ist, sondern im Solidaritäts-Stärkungs (sic!) -Gesetz steht? Genug, es geht ja um die Frage, wie es weitergeht. "Gemach", klingt es aus dem BMG, "das alles ist ja nur eine kurze, aber notwendige Gewaltbremsung - die neuen Strukturen werden ja schnellst-

möglich geschaffen!" Abgesehen von der Frage, was es da noch zu bremsen gab - wie geht es denn weiter? Nun, der Fahrplan steht schon fest: Die neuen Strukturvorschläge für die medizinische Versorgung werden noch vor der Sommerpause in den Bundestag gebracht. Bis dahin sollen alle betroffenen Gruppen Gelegenheit haben, ihre Vorstellungen, ihr Know-how, in den Meinungsbildungsprozeß einzubringen. Bei dieser Geschwindigkeit (wozu dann vorher die Notbremse?) besteht die große Wahrscheinlichkeit, daß ein 'Hauruck, Haudrauf'-Gesetz entsteht, wie es das letzte war. Für diejenigen, die das Know-how liefern, besteht das Risiko, daß die Regierung sich die 'Rosinen', die ihr in den Kram passen, herauspicks und die Mitwirkung der Experten als Alibi für das Ganze verwendet - ein Ganzes, das auf jeden Fall wieder seine Strukturen unter ein Budget stellen wird. Deshalb ein dringender Rat an alle, die an der Entwicklung der neuen Strukturen mitwirken werden:

Für begrenztes Geld kann es nur begrenzte Leistungen geben. Wer immer einem Budget in der medizinischen Versorgung das Wort redet, muß den Versi-

cherten ehrlich sagen, daß man nicht alles einkaufen will, was auf dem 'Markt' ist und muß klar sagen, was unter 'notwendig, wirtschaftlich, ausreichend' zu verstehen ist. Für den Rest ist die GKV nicht gedacht. Dies muß eine Prämisse für die Mitarbeit zahnmedizinischer Experten sein. Und weiter:

Der Meinungsbildungsprozeß, der da unnötig überhastet ablaufen soll, darf nicht hinter verschlossenen Türen vor sich gehen. Alle Betroffenen müssen das Recht haben, detailliert mitzuverfolgen, welches Schicksal den Ideen beschieden ist, die da in den Prozeß eingebracht werden, und von wem sie stammen. Diese Forderung zumindest kann ja bei einer Ministerin, die eine basisdemokratische Partei vertritt, nicht auf taube Ohren stoßen. Vielleicht stellt sich unter solchen Bedingungen heraus, daß 'gut Ding' Weile haben muß. Für ein perfektioniertes Abstrafungsgesetz, das weder für Versicherte noch für 'Leistungsanbieter' Perspektiven bietet, sollte von zahnärztlicher Seite niemand seinen guten Namen hergeben.

Dr. Kai Müller, Seefeld

Liebe forum-Leser — daß das jetzt geltende Solidaritäts-Stärkungsgesetz (SolG) eine vom SPD-Sozialexperten Dressler verfaßte Abstrafungsaktion für Schirbort und seine KZBV ist, ist bekannt. Gesundheitsministerin Andrea Fischer will es wohl besser machen und plant nun eine umfassende Reform der kassenzahnärztlichen Versorgung, wozu ein Expertenteam berufen wurde, das - ohne den DAZ - möglichst bald konkrete Vorschläge ausarbeiten soll. Da es aber gerade jetzt wichtig ist, an der Gestaltung unserer Arbeitsbedingungen im nächsten Jahr mitzuwirken, veröffentlichen wir auf den folgenden Seiten die Ideen und Beiträge verschiedener Kollegen - auch wenn sich nicht alles mit unseren Vorstellungen deckt. Sie sollen aber vor allem eine Aufforderung an Sie alle sein, sich an der Diskussion mit eigenen Beiträgen zu beteiligen.

Von den Preußen lernen!

Mitte des letzten Jahrhunderts nahm an einem heißen Sommertag ein Trupp Soldaten unter der gestrengen Aufsicht eines Unteroffiziers in einem See ein erfrischendes Bad. An den Rand hatte er ein Schild gestellt: »Ins Wasser pinkeln verboten.« Da kam zufällig der kommandierende General Scharnhorst vorbei, sah das Schild und befahl, es sofort zu entfernen. Den entsetzten Einwand des Unterführers wies er mit den Worten zurück: »Sie untergraben Ihre Autorität, wenn Sie Befehle geben, deren Einhaltung Sie nicht durchsetzen können.«

Recht hatte er, aber gelernt hat die Obrigkeit diese Lektion bis heute nicht - jedenfalls nicht beim Erlaß von Gesetzen, Richtlinien und Anordnungen im Gesundheitswesen. Im Gegenteil: Die Regeldichte staatlicher Eingriffe wird immer komplexer, immer konfuser und immer frustrierender für die, die sie in den Praxen umsetzen sollen.

Das Sozialsystem, dessen Funktion auf Konsensfindung und Solidarität angewiesen ist, fliegt förmlich auseinander. Letztes Beispiel ist das sogenannte »Solidaritäts Stärkungs-Gesetz«, das die SPD-Fraktion unter Federführung von Herrn Dreßler der neuen grünen Gesundheitsministerin zur Begrüßung im Amt auf den Tisch gelegt hat - qualitätsfeindlich, selbstverwaltungsparalisierend und phantasielos. Einfach die Dauerschrauben noch eine Drehung fester, bis das Blut spritzt - völlig außer acht lassend, daß Zahnheilkunde in Zahnarztpraxen stattfindet und nicht in Koalitionspapieren. Aber - so die Ministerin,

die Wert darauf legt, daß das Produkt nicht aus ihrem Haus, sondern von den Fraktionen stammt - nur eine »Notbremse«.

Der große Wurf ist uns aber schon angekündigt: Die zum Ende des Jahres avisierte Strukturreform, zu deren Vorbereitung die Expertenrunden bereits zusammengetrommelt werden. Und wieder werden Experten gehört: eine wohl-gemischte Runde von gewählten Standesvertretern, fortschrittlichen Wissenschaftlern und der Regierungskoalition nahestehenden Praktikern. Gut beraten ist die Regierung also, wenn es darum gehen soll, endlich Prävention und Qualität in der Zahnmedizin zum Durchbruch zu verhelfen. Endlich hat eine Regierung den Mut, alte BEMA-Strukturen zu hinterfragen, Ursachen für Über- und Unterversorgungen zu durchleuchten und Patienten wirksam zu schützen. Auch die häßlichen Budget-Strukturen sollen stromlinienförmiger gestaltet werden, denn eines ist klar: Mehr Geld für die Zahnheilkunde wird es aus der GKV am Ende sicher nicht geben.

So weit, so gut, meint man - nach 20 Jahren endlich ein erkennbares Konzept. Das allerdings hatte die Expertenrunde um Herrn Seehofer 1992 auch schon geglaubt, die am Ende entsetzt mit ansehen mußte, wie eine große CDU/CSU/SPD-Koalition unter Ausschluß einer schlafenden FDP und einer sich total verweigernden Zahnärztführung aus ihren Vorschlägen zu gerechteren Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) und zur Qualitätssicherung die Degression

zu Gunsten der Krankenkassen und die 2 Jahresgarantie für Füllungen drechselte und darüber hinaus - aus eigenem Antrieb - noch die 10-prozentige Zahnersatzabwertung und die Budgets auf die Praxen niedersausen ließ.

Viele engagierte qualitäts- und sozialverpflichtete Zahnärzte im DAZ, die sich jahrelang der ehrenamtlichen Politikberatung verschrieben hatten, haben danach das Handtuch geworfen, sich zurückgezogen und so - wie man weiß - Herrn Schirbort und seinen Freunden das Feld überlassen. Vor deren Scherbenhaufen stehen wir heute.

Wie geht es also weiter? Das deutsche Selbstverwaltungssystem, vor 20 Jahren noch modellhaft in der Welt, erstickt in Bürokratie. Nach in kurzer Folge erlassenen Stärkungs- und Dämpfungsgesetzen ernähren Pfusch und budgetierte Menge ihren Mann. Qualität und Prävention gibt es nur gegen Bares, seit 1. Januar vielfach nur noch auf Abdingung, Folge staatlicher Regelungswut standespolitischen Unvermögens, gepaart mit persönlichen Animositäten, die noch vor einem Jahr, lang ist's her, Seehofer/Schirbort - »Männerfreundschaft« genannt wurden.

In einzelnen KZV-Bereichen ist das, was von der Selbstverwaltung übrig ist, noch miteinander im Gespräch und handelt die vorgeschriebenen Punktwertabsenkungen wenigstens noch aus. In anderen, vor allem in Niedersachsen und in Bayern, fahren die auf Konflikt getrimmten Kamikaze-Syndikate den Karren immer weiter in den Dreck: Niedersachsen hat von Mitte Oktober bis Ende Dezem-

ber (ganze 2 1/2 Monate!) keinen Pfennig mehr für Sachleistungen ausgezahlt und ein neuer 99er HVM (V für Veruntreuung!) mit gleicher Obergrenze für alle ist schon verabschiedet. Auf zigmillionen Vergütungen durch fehlende Budgetausschöpfung verzichtet, weitere Millionen Ansprüche gar nicht erst abgerechnet, andere Zig-Millionen als KZV Vermögen auf Halde liegen und nicht ausgezahlt, das ist »Konflikt«-Politik, als Hinterlassenschaft der alten Koalition in enger Zusammenarbeit mit dem KZ(B)V Verhandlungsmonopol.

Cleveres Austaktieren der Sozialgerichtsbarkeit, mit deren Hilfe die eigene Kollegschaft zu Hunderten durch die Instanzen getrieben wird, für die am Ende nach vielen Jahren Prozessierens ein Sieg einer Niederlage gleichkommt, weil Frust und Vertrauensverlust in die Honorarsicherheit die am Ende zugesprochene zinslose Vergütung aufwiegen. Bis heute sind die Prozesse gegen die HVM-Kürzungen 1994 und 1995 nicht abgeschlossen, obwohl in beiden Jahren die budgetierten Gesamtvergütungen gar nicht ausgeschöpft worden sind.

Eine Strukturreform muß Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten schaffen, Spielraum eröffnen, dieser Provinzposse zu entrinnen. Der Gesetzgeber muß Anreize schaffen, daß Kreativität und Selbstgestaltungswillen im Rahmen von zur Verfügung stehenden Geldmengen und gesundheitspolitischen Zielvorgaben Patienten und Praxen zugute kommen. Wenn heute die Ministerialbürokratie den BEMA präventionsorientiert umgestalten will, hört sich das zwar gut an. Man muß aber wohl fragen dürfen, aus

welchen Mitteln dann die Spätschäden qualitativ ausreichend versorgt werden sollen, nachdem seit 20 Jahren dieselbe Ministerialbürokratie keinen Finger zur wirksamen Ausgestaltung der Gruppenprophylaxe rührt, deren flächendeckendes Angebot Leistungsausgrenzungen im Zahnersatz legitimieren könnte. Stattdessen nimmt man Qualitätseinbußen durch Honorarenteignung und Rationierung durch Budgets in Kauf.

Wer heute als niedergelassener Zahnarzt Vorschläge unterbreitet, neue Leistungen in den Katalog der Kassen aufzunehmen, nimmt stillschweigend in Kauf, daß andere dafür enteignungsgleich abgewertet werden. Nach den Erfahrungen von 1993 kann niemand mehr sagen, er habe nichts vorher gewußt. Die naiv bejubelte »Privatisierung« von Zahnersatz in der GKV 1998 war ja nicht mehr als die Einführung der GOZ als Abrechnungsmodus in die Gesetzliche Krankenversicherung unter Beibehaltung der BEMA-Richtlinien, was letztlich dazu geführt hat, daß sogar die Axt an die seit 10 Jahren vor sich hindorrende GOZ gelegt worden ist.

In Niedersachsen hat der KZV-Vorstand selbst ein Einkaufsmodell gestartet, nicht aus gesundheitspolitischer Verantwortung oder als Stärkung seiner Position gegenüber den Krankenkassen, sondern weil er seinen alten »Korb« wieder neu füllen will - blind vor den Realitäten, phantasielos und aus alten Fehlern nichts gelernt, weil nur auf Konflikt und Gewinner-Verlierer-Denken programmiert.

Immer rascher aufeinanderfolgende großflächige Löschkaktionen lassen die

Hartgesottenen wachsen und ersäufen die Zarten, die Neuen, die Jungen. Eine grüne Ministerin, die der ökologischen Denkweise nicht nur im Feuchtbiotop des Dorftümpels frönt, sondern die die Förderung von Vielfalt, die Chance von Chaos und das Vertrauen in die Kraft dezentraler Netzwerke zur Basis ihrer Strukturveränderungen macht, muß den Mut aufbringen, Monokulturen Alternativen entgegenzusetzen. Wir brauchen Mut zu Nischen, Vertrauen, Pflänzchen zu säen und Geduld, sie wachsen zu lassen. Unser Gesundheitswesen braucht Vielfalt, an der brutalen Einfalt der Starren bricht unser Solidarsystem auseinander.

Dieses Gesundheitswesen braucht Modelle, in denen Davids gegen Goliaths eine Chance haben. Die Zeit für Seehofer und Dreßler-Keulen ist abgelaufen, auch Schirbort hat seine Chance gehabt. Kleine, regionale Organisationsstrukturen, die mit durchaus begrenzten Mitteln - und sei es über Kopfpauschalen, kreativ zeigen können, wozu sie in der Lage sind, wenn sie in Konkurrenz zu KZVen treten dürfen, warten auf ihre Chancen. Dieses alte System scheitert an seiner Verschwendung und nicht an seinem Mangel an Ressourcen: Für Zahnmedizin wird auf der Welt in Deutschland auch heute noch das meiste Geld pro Kopf der Bevölkerung ausgegeben. Wo bleibt es? Ich fürchte, in preußischen Badetümpeln! Darum hatte Scharnhorst recht, darum müssen die Schilder weg. Ob wir damit jemanden am Pinkeln hindern, weiß ich nicht - aber wir haben eine Chance, die Autorität wieder herzustellen!

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

Strukturreform im Gesundheitswesen 2000

Beispiel Zahnheilkunde

1. Präambel

Eine langfristig angelegte, grundlegende Strukturreform in der Zahnheilkunde, die diesen Namen verdient, muss die notwendigen Rahmenbedingungen für den Umbau des zahnärztlichen Therapieansatzes weg vom Zahnersatz hin zur Zahnerhaltung und zur Prophylaxe schaffen. Dabei muss sie insbesondere auf die junge und die zukünftigen Zahnarztgenerationen abzielen, die ihr Berufsziel aus einem mehr ärztlichen als handwerklichen Verständnis heraus in der Erhaltung der natürlichen Zähne ihrer Patienten sehen. Diesen muss sie die notwendigen Ressourcen bereitstellen, ihr zahnerhaltendes Praxiskonzept auf der Basis fester Punktwerte in freier Praxis verwirklichen und ihre wirtschaftliche Existenz sichern zu können. Das heute praktizierte System, das für den wirtschaftlichen Erfolg ein grosses Zahnersatzvolumen voraussetzt und die Vermeidung von Zahnersatz benachteiligt, steht solchem Bestreben diametral entgegen.

Darüberhinaus muss eine solche Reform auf der einen Seite strikt kostenneutral sein, um die Lohnnebenkosten nicht weiter in die Höhe zu treiben, sondern sie langfristig möglichst zu senken. Auf der anderen Seite darf sie Innovationskraft und Wachstum des Wirtschaftsfaktors Gesundheit nicht behindern, sondern muss diese im Gegenteil stärken und fördern, da der Markt Gesund-

heit nach Meinung von Fachleuten der Träger des nächsten konjunkturellen Aufschwungs sein wird.

Im folgenden wird ein fundierter Reformvorschlag aus einer zwölfjährigen Erfahrung als Vertragszahnarzt heraus unterbreitet, der das Erreichen dieser Ziele unter Erhaltung unseres sozialen Gesundheitssystems, für das wir von aller Welt beneidet werden, impliziert.

Es erfordert von allen Beteiligten ein erhebliches Mass an Umdenken, insbesondere von den derzeitigen politischen Meinungsbildnern in der Zahnärzteschaft, die allerdings weniger als 30% der Zahnärzte repräsentieren, so dass ein lauter Schrei der Empörung durch die standespolitisch kontrollierten Medien gehen wird. Von der Mehrzahl der auf Zahnerhaltung abzielenden und besonders den zukünftigen Ärzten für Zahnheilkunde wird er aber sicherlich positiv aufgenommen und umgesetzt werden.

Im folgenden wird detailliert beschrieben, wie eine solche für alle medizinischen Fachbereiche beispielhafte Reform im überschaubaren Bereich Zahnheilkunde in einem breit angelegten Modellversuch auf freiwilliger Basis vorgelebt werden kann, ohne die bestehende Ordnung zu gefährden. Der Vorschlag enthält moderate Forderungen, die aber durch die angebotenen Gegenleistungen mehr als kompensiert werden. Insbesondere wird eine

bisher nicht vorstellbare Transparenz im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle angeboten. Alle der ärztlichen Ethik entgegenstehenden Positionen, die die Qualitätssicherung behindern, werden aufgegeben. Sie werden vielmehr als Gegenleistung für das entgegengebrachte Vertrauen der Patienten aus der Zahnärzteschaft heraus formuliert, vertreten und umgesetzt.

Sollten sich die Widerstände -von welcher Seite auch immer- als zu übermächtig erweisen, kann das vorgeschlagene Reformmodell auch sehr gut als Basis zu Verträgen für Einkaufsmodelle auch mit privaten Versicherern dienen, die die jetzige Standespolitik zwar vehement bekämpft, deren Einrichtung sie aber durch ihre destruktive, zahnersatz-fizierte Politik fördert.

2. Ziel

Eine tiefgreifende Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich Zahnheilkunde muss von den Patienten, der Zahnärzteschaft, der Politik und den Versicherungen gemeinsam getragen werden.

Erfolgreiche Gesundheitspolitik im Bereich Zahnheilkunde orientiert sich an den aktuellen und kurzfristigen Bedürfnissen der Patienten, der praktizierenden Zahnärzte und der Kostenträger und versucht, die Rahmenbedingungen für einen möglichen Konsens zu schaffen. Will sie als weitsichtig anerkannt werden, muss sie jedoch langfristig angelegt sein, um den heute schon abzusehenden, zukünftigen Entwicklungen

Rechnung zu tragen. Hierbei kann sie die positiven Erfahrungen anderer, mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbarer Länder nutzen und deren negative Entwicklungen meiden.

Dabei darf sie den Konflikt mit den verschiedenen Interessengruppen und die Veränderung überholter Strukturen nicht scheuen, sondern muss sich zuallererst an der Volksgesundheit orientieren. Eine weitblickende Reform kann daher als langfristiges Ziel nur den Umbau der Versorgung weg vom Zahnersatz und hin zur Prophylaxe und zur Zahnerhaltung verfolgen.

Dieser Umbau muss kostenneutral erfolgen, um die Lohnnebenkosten nicht weiter in die Höhe zu treiben. Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass das Versorgungssystem durch freiberuflich tätige Zahnärzte in freier Praxis erhalten bleibt, um den nicht unerheblichen Beitrag des Wirtschaftsfaktors Zahnmedizin und den gesellschaftlichen Konsens nicht zu gefährden.

Mit Blick auf den nächsten Konjunkturzyklus, der nach der Meinung massgeblicher Experten von erheblichen Bemühungen um das Erreichen und die Erhaltung von Gesundheit sowie die Bekämpfung von Missbrauch und Schwund von Ressourcen getragen werden wird, kommt einer modellhaften Reform im überschaubaren Bereich Zahnmedizin im Hinblick auf den dynamischen Wachstumsmarkt Medizin eine besondere, zukunftsichernde Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland zu - vgl. Leo A. Nefiodow, Der sechste Kondratieff, ISBN 3-9805144-1-2. Die Lektüre dieses Bu-

ches sei jedem, der sich mit der Zukunft und der Gesundheit als Wirtschaftsfaktor auseinandersetzt, wärmstens empfohlen. Die Amerikaner sind zukunftsorientiert, dynamisch-innovativ und schlafen nicht. Der Deutsche Nefiodow berät leider nicht den deutschen Bundeskanzler, wohl aber den amerikanischen Präsidenten.

3. Kosten und Finanzierung

Der vorgelegte Reformvorschlag geht von einem Gesamtbudget für Zahnheilkunde aus, das sich an den im Jahre 1997 aufgewendeten Mitteln orientiert und ist strikt kostenneutral.

Zukünftige Steigerungen und Minderungen im Gesamtbudget werden an volkswirtschaftliche Parameter wie z.B. an die Steigerung oder Minderung der Lohnsumme geknüpft. Wegen der Zahnheilkunde können die Beitragssätze für die gesetzliche Krankenversicherung folglich nicht steigen. Die in 1997 aufgewendeten Mittel sind zum Erreichen des Ziels im Hinblick auf eine Verbesserung der Volksgesundheit allerdings zwingend notwendig. Ein weiteres Absenken ist kontraproduktiv und wird die Volksgesundheit verschlechtern. Gerade der Bereich Zahnheilkunde ist in den letzten Jahren von erheblichen Einsparungen betroffen worden. Will man ein Sinken der Beiträge erreichen, muss in Bereichen eingespart werden, in denen noch erhebliche Reserven vorhanden sind, so z.B. in der stationären Versorgung und beim Medikamentenmissbrauch.

Das Gesamtbudget Zahnheilkunde gliedert sich in 6 Bereiche:

- a) Prophylaxe
- b) Zahnerhaltung und zahnärztliche Chirurgie
- c) Parodontologie
- d) Kieferbruch
- e) Zahnersatz
- f) Kieferorthopädie

Der hier vorgelegte Reformvorschlag zielt darauf ab, die Punktwerte für die Bereiche a bis d konstant zu halten, sie langfristig aufzuwerten und die in diesen Bereichen erbrachten Leistungen nicht zu begrenzen, sondern vielmehr neue, dringend erforderliche Leistungen einzuführen und zu finanzieren.

Besonders die jungen und die zukünftigen Ärzte für Zahnheilkunde ohne eigene Lobby sehen ihr Berufsziel aus einem mehr ärztlichen als handwerklichen Ansatz heraus in der Erhaltung der natürlichen Zähne ihrer Patienten. Sie können ihre Praxis auf dieses Ziel hin allerdings nur dann ausrichten und organisieren, wenn sie auf der Basis von bekannten und konstanten Punktwerten kalkulieren können. Zum heutigen Zeitpunkt sichert nur ein grosses Zahnersatzvolumen die wirtschaftliche Existenz. An diesem Punkt trägt die Politik eine besondere Verantwortung im Hinblick auf zukünftige Zahnarztgenerationen. Schon die gerade Studierenden werden von einer neuen Generation von ärztlich orientierten Hochschullehrern im Sinne eines zahnerhaltenden, prophylaxeorientierten Therapiekonzeptes ausgebildet und erzogen. Ihnen besonders gilt es die notwendige betriebswirtschaftliche Basis für die Umsetzung dieser Qualitäten in die freie zahnärztliche Praxis zu schaffen.

Um konstante Punktwerte bei unbegrenzten Leistungen im Bereich Zahnerhaltung garantieren und alle für ein auf Zahnerhaltung ausgerichtetes Praxiskonzept zwingend notwendigen Prophylaxeleistungen für alle Patienten finanzieren zu können, werden Anleihen im Bereich Zahnersatz (und KFO) gemacht. Die im jeweiligen Jahr erforderliche Summe wird von den gesetzlichen Kassen vorfinanziert und im Folgejahr über eine Absenkung der prozentualen Zuschüsse bzw. der Festzuschüsse für Zahnersatz zurückgeführt. Aus diesem logischen Ansatz ergibt sich die Kostenneutralität implizit.

Aufgrund der dann geringeren Zuschüsse wird Zahnersatz für den Patienten teurer, was automatisch eine Reduzierung der Nachfrage in diesem Bereich nach sich zieht, wie man im Jahre 1998 deutlich gesehen hat. Geht die Nachfrage nach Zahnersatz stärker zurück als zum rückwirkenden Finanzausgleich erforderlich, werden die Zuschüsse für das Folgejahr wieder angehoben. Oder die Punktwerte der Basisleistungen im Bereich Zahnerhaltung werden erhöht, um die Praxen mit einem nachgewiesen erfolgreichen Zahnerhaltungskonzept zu fördern und einen zusätzlichen Anreiz zur Umstellung auf ein solches Konzept zu geben.

Langfristig ist sogar eine Absenkung des Budgets aufgrund der sinkenden Morbidität denkbar. Voraussetzung dafür wäre allerdings eine gleichzeitige, deutliche Absenkung der Studienbeginner.

Folgt man dem hier vorgeschlagenen Modell, entsteht ein sich selbst regulie-

render Effekt, der die zur Verfügung stehenden Mittel langfristig und stufenweise aus dem Bereich Zahnersatz abzieht, um sie in den Bereich Zahnerhaltung überzuführen, wodurch die Notwendigkeit von Zahnersatz wiederum zwangsläufig sinkt.

Ein weiterer Vorteil dieses Konzeptes ist der, dass die älteren und die weniger zahnbewussten Patienten, die besonders hohe Leistungen im Bereich Zahnersatz nachfragen und auch über die entsprechenden Mittel verfügen, da sie im vollen Erwerbsleben stehen, diese bei langsam sinkenden Zuschüssen selber finanzieren und sie nicht aus dem Bereich Zahnerhaltung abziehen können, wie es bisher der Fall war und bei floatenden Punktwerten durch eine Flucht in die Menge noch stärker der Fall wäre. Sie fördern so die Zahnerhaltung der jüngeren und der zahnbewussten Patienten und sorgen aufgrund ihrer mit zunehmendem Alter ansteigenden Mortalität langfristig für ein zusätzliches Absinken der nachgefragten Zahnersatzmenge.

Es kommt also zu einem wünschenswerten, umgekehrten Effekt wie z.B. in der Rentenfinanzierung, wo die Jungen in zunehmendem Masse durch die Finanzierung der Rentenleistungen für die Alten belastet sind. Folgt man diesem Vorschlag und dehnt ihn nach erfolgreicher Erprobung im zahnheilkundlichen Fachbereich auf andere ärztliche Bereiche aus, gelangt man langfristig zu einem schrittweisen inneren Ausgleich für die bestehende Schieflage im Bereich der Rentenfinanzierung.

Zur Umsetzung dieser Vorschläge im Rahmen der Reform 2000 ist eine Abkehr von der prozentualen Bezuschussung von Zahnersatz und die Wiedereinführung von sinnvollen Festzuschüssen nicht zwingend erforderlich. Sie wäre aber wünschenswert und einfacher. Bedacht werden sollte, dass zumindest ein Argument der Zahnärzteschaft für die letzte Reform ehrlich und richtig war: Eine prozentuale Bezuschussung belohnt denjenigen, der über grosse wirtschaftliche Ressourcen verfügt und sich eine Luxusversorgung eingliedern lässt. Damit wird von den Kostenträgern eine aus dem ärztlichen Ansatz heraus nicht wünschenswerte Überbehandlung (Overtreatment) gefördert und finanziert, die kontraproduktiv zum zahnhaltenden Praxiskonzept wirkt, da sie die Verschwendung der für die Zahnerhaltung benötigten Mittel begünstigt. Ein Festzuschussystem muss allerdings vor der Wiedereinführung von zahnhaltend orientierten Ärzten überarbeitet werden.

4. Vergangenheitsbewältigung

Allen bisherigen Reformen ist gemeinsam, dass sie fast ausschliesslich auf den Kostenaspekt ausgerichtet waren. Sie erschöpften sich in der stufenweisen Abwertung der Honorare im Bereich Zahnersatz, ohne dass die freiwerdenden Mittel dazu verwendet wurden, die bestehenden Leistungen im Bereich Zahnerhaltung aufzuwerten oder zur Vermeidung von Zahnersatz dringend notwendige neue Leistungen im konservierenden Bereich einzuführen. Einzige Ausnahme war die Einführung der Prophylaxe-Leistungen für Kinder und Ju-

gendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr. Am unbestreitbaren Erfolg dieser Massnahme kann man absehen, wie sinnvoll das hier vorgeschlagene Konzept ist.

Dass der medizinische Aspekt in den bisherigen Reformen im Gegensatz zu vergleichbaren Ländern in den letzten 30 Jahren sträflich vernachlässigt wurde, hat vielerlei innerzahnärztliche Gründe, die auf eine katastrophale Berufspolitik zurückzuführen sind, aber auch wesentliche ausserzahnärztliche Gründe.

Um beispielhaft für die an einer grundlegenden Reform beteiligten Politiker und Versicherungsträger eine selbstkritische Betrachtung in den Vordergrund zu stellen, soll hier nur der Anteil der zahnärztlichen Standesführung am Versagen der bisherigen Reformen gewürdigt werden:

Grundlegend ist die viel zu späte Abwendung von einem rein handwerklichen zu einem ärztlichen Ansatz, die zu einer Fixierung der zahnärztlichen Berufspolitik auf den Bereich Zahnersatz geführt hat. Diese Fehlentwicklung hat historische Gründe, die auf der Entwicklung des Berufsbildes aus einer handwerklichen Tradition heraus beruhen (Bader - Friseur - Dentist - Zahnarzt). Die letzte Generation in der Standesführung hat diese Strukturen wegen materieller Eigeninteressen zementiert und hat versäumt, die notwendige Weiterentwicklung zum Arzt für Zahnheilkunde voranzutreiben, und auch die jetzige Standesführung ist von älteren, zahnersatzfixierten Zahnärzten dominiert. Dies hat dazu geführt, dass medizinisch moti-

vierte Reformvorschläge bisher nicht vorgelegt wurden, bzw. nicht vorgelegt werden wollten oder gar konnten. Der Reformstau wird auch an der bestehenden Approbationsordnung deutlich, die neben dem Medizinstudium nach wie vor eine verkürzte Zahntechnikerlehre beinhaltet, wodurch viel wertvolle Ausbildungszeit für den ärztlichen Ansatz verschwendet wird.

Die gescheiterte letzte Reform ist ein abschreckendes Beispiel. Von zahnärztlicher Seite wurde sie mit Begriffen wie zahnärztliche Ethik, zahnärztliche Moral, Verbesserung der Volksgesundheit und Gerechtigkeit für die Patienten überfrachtet. Nach Annahme der Vorschläge durch die Politik stellte sich umgehend heraus, dass es sich lediglich um Rhetorik gehandelt hatte, um rein materielle Zahnersatz-Interessen zu verschleiern. Man sah sich nicht einmal in der Lage, die nach dem Geist des Reformgesetzes zum Erreichen der Liquidationsfreiheit für den nun privatisierten Zahnersatz verabredete zweijährige Schamfrist einzuhalten. Beispielhaft ist auch, dass der einzige nennenswerte Vorteil für die Patienten, die Einführung der Prophylaxeleistungen für die Erwachsenen, sofort aus der Diskussion verschwunden ist und bis heute nicht realisiert wurde.

5. Konkrete Vorschläge

5.1 Prophylaxe und Parodontologie

Eine Ausdehnung sinnvoller und wirksamer Propylaxeleistungen auf den Erwachsenenbereich ist zur Umsetzung eines zahnerhaltenden Praxiskonzepts unabdingbar.

Als Basis für die erforderlichen Leistungen und deren Vergütung werden in einem ersten Schritt die Leistungen für die Erwachsenen übernommen, die heute schon für Kinder und Jugendliche gelten. Als "zusätzliche Leistung" wird die Position "Professionelle Zahnreinigung" in den BEMA eingeführt, die erforderlich ist, um die Lücke zwischen der sorgfältigen Zahnsteinentfernung und der systematischen Parodontitisbehandlung endlich zu schließen. Diese Leistung wird durch den röntgenologischen Nachweis von nicht alterssprechendem Knochenabbau und/oder Konkrementen an Seitenzähnen ausgelöst und kann einmal in drei Jahren abgerechnet werden. Sie wird mit einem Drittel des Falldurchschnitts für eine systematische Parodontitisbehandlung zu 100% erstattet. Die Indikation wird durch die Gutachter anhand der Röntgenbilder (Modelle nicht erforderlich) zunächst stichprobenartig überprüft.

Diese Massnahmen stellen sicher, dass die Behandlung der Grunderkrankungen des Fachbereichs Zahnheilkunde gefördert wird. Zumindest die Behandlung der Grunderkrankungen eines medizinischen Fachgebiets muss durch die hohen Beiträge der Versicherten gewährleistet sein. Sich diesen Forderungen zu verweigern zeugt von mangelndem medizinischen Wissen, fehlender sozialer Kompetenz und wirtschaftspolitischer Kurzsichtigkeit.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass der behandelnde Arzt warten muss, bis das irreversible Vollbild der parodontalen Erkrankung ausgebildet ist, um erst dann eine honorierte Defektbehandlung durchführen zu können. Genausowenig ist ein-

DIE GRACEY-KÜRETEN MIT HU-FRIEDY VORTEIL

Verschleißfestigkeit

Immunity Steel™, unser dreifach gehärteter Spezialstahl, garantiert höchste Verschleißfestigkeit.

Optimales Design

Dr. Gracey erkannte bereits in den 30er Jahren die Notwendigkeit eines gebietsspezifischen Küretten-Designs. In Zusammenarbeit mit **Hugo Friedmann**, unserem Firmengründer, erarbeitete er den nach ihm benannten Gracey-Küretten-Satz. Die Originalunterlagen befinden sich ausschließlich in unserem Besitz. Heute werden diese Küretten von uns nach ISO-Norm gefertigt.

Stabilität

Ideale Rockwell-Härte garantiert Stabilität und lange Lebensdauer.

Ideale Abwinkelung

Die handgefertigten Arbeitssenden der Universal- und Gracey-Küretten mit einem 90° bzw. 70° Winkel zum 1er Schaft ermöglichen eine effiziente Zahnsteinentfernung in allen Bereichen.

Schneidekante

Durch ein spezielles Herstellungsverfahren und den verwendeten Spezialstahl behalten die Hu-Friedy Gracey-Küretten ihren Präzisionsschliff sehr lange. Die Instrumente können aber auch jederzeit problemlos aufgeschliffen werden.*)

Superscharf

Der Präzisionsschliff und der Immunity-Steel™ gewährleisten ein verbessertes Tastgefühl und ein effizientes und zeitsparendes Arbeiten, das nur mit scharfen Instrumenten wirklich möglich ist.

*) Für das Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten hält Hu-Friedy eine Informationsbroschüre mit

Abbildungen für Sie bereit. Wir senden Ihnen

gerne ein kostenloses Exemplar zu. Rufen Sie uns an oder faxen Sie diesen Abschnitt.

Bitte schicken Sie mir Ihre Infobroschüre zum Thema „Aufschleifen von Instrumenten“

Name _____

Adresse _____



Hu-Friedy®
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Postfach 1380 • D-69171 Leimen

Tel. +49 (0)62 24 - 97 00-0

Fax +49 (0)62 24 - 97 00-97

www.Hu-Friedy.com

zusehen, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitgeber des Versicherungsträgers eine Behandlung, die zwangsläufig eine Vielzahl kostenintensiver Folgeerkrankungen vermeidet (Füllungen, Wurzelbehandlungen, Kronen, Zahnersatz, usw.), als Privatleistung bezahlt, oder dass der auf Zahnerhaltung abzielende Arzt für Zahnheilkunde diese personalintensiven Leistungen ohne leistungsgerechtes Honorar erbringt.

In diesem Sinne wirken die Vorschläge der Verschwendung von volkswirtschaftlichen Ressourcen entgegen und dienen der Verbesserung der Volksgesundheit.

5.2 Zahnerhaltende Maßnahmen

Die zahnerhaltenden Massnahmen sind im BEMA im erforderlichen Umfang beschrieben.

Nicht berücksichtigt ist, dass die Medizin schnelle Fortschritte macht und den Patienten neue, bessere und im Bereich Zahnheilkunde haltbarere und weniger invasive Behandlungsmethoden und Materialien anbieten kann. Leider wohnt diesen Innovationen der Nachteil inne, dass sie gerade im Bereich Zahnerhaltung meist zeitintensiver und damit teurer sind als die herkömmlichen Methoden, so dass eine leistungsgerechte Vergütung auf BEMA-Basis nicht gewährleistet ist.

Im Gegensatz zu den weiter unten aufgeführten vertrauensbildenden Massnahmen durch die Zahnärzteschaft, die ein wesentlicher Bestandteil dieses Reformvorschlages sind, erkennen die gesetzlichen Versicherungen

an, dass sie ihren Versicherten auch im Bereich Zahnerhaltung keine über die Grundversorgung hinausgehende 100%ige Erstattung zusichern können, ohne dass sie auch allein die Verantwortung für steigende Beiträge übernehmen.

Es muss aber gesichert sein, dass diese therapeutischen Massnahmen wissenschaftlich abgesichert sind und auf der Basis von "evidence based dentistry" erfolgen. Nicht jede als grosse Innovation gefeierte Massnahme erweist sich auf längere Sicht als zahnerhaltend. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass der Patient bei diesen innovativen Leistungen von seinem Zahnarzt nicht übervorteilt wird und die Kostenträger ihre Fürsorgepflicht in diesem Sinne erfüllen können.

5.2.1 Füllungen

Ein erfolgversprechender Ansatz, der beispielhaft auf den gesamten zahnerhaltenden Bereich ausgedehnt werden kann, wurde im Füllungsbereich gemacht. Für Kunststofffüllungen in Schmelz-Ätz-Technik (SÄT) im Seitenzahnbereich wurde eine Position (13e-g) in den BEMA aufgenommen, die praktisch nicht über den Krankenschein abgerechnet werden kann. Allerdings kann die Differenz zur Amalgamfüllung privat liquidiert werden.

Die Amalgamfüllung stellt eine gute, langfristige und wirtschaftliche Versorgung dar. Sie ist vom Zahnarzt relativ einfach zu legen, da sie keine aufwendigen Zusatzleistungen, besondere Bedingungen und Fähigkeiten oder teure

technische Einrichtungen erfordert. Sie ist bescheiden honoriert, kann aber bei entsprechend rationellem Arbeiten und der erforderlichen manuellen Geschicklichkeit gerade kostendeckend gelegt werden.

Sie ist aber nicht ohne Nachteile und wird von immer weniger Patienten akzeptiert. Dies ist ein Entwicklungsprozess, der ohne Zwangsmassnahmen, die sich bei der Behandlung von Karies in einer freien Gesellschaft von selbst verbieten, nicht mehr rückgängig zu machen ist. Soviel Freiheit braucht der Mensch. Bestandteil dieser Freiheit ist aber auch, dass der Patient seinen Zuschuss für die Amalgamfüllung nicht verliert, wenn er sich für eine gleichwertige oder bessere Versorgung entscheidet.

Es gibt eine Vielzahl anderer Füllungsarten und -materialien mit ihnen eigenen Vor- und Nachteilen gegenüber Amalgamfüllungen. Nicht zu bestreiten ist, dass es für jede Versorgung eine eigene medizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Indikation gibt. Amalgam ist nicht die optimale Versorgung für jeden Defekt.

5.2.1.1 Modell

Folgendes muss festgestellt werden und ist unabdingbar:

* Die Indikationsstellung ist nach sorgfältiger Diagnose allein Sache des Zahnarztes im aufklärenden Gespräch mit seinem Patienten.

* Die Wahl des Materials erfolgt im Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient.

* Der Gesetzgeber stellt sicher, dass nur wissenschaftlich gesicherte Materialien zur Anwendung kommen (evidence based dentistry).

* Der Kostenträger sorgt dafür, dass sein Versicherungsnehmer nicht übervorteilt wird und schafft im Konsens mit der Zahnärzteschaft und der Politik die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine Überprüfung zur Vermeidung der Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen. Die Indikationsstellung und die Wahl des Materials ist nicht seine Aufgabe.

Der Kostenträger stellt seinem Versicherten eine gute, langfristige, wirtschaftliche Füllung in Form der Silberamalgamfüllung (non-gamma2, alle anderen werden nicht mehr honoriert) zur Verfügung, für die er die Kosten zu 100 % trägt.

Andere Formen der Füllungstherapie, die einer lege artis- Versorgung entsprechen, werden in eine Positivliste und in den BEMA aufgenommen. Alle anderen Versorgungsformen, insbesondere solche, die nur als kurzfristige, provisorische Versorgungsformen anzusehen sind und eine Gewährleistung für einen mehrjährigen Verbleib im Mund nach wissenschaftlichen Erkenntnissen mit aller Wahrscheinlichkeit nicht erfüllen (Beispiel Compomere im Seitenzahnbereich ausser bei Milchzähnen), werden ausgeschlossen und nicht mehr honoriert.

In Konsensgesprächen auf hohem Niveau zwischen Zahnärzten und Kostenträgern werden Höchstpreise und Gewährleistungszeiten (Verbleiben im Zahn) für die jeweiligen Leistungen festgelegt. Der Differenzbetrag zur Amal-

gambfüllung wird dem Patienten privat in Rechnung gestellt. Diese Rechnung enthält einen Hinweis auf die Gewährleistungszeit.

Seitenzahnbereich: Kunststofffüllungen bei Kindern und Schwangeren im Seitenzahnbereich in SÄT werden auf Krankenschein unter den Position 13 e - g abgerechnet. Die einschränkende Indikation bei diesen Positionen wird auf diese Personengruppe erweitert.

Frontzahnbereich: Die Punktwerte für Füllungen in SÄT werden um 30% angehoben, dafür werden andere Kunststofffüllungen, die nicht in SÄT erfolgen, nicht mehr honoriert und die Gewährleistung auf 3 Jahre erhöht (ohne Eckenaufbauten)

Die hier genannten Honorierungen sind im Gegensatz zu dem sonst üblichen Lobbygeschrei bewusst nicht überhöht angesetzt, um dadurch in möglichen Verhandlungen ausreichend Spielraum nach unten zu haben, sondern für eine rationell arbeitende Praxis und einen Zahnarzt mit gutem manuellen Geschick kostendeckend kalkuliert, beinhalten einen massvollen Unternehmergewinn, sind in der Praxis erprobt und mit dem Verständnis der Patienten für die Kosten-Leistungs-Relation konsent.

Der Nachweis für die Notwendigkeit einer Füllungstherapie kann röntgenologisch mit Bissflügel-aufnahmen (2 Zahnfilme, RÖ2) erfolgen, die in Ihrer Frequenz der Kariesaktivität des betreffenden Patienten angepasst sind (höchstens alle 2

Beispiele:

Micropräparation (z.B. Tunnel): Differenzb. DM 50, Gewährl. 3 Jahre

Keramikinsert 2fl.: (Max. 2/Zahn) Differenzb. DM 180, Gewährl. 3 Jahre (incl. Mat.-K)

Goldinlay (2-, 3-, oder mehrfl.) Differenzb. DM 550, Gewährl. 5 Jahre (incl. Mat.-u. Lab.K.)

Keramikinlay (dito, auch Empress) Differenzb. DM 750, dito

Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich (nur solche in SÄT, neue Einteilung nach Prof. Staehle):

a) schmelzbegrenzt, keine oder einfache Matrizentechnik:

K1: Differenzb. DM 30 Gewährl. 3 Jahre

K2: Differenzb. DM 50

K3: Differenzb. DM 70

b) nicht vollständig schmelzbegrenzt, schwer zugänglich, schwierige Matrizentechnik, Mehrschichtigkeit:

K4: Differenzb. DM 90 Gewährl. 3 Jahre

K5: Differenzb. DM 110

Jahre). Er kann in einem ersten Schritt anhand von stichprobenartigen Einzelfallprüfungen überprüft werden.

5.2.2. Übertragung des Modells auf andere konservierende Leistungen

Das oben beschriebene Modell für Füllungen lässt sich leicht auf andere Bereiche konservierender Leistungen übertragen, bei denen die Innovation die Leistungsbeschreibung des BEMA überholt hat.

5.2.2.1. Wurzelbehandlungen

Die Ansprüche an eine lege artis- Wurzelbehandlung sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen, so dass die Definition im BEMA "bis ins untere Wurzel Drittel" in diesem Sinne nicht mehr ausreichend ist.

Nach heutigen Ansprüchen hat eine lege artis Wurzelbehandlung bei erweitertem Durchmesser bis an den Apex zu erfolgen, was eine sorgfältige Technik und einen erheblich gesteigerten zeitlichen Aufwand beinhaltet. Auch wird die undifferenzierte Honorierung zwischen ein- und mehrwurzeligen Zähnen den gestiegenen Anforderungen nicht gerecht, zumal heute technisch und fachlich anspruchsvolle Wurzelbehandlungen sogar an strategisch wichtigen Weisheitszähnen keine Ausnahme mehr darstellen, wenn dadurch herausnehmbarer Zahnersatz vermieden oder ansonsten zu erneuernder oder zu erweiternder Zahnersatz erhalten werden kann (siehe hierzu auch S.41ff).

Auch in diesem Bereich ist es also erforderlich, private Zuzahlungen für tech-

nisch besonders anspruchsvolle Leistungen zuzulassen, um ein zahnerhaltendes Praxiskonzept zu fördern:

Wurzelbehandlung

1-wurzelig: Differenzb. DM 50

Gewährl. 5 Jahre (incl. WSR)

2-wurzelig: Differenzb. DM 120

Gewährl. dito

3- und mehrwurzelig: Differenzb.

DM 180 Gewährl. dito

Die Möglichkeit zur privaten Liquidation des Differenzbetrags wird durch den röntgenologischen Nachweis der bis an den Apex reichenden Wurzelfüllung ausgelöst. Kann diese aus welchen Gründen auch immer nicht erreicht werden, werden die Zuschläge nicht in Rechnung gestellt. Die gutachterliche Prüfung erfolgt im ersten Schritt stichprobenartig.

5.2.2.2. Einzelkronen und Facetten

Einzelkronen und Facetten gehören nicht in den Bereich Zahnersatz, sondern eindeutig zu den zahnerhaltenden Massnahmen. Dass eine Einordnung in den Bereich Zahnersatz unsinnig ist, wird schon durch die deutsche Sprache deutlich, da durch einen Einzelkrone eindeutig kein Zahn ersetzt wird, sondern lediglich Teile der Zahnkrone. Erst bei einer Brücke oder einem Implantat kann man von Zahnersatz reden, da tatsächlich ein Zahn ersetzt wird.

Als Basis für die Honorierung von verblendeten Einzelkronen wird das Honorar für die Kunststoffverblendkrone herangezogen, für Facetten entsprechend die Teilkkrone.

Wie in allen anderen Bereichen werden auch hier in Konsensgesprächen auf hohem Niveau zwischen 5 Vertretern der Kostenträger und einer zahnärztlichen Kommission aus 2 Hochschullehrern und 3 Praktikern Differenzbeträge zur privaten Liquidation für besonders aufwendige Versorgungsformen (Metallkeramikronen, Facetten, Vollkeramikronen, usw.) je nach zahnärztlich-technischem Aufwand festgelegt.

Sollte man sich trotz des von allen für das neue Jahrtausend geforderten neuen Geistes der selbstkritischen Würdigung und der Logik wider Erwarten nicht einigen können, entscheidet ein Bundesausschuss mit einem unparteiischen Vorsitzenden.

Metallkeramik-Krone:

Basisl. Kunstst.-Verblendkr.

Differenzb. DM 80, Gewährl. 5 Jahre

Vollkeramik-Krone:

dito, DM 150, dito

Teilkronen:

dito, DM 200, dito

Jeweils zuzüglich Material- und Laborkosten.

Als vertrauensbildende Massnahme von Seiten der Zahnärzteschaft wird die Gewährleistung von allen Kronen und jeglichem festsitzenden Zahnersatz auf 5 Jahre erhöht.

5.2.3. Kieferchirurgische Leistungen

Als Basis für besonders aufwendige, der Zahnerhaltung dienende kieferchirurgische Leistungen werden ebenfalls BEMA-Positionen aufgenommen und privat zu liquidierende Differenzbeträge

festgelegt. Auch hier können durch den Erhalt von Zähnen und die Vermeidung von neuem Zahnersatz erhebliche Mittel eingespart werden. Die Privatliquidation einer im BEMA festgesetzten Differenz wirkt auch in diesem Bereich fördernd auf das zahnerhaltende Praxiskonzept.

Wurzelspitzenres. an mehrw. Zähnen (pro Wurzel):

Basisl. WSR Frontzahn, Differenzb. DM 70

Chirurgische Kronenverlängerung:

Basisl. Ost 1, Differenzb. DM 50

5.2.4. Kieferbruch

Dieser Bereich ist unglücklich benannt. Unter »Kieferbruch« werden für den zahnerhaltend tätigen Arzt für Zahnheilkunde die zur Therapie der psychosomatischen Erkrankungen des Fachbereichs erforderlichen Schienen abgerechnet. Die Erkenntnis, dass es auch in der Zahnheilkunde Erkrankungen gibt, die der Descartschen Trennung von Körper und Seele nicht folgen und bei denen das bisher dominierende mechanistische, unikausale Therapiekonzept nicht zum Erfolg führt, setzt sich nur langsam durch. So ist es auch zu erklären, dass es im zahnärztlichen BEMA keine Position für ein psychodiagnostisches oder -therapeutisches Gespräch gibt. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse in Lehre und Praxis steht wie ein Berg vor der Zahnärzteschaft.

Deshalb ist nicht nachvollziehbar, dass interessierte Gruppen innerhalb der Standesführung die Zahnmedizin von der Medizin abkoppeln wollen, um die natürliche Entwicklung vom Dentisten über den Zahnarzt zum Arzt für Zahnheilkunde zu blockieren und

das Rad wieder in Richtung Friseur zurückdrehen.

Die Einführung einer solchen Gesprächsposition entsprechend der Gebührenordnung der Allgemeinmediziner ist, bei gleichzeitiger Berücksichtigung in der zahnärztlichen Ausbildung, dringlich und unabdingbar, um diese Erkenntnisse zu fördern und die hohen Kosten, die durch die Fehlbehandlung der Patienten mit seelischer Grunderkrankung besonders im Zahnersatzbereich entstehen, möglichst zu vermeiden bzw. zumindest zu vermindern. Ihre Abrechnung muss jedoch an eine nachzuweisende Weiterbildung (z.B. Besuch einer Balint-Gruppe) gekoppelt werden, um niemanden in Versuchung zu führen.

5.2.5 Implantologie und implantatgetragener Zahnersatz.

Implantate sollen auch weiterhin Privatleistungen bleiben. In Zukunft, wenn die aus der Umsetzung dieses Reformvorschlages zwangsläufig folgenden Einsparungen im Bereich Zahnersatz Realität sind, kann über einen Zuschuss durch die Kostenträger nachgedacht werden.

Nichtsdestotrotz wird eine Position für Kassenpatienten in den BEMA aufgenommen, die privat zu liquidieren ist, um die Patienten vor überzogenen Forderungen durch einzelne Zahnärzte zu schützen und die Ressourcen zu schonen.

Anders verhält es sich mit Suprakonstruktionen auf Implantaten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Patient den Versicherungsanteil für eine implantat-

getragene Einzelkrone verliert, wenn dadurch eine Brücke vermieden wird, für die ein wesentlich höherer Betrag von der Versicherung geleistet werden müsste. Eine solche Regelung widerspricht dem zahnerhaltenden Praxiskonzept.

Zahlreiche andere Beispiele für eine Verbesserung von prothetischen Versorgungen mit einer damit verbundenen Verlängerung der »Verweildauer im Mund« sind belegbar:

Zahnlosigkeit:

Der Versicherungsanteil für eine teleskopierende Prothese mit Stahlbasis und zwei Verbindungselementen muss bei einer Versorgung mit Implantaten erhalten bleiben.

Brücken:

Der Versicherungsanteil für die Brückenpfeiler und die Brückenglieder muss auch dann erhalten bleiben, wenn ein zwischengeschaltetes oder endständiges Implantat gesetzt wurde.

Es muss allerdings sichergestellt sein, dass das Implantat lege artis gesetzt wurde und eine sichere Einheilung erfolgt ist. Dazu sind Vorbegutachtungen und Nachbegutachtungen erforderlich, die die entsprechenden Leistungen der Kostenträger auslösen bzw. verhindern.

6. Qualitätskontrolle

Sich gerade im medizinischen Bereich qualitätsschaffenden und qualitätssichernden Massnahmen zu verschliessen oder sie gar wissentlich zu blockieren, ist eine weder verteidigungswürdige noch verteidigungsfähige Position, da sie der ärztlichen Ethik diametral entgegensteht, zutiefst un-

moralisch und volkswirtschaftlich schädlich ist. Diese der Verbesserung der Volksgesundheit entgegenwirkenden Positionen werden aufgegeben. Entsprechende wirksame Massnahmen werden vielmehr aus der Zahnärzteschaft heraus offensiv gefordert, vorgeschlagen, vertreten und umgesetzt.

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser, das wurde gerade am Misslingen der letzten Strukturreform deutlich. Vertrauen zurückgewinnen zu müssen ist teuer, wie man am für 1999 geltenden Vorschaltgesetz erkennen kann. Zudem gilt in einer marktwirtschaftlichen Gesellschaft nach wie vor der Satz, »wer zahlt schafft an«, und zahlen muss letztlich immer der Patient.

Aus zahnerhaltender Sicht gilt dies um so mehr, als bei einem bestehenden und volkswirtschaftlich wünschenswerten Gesamtbudget mit eingeschränkten Wachstumsmöglichkeiten diejenigen, die die nach dem Stand der Wissenschaft (state of the art) wünschenswerten und möglichen Gesundheitsleistungen nicht erbringen wollen oder können, die Ressourcen derjenigen verbrauchen und verschwenden, die erhebliche persönliche und wirtschaftliche Anstrengungen unternehmen, dieses Ziel für sich und ihre Patienten zu erreichen, indem sie sich laufend fortbilden, das notwendige Personal bereitstellen und ihre Praxen auf den erforderlichen technischen Stand bringen und halten.

6.1 Teilnehmerkreis an einem breit angelegten Modellversuch

Es macht sehr viel Sinn, die Anwendung der hier angebotenen neuen Regelungen zunächst auf diejenigen Zahnärzte anzuwenden, die Leistungen erbringen wollen, die der privaten Differenzliquidation unterliegen und die damit automatisch verbundenen, weiter unten ausgeführten qualitätssichernden Massnahmen akzeptieren wollen und können.

Dadurch wird erreicht, dass

- * ein Chaos vermieden wird
- * sich die neuen Strukturen und das neue Verhältnis zwischen den Kostenträgern, den Ärzten für Zahnheilkunde und den Patienten ruhig etablieren und langsam wachsen können
- * die Kosten nicht explodieren
- * Zahnersatz nicht unerschwinglich wird
- * die Widerstände von interessierter Seite geringer und leichter überwindlich sind, da ein solcher Modellversuch bereits durch die bestehenden Gesetze gedeckt ist
- * die Gutachter geschult werden können
- * die notwendige elektronische Datenerfassung zunächst beschränkt ist und langsam anwächst
- * die Freiwilligkeit erhalten bleibt
- * die Zahl der teilnehmenden Ärzte für Zahnheilkunde in dem Maße wächst, wie das neue System überzeugt
- * die Qualität der Teilnehmer gesichert bleibt.

Ausserdem darf man diejenigen Kollegen nicht vergessen, die aus welchen Gründen auch immer nicht mehr so arbeiten können, wie sie eigentlich wollen. Das schuldet der kollegiale Respekt und die Rücksicht auf die Schwachen in einer Gesellschaft.

Die neuen Positionen, die eine private Differenzliquidation auslösen, werden auf dem Datenträger markiert (z.B. K3P) und lösen dann automatisch die folgenden qualitätssichernden Massnahmen aus.

6.2 Prozess- und Ergebnisqualität

Die Prozessqualität ist für die meisten Positionen im BEMA ausreichend beschrieben. Die Ergebnisqualität ergibt sich zum Teil durch die Gewährleistung (Verbleiben im Mund). Mängel bestehen vor allem in der Qualitätskontrolle. Vorgeschlagen wird, die neuen Positionen durch eine kleine Kommission aus 2-3 Hochschullehrern und 2-3 in der Zahnerhaltung erfahrenen Praktikern gemäss einer Mindestanforderung an ihre Berechnungsfähigkeit neu zu beschreiben.

Eine Überprüfung erfolgt anhand von diagnostischen Unterlagen und anhand aussagekräftiger neu zu erarbeitender statistischer Parameter in der Einzelfallprüfung zunächst stichprobenhaft. Bei Auffälligkeiten, die ein festzulegendes prozentuales Mass überschreiten, erfolgt eine intensive kollegiale Beratung mit Begutachtung und Untersuchung der Patienten. Sind diese kollegialen Gespräche nicht erfolgreich, erfolgt ein zunächst dreijähriges Verbot, diese neuen Positionen abzurechnen und somit den Differenzbetrag zur Grundleistung privat zu liquidieren.

Was die statistischen Parameter betrifft, so hat der Vorsitzende des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Herr Schmeinck, seinerzeit moderate,

nachvollziehbare Vorschläge erarbeitet, die in überarbeiteter und aktualisierter Form als Richtlinie gelten können. Typischerweise wurden diese sinnvollen Vorschläge von den politischen Meinungsbildnern innerhalb der Zahnärzteschaft in der Luft zerrissen, von verantwortungsvollen Zahnärzten mit einem zahnerhaltenden Praxiskonzept aus den genannten Gründen jedoch vehement unterstützt.

Die Hersteller von zahnärztlichen Abrechnungsprogrammen werden aufgefordert, ihre Programme entsprechend abzuändern, um die für eine umfassende Qualitätskontrolle erforderlichen statistischen Daten zur Verfügung stellen zu können. Diese Daten werden zahnarzt- und patientenbezogen gesammelt und können -falls datenschutzrechtlich erforderlich- auch anonymisiert werden. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellversuchs durch einen profilierten Hochschullehrer ist zugesichert.

Die Einführung von Tagesprofilen wird ausdrücklich begrüsst. Sicher gibt es innerhalb der Zahnärzteschaft erhebliche Unterschiede in der manuellen Geschicklichkeit und im Rationalisierungsgrad der Arbeitsabläufe und somit in der Leistungsfähigkeit (Leistung=Arbeit/Zeit). Jeder, der Autor eingeschlossen, hält sich für manuell geschickt und gut organisiert. Eine Steigerung der Geschwindigkeit bei gleichbleibender oder steigender Qualität ist ein legitimes und wirtschaftlich notwendiges Ziel des niedergelassenen Arztes für Zahnheilkunde und dient der Leidensminderung des Patienten. Die übertriebene Steigerung der Behandlungsgeschwindigkeit birgt je-

doch zwangsläufig die Gefahr in sich, irgendwann nur noch schnell zu sein.

Wird ein Zahnarzt aufgrund seines Tagesprofils und seiner Behandlerstatistik als ungewöhnlich flink erkannt und gerät in falschen Verdacht, wird er seine besonderen manuellen Fähigkeiten und seinen hohen Organisationsgrad stolz vor seinen Kollegen demonstrieren und diese weiterbilden. Es ist deshalb nicht nachzuvollziehen, weshalb die Einführung von Tagesprofilen verschoben wurde, es sei denn, um sie als Mittel der Qualitätskontrolle für die hier gemachten Reformvorschläge aufzusparen.

Die Degression stellt ein hervorragendes Mittel zur Verbesserung der Ergebnisqualität dar, da eine extrem über dem Durchschnitt geleistete Arbeitsmenge auf lange Sicht nicht ohne unakzeptable Qualitätseinbußen geleistet werden kann, zumindest nicht ohne solche, die die eigene Gesundheit wegen des Schlafentzugs belasten. Zudem ist das letzte Drittel des Umsatzes mit weniger Kosten belastet als die ersten beiden.

Unverständlich und nicht nachvollziehbar ist, weshalb die aus der Degression gewonnenen Mittel dem Gesamtbudget bisher entzogen werden, es sei denn, man wollte abwarten, um sie der Finanzierung der hier gemachten Reformvorschläge zur Verfügung zu stellen. Eine solche Weitsicht ist anerkennenswert und entspricht dem angekündigten neuen Geist in der neuen Regierung.

6.3 Vor- und Nachbegutachtung

Es ist kaum nachzuvollziehen, dass grose prothetische Sanierungen vor ihrer Anfertigung genehmigt und begutachtet werden müssen, ihre Ausführung aber lediglich nach ihrer Verweildauer im Mund über die Gewährleistungszeit und nach der subjektiven Beschwerdefreiheit des Patienten beurteilt werden. Gleiches gilt für parodontale Sanierungen bzw. nicht erfolgte parodontale Sanierungen im Zusammenhang mit Zahnersatzleistungen. Dies umso mehr, als im parodontalen Bereich die Parameter Gewährleistungszeit und Beschwerdefreiheit nicht herangezogen werden können.

Die an einem Modellversuch zur Umsetzung dieser Vorschläge teilnehmenden Zahnärzte akzeptieren und begrüßen die Etablierung von Nachbegutachtungen.

Diese werden umso mehr Bedeutung erlangen, als besonders technische Zahnersatzleistungen immer mehr internationalisiert werden, Nachbegutachtungen somit dem Schutze des deutschen Zahntechnikerhandwerks dienen und der Vergeudung volkswirtschaftlicher Ressourcen entgegenwirken können.

6.4 Gutachter

Um das bestehende Gutachtersystem nicht zu überfordern und die Kosten gering zu halten, akzeptieren und begrüßen die am Modellversuch teilnehmenden Ärzte für Zahnheilkunde den bundesweit organisierten Medizinischen Dienst als Gutachter mit der Einschränkung, dass es sich um Zahnärzte mit Praxiserfahrung handeln muss. Die zwei-

te einschränkende Bedingung ist die, dass den in diesem Reformmodell organisierten Ärzten für Zahnheilkunde die Weiterbildung der Gutachter des Medizinischen Dienstes übertragen wird, um einen an den Realitäten der freien Praxis und am state of the art orientierten Weiterbildungsstand sicherstellen zu können.

Anfällige Oberbegutachtungen werden von gewählten, am Modellversuch teilnehmenden Ärzten für Zahnheilkunde vorgenommen.

7. Schlussbemerkung

Die hier gemachten tiefgreifenden Reformvorschläge zielen darauf ab, das bestehende soziale System der gesundheitlichen Sicherung der Bürger der Bundesrepublik Deutschland, für das wir von der ganzen Welt beneidet werden, zu reformieren und zu modernisieren, es also zu sichern und zu erhalten.

Der für den Bereich Zahnheilkunde angestrebte Modellversuch soll nach erfolgreicher Einführung auf den gesamten ärztlichen Bereich ausgedehnt werden und die Kraft zur positiven Veränderung, die dem deutschen Gesundheitssystem innewohnt, für andere Fachbereiche der Medizin beispielhaft demonstrieren. Dabei wird einer für Kostenträger und Politik völlig kostenneutralen Umstrukturierung des etablierten Therapiemodells weg vom Zahnersatz und hin zur Zahnerhaltung und zur Prophylaxe die ihr gebührende Bedeutung zugemessen.

Die zur Umsetzung der Reform notwendigen Zuzahlungen durch die Pati-

enten sind moderat und stehen in einer vernünftigen Kosten-Nutzen-Relation. Sie zeugen von hoher sozialer Kompetenz, da jedem Patienten weiterhin eine 100%ige Übernahme der Grundleistung sowohl durch die Zahnärzteschaft als auch die Kostenträger zugesichert wird, und alle Patienten Zugang zu zuzahlungsfreien Prophylaxeleistungen und damit endlich auch zur zuzahlungsfreien Behandlung der Grunderkrankungen des Fachgebiets erhalten. Für alle zahnärztlichen Leistungen innerhalb des Modellversuchs wird von den teilnehmenden Ärzten für Zahnheilkunde eine hohe Transparenz für qualitätssichernde und -kontrollierende Massnahmen mit verlängerten Gewährleistungsfristen angeboten.

Mittelfristig wird erreicht, dass der auf die Erhaltung der natürlichen Zähne seiner Patienten abzielende Arzt für Zahnheilkunde seiner Aufgabe in freier Praxis mit dem ihm zustehenden Unternehmensgewinn erfüllen kann, ohne auf sinnvolle neue Therapie- und Diagnoseverfahren verzichten zu müssen. Langfristig kann ein Absinken der erforderlichen Mittel erreicht werden, oder es können neue Leistungen, wie etwa die Implantologie, bezuschusst werden.

Die Reformvorschläge basieren auf dem ursprünglichen Gedanken einer sozialen Marktwirtschaft ("Der Dritte Weg") und erfordern auch von den beteiligten Politikern und den Kostenträgern eine erhebliche Fähigkeit zum Umdenken und zum persönlichen Engagement für die Verbesserung der Volksgesundheit. Zumal von interessierter Seite jahrelang

behauptet wurde, ein solcher Umbau sei unmöglich oder gar sozialistisch. Folglich wird ein Aufschrei der Empörung durch die standespolitisch kontrollierte Presse und in der Folge durch grosse Teile der Zahnärzteschaft gehen. Ich bitte daher alle, die diesen Entwurf erhalten, sich nicht beirren zu lassen, sondern die Aussagen unvoreingenommen zu prüfen, zu überdenken und in die öffentliche Diskussion zu bringen, zumal die innerzahnärztlichen Kommunikationswege durch ein recht merkwürdiges Demokratie- und Kulturverständnis der Standesführung blockiert sind. Ich bin bereit und in der Lage, das Konzept vor welchem Publikum auch immer zu erläutern und zu verteidigen.

Zu bedenken ist, dass die offizielle Standespolitik nur die Interessen einer Minderheit der Zahnärzte repräsentiert.

Eine kontinuierlich ansteigende Zahl von Zahnärzten wird diese Vorschläge positiv aufnehmen und erfolgreich umsetzen, wenn sie sie einmal in ihrer ganzen Tragweite und Bedeutung für die eigene Zukunft und die ihrer Kinder verstanden hat und sie erfolgreich vorgelebt bekommt. Dies gilt insbesondere für die in Ausbildung befindlichen Zahnärzte der neuen Generation, die inzwischen zurecht Angst vor der Niederlassung haben, und für zukünftige Zahnarztgenerationen, für die alle Verantwortung tragen.

Denjenigen, die schreien werden wie immer -"Das ist purer Sozialismus" - "Für das bisschen Geld kann man keine lege artis Zahnheilkunde betreiben" -

"Das ist der Niedergang der Zahnheilkunde in Deutschland"-, usw. usw. sei gesagt, dass dies ein freies Land ist, in dem niemand gezwungen wird, als Vertragszahnarzt zu arbeiten.

Sie sollen jetzt endlich den ihnen bisher anscheinend fehlenden Mut aufbringen, sich privatärztlich niederzulassen oder schweigen und uns andere in Ruhe und Würde im Sinne einer sozial kompetenten, auf Zahnerhaltung ausgerichteten Zahnheilkunde im gesellschaftlichen Konsens an der Verbesserung der Volksgesundheit arbeiten lassen.

Klüger wäre es, den eigenen Organisationsgrad kritisch zu überdenken und die Einführung des Modells zu unterstützen. Zumal die Vorschläge in langjähriger Praxis entwickelt wurden und, soweit gesetzlich zugelassen, medizinisch und wirtschaftlich erfolgreich erprobt sind.

Es ist kaum vorstellbar, dass die vorgeschlagene Reform am Widerstand der Kostenträger oder der Politik scheitert. Sollten die innerzahnärztlichen Widerstände zu gross sein und dieser Anlauf, der einen neuen Geist und eine selbstkritische Besinnung aller beteiligten Gruppen auf ihre eigentlichen Aufgaben einfordert, (wofür das Jahr 2000 ein besonders schönes Datum darstellt), erneut ins Leere gehen, wird von zahnärztlicher Seite nicht zu verhindern sein, dass auf dem bisherigen Weg der Beschneidung im Zahnersatzbereich ohne Kompensation im konservierenden weiter vorangeschritten wird, bis die Schmerzgrenze überschritten ist, und man sich nicht länger wirksamen Reformen im ge-

sellschaftlichen Konsens verweigert. Auf dem Wege dorthin kann es zu einem neuen, aber wiederum scheitern den Korbversuch und zum Niedergang der Zahnheilkunde mit einem erheblichen Qualitätsverlust kommen. Dies ist den Patienten nicht zu wünschen. Es wäre auch ein Armutszeugnis für alle beteiligten Gruppen und entspräche nicht dem Niveau der Bundesrepublik Deutschland.

Ach ja. Zur Not eignet sich das vorliegende Reformkonzept nach seinem Scheitern ja vielleicht als Basis für Einkaufsmodelle, in abgeänderter Form sicher auch für die privaten Versicherungsträger.

*Dr. Dr. Rüdiger Osswald,
München*

Literatur:

Nefiodow Leo A.

Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag, 1997

Staehe Hans Jörg

Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1996

Staehe Hans Jörg

Indikation und Bewertung von direkt hergestellten Kompositrestaurationen im kaubelasteten Seitenzahnbereich. Deutscher Zahnärztekalendar 1997. München, Wien: 1996

Staehe Hans Jörg

Studie zur Erfassung des Zeitaufwands für direkte zahärztliche Restaurationen im kaubelasteten Seitenzahnbereich. Vorschlag für einen Studienplan. Stand: 22.06.96.

Die Referenten der Frühjahrsfortbildung in Frankfurt/Main, 7.-9.Mai '99

Dr. Herrmann Schulte-Sasse, Internist, ehemaliger Beratungszahnarzt der AOK Bremen, Stadtrat im Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München, Mitarbeiter im Stabsbereich des AOK-Bundesverbandes, jetzt Leiter der Abteilung »Gesetzliche Krankenversicherung« im Bundesministerium für Gesundheit.

Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Hauptarbeitsgebiete: Restaurative Verfahren in der Zahnerhaltung, okklusale Morphologie, Funktionslehre des Kauorgans, Community Medicine / Dentistry.

Übernachtungsmöglichkeiten:

Hotel Mercator, Tel: 069-490691

Hotel am Zoo, Tel: 069-490771-75

Tagungsbeitrag:

Für die Veranstaltung mit Prof. Meyer wird bei Beginn ein Beitrag erhoben.

80 DM für berufstätige Zahnärzte (Nichtmitglieder)

60 DM für berufstätige Mitglieder von DAZ oder VDZM

40 DM für Studenten (Nicht-Mitglieder)

20 DM für Studenten (Mitglieder von DAZ oder VDZM)

Teilnehmer erhalten eine Bescheinigung u.a. zur Vorlage beim Finanzamt.

Frühjahrs-Fortbildung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde - DAZ - im NAV Virchow-Bund und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V. - VDZM

Ort: 60385 Frankfurt am Main, Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Straße 24,
Tel.: 069- 44 60 99

Freitag, den 7. Mai 1999 / 20⁰⁰Uhr Gemütliches Beisammensein
in der Gaststätte Horizont, Egenolffstr.39, Ecke Friedberger Landstraße
in Frankfurt-Nordend, Tel.069-432523

Samstag, den 8. Mai 1999

10⁰⁰ Uhr, **Dr. Herrmann Schulte-Sasse**, Leiter der Abteilung Krankenversicherung
im Bundesgesundheitsministerium: Vortrag zum Thema **»Strukturreform 2000
unter besonderer Berücksichtigung der Zahnmedizin«** und Diskussion
(Teilnahme an dieser Veranstaltung beitragsfrei!)

12³⁰ Uhr Mittagspause

14⁰⁰-18⁰⁰ Uhr Prof. Dr. Georg Meyer, Universität Greifswald: Vortrag zum Thema
**»Dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans - Diagnostik, okklusale
Initialtherapie, Aufbißbehelfe«** und Diskussion

ab 20⁰⁰ Uhr gemütliches Beisammensein in einer Frankfurter Kneipe

Sonntag, den 9. Mai 1999

9⁰⁰-14⁰⁰ DAZ-Ratssitzung
Auch interessierte Nichtmitglieder sind herzlich eingeladen.

Parallel: VDZM: Mitgliederversammlung

Infos und Anmeldung:
DAZ-Geschäftsstelle beim NAV-Virchow-Bund
z.H. Irmgard Berger-Orsag, Belfortstr.9, 50668 Köln
Telefon 0221-97300545 Fax 0221-7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Zurück statt vorwärts? Vorwärts!

Gedanken zur zahnärztlichen Berufspolitik zur Jahreswende 1998/1999

Der folgende Beitrag von Chr. Becker, Kelberg, ist natürlich für den engagierten Kassenzahnarzt starker Tobak - wer kann es schließlich verantworten, bei seinen Kassenspatienten jegliche Molarensanierung nur noch auf privater Basis durchzuführen? Die forum-Redaktion stellt diese Gedanken trotzdem zur Diskussion - schließlich sollen jetzt ja Strukturen verändert werden, und da können ruhig auch radikalere Modelle, hier mit dem Blick auf amerikanische und holländische Verhältnisse, zur Sprache kommen: Besonders schwierige Zeiten erfordern schließlich besondere Ideen.

Weshalb machen sich die Zahnärzte eigentlich solche Sorgen um die Auswirkungen des Solidaritätsstärkungsgesetzes? Wenn die Zahnärzte die Versorgung auf das vom Gesetzgeber im SGB V, Kapitel 4, §70, Abs.1 geforderte Maß begrenzen, dann kann man sogar trotz Budget und HVMS die Honorare in der GKV auf ein nach internationalen Maßstäben angemessenes, deutlich höheres Niveau steigern, die Qualität der Versorgung und des Angebotes verbessern und dabei auch noch das Konzept der Grund- und Wahlleistungen realisieren: "Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. **Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden.**"

Man muß gar nicht erst nach Studien und lebenden Beweisen suchen, die belegen, daß man auch ganz ohne Zähne und Prothese noch gut leben, sprechen und

lachen kann. Es reicht völlig aus auf die Theorie der verkürzten Zahnreihe und deren praktische Bewährung zu verweisen:

*Battistuzzi, Käyser, Keltjens, Plasmans: Teilprothesen - Planung, Therapie, Nachsorge. DeutscherÄrzte Verlag 1991, Seite 65: "Zahnbogenverkürzungen...Aufgrund einer Literaturstudie kam Pilot 1978 zu der Schlußfolgerung, daß es **keine wissenschaftlichen Ergebnisse gibt, die die Forderung rechtfertigen, einen bis zu den 2. Prämolaren verkürzten Zahnbogen wieder zu verlängern.** Sowohl bezüglich der Wiederherstellung des Kauvermögens, der Prophylaxe von Kiefergelenksbeschwerden, des Schutzes vor Knochenabbau in den unbezahnten Kieferregionen sowie der Prophylaxe von parodontalen Erkrankungen des Restgebisses ist diese Schlußfolgerung noch immer gültig. Die Behandlungsbedürftigkeit bei verkürzten Zahnbögen wird gleichfalls primär von Ästhetik, Kaukomfort und mandibulärer Stabilität bestimmt. Das Verlängern der verkürzten Zahnbögen ist deshalb nur dann in Erwägung zu ziehen, wenn dadurch wesentliche Probleme gelöst werden können."*

Wenn es medizinisch in aller Regel keinen Sinn macht, eine bis zu den zweiten Prämolaren verkürzte Zahnreihe wieder zu verlängern, dann bedeutet das auch, daß zahnerhaltende Maßnahmen an den Molaren keine Kassenleistungen sein können, sofern die Prämolaren alle in gutem Zustand sind. Wenn ein oder zwei Prämolaren voraussichtlich nicht oder nur mit "nicht wirtschaftlichem" Aufwand erhalten werden können, dann kann man noch den erhaltungswürdigsten der beiden vorderen Molaren bei Bedarf zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen konservierend versorgen. Damit haben die Zahnärzte die Leitlinie, mit der sie die Budgets locker einhalten können. Die Patienten, Politiker und Krankenkassen haben damit eine klare Vorstellung von der Auswirkung der Budgets, ohne daß sie nun moralisieren und den Zeigefinger in Richtung Zahnärzte erheben können. Die Zahnärzte müssen also nur das Gesetz streng einhalten, und schon haben sie

- das Konzept der Grund- und Wahlleistungen realisiert,
- dem Budget, den HVMs und der Degression die Zähne gezogen,
- die Möglichkeit und wohl auch die freie Zeit, die am schwierigsten zu füllenden, mit Wurzelkanalbehandlungen zu versehenen und zu überkronenden Zähne, nämlich die Molaren, zu wirklich angemessenen Honoraren und damit auch sehr gut zu versorgen - sofern sie den Patienten davon überzeugen können, daß ihre Arbeit den Preis wert ist.

Die Kassen können nicht sagen, daß sie das nicht wollen, denn wenn schon der VdAK-Chef die beweisgestützte Medizin als Grundlage der Budgetverteilung

wünscht (siehe ZM 89, Nr.1, 1.1.1990, S. 26), dann werden diese wohl schlucken müssen, daß die Molaren damit weitgehend aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenkasse verschwinden. Patienten und Politikern, denen das nicht zusagt, sollten folgendes bedenken:

— Abgesehen von sehr kleinen einflächigen Füllungen gibt es an den Molaren keine damit aus der gesetzlichen Krankenversicherung entfallenden Leistungen, die man durch geschickten und regelmäßigen Gebrauch von Zahnbürste und Zahnseide nicht hätte verhindern können. Wer wie der größte Teil der Bevölkerung dazu nicht bereit ist, sollte auch den Preis zahlen, so wie auch jeder den Preis dafür zahlen muß, wenn Ölwechsel und andere Wartungsarbeiten beim Auto unterlassen werden.

— Füllungen und Wurzelkanalbehandlungen, aber auch Überkronungen werden in Deutschland nach dem Willen des Gesetzgebers hoffnungslos unterbezahlt und sind damit im Rahmen der Kassenversorgung bei üblichen Betriebskosten ohnehin nur noch in fragwürdiger und immer weniger Nutzen bringender Qualität wirtschaftlich machbar. Dies legt z.B. der Vergleich mit kanadischen und amerikanischen Durchschnittshonoraren nahe (siehe <http://www.bracesinfo.com/fees.htm> und <http://www.aWa.ab.ca/med98-2.html>).

Ach ja, die deutschen Zahnärzte verdienen aber doch so gut, wird man sagen, und daß diese alle sehr gut arbeiten und nur Weltklasse liefern, sagen deren Berufspolitiker doch bei jeder Gelegenheit. In den *ZI - Zahnärztliche Informationen - Mitteilungen für den Zahnarzt in Rheinland-Pfalz*, Heft 4/1998, die ausgerechnet

am 17.12.1998 (am 18.12.98 protestierten die Ärzte und beschloß der Bundesrat das Solidaritätsstärkungsgesetz mit Budgets, HVMS usw.) zugestellt wurden, wird auf Seite 15 der Landes Zahnärztekammerpräsident von Rheinland-Pfalz gemäß einer von ihm bei der Vertreterversammlung am 20. und 21. November 1998 gehaltenen Rede u.a. wie folgt zitiert: "Unser zahnärztliches Niveau ist in Deutschland Weltspitze, dank uns, aber auch dank der GKV".

Mit der gleichen Post kamen die ZM - Zahnärztliche Mitteilungen, immerhin Verbandszeitschrift der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer, in der auf Seite 12 ein KZBV-Vorstandsmitglied unter der Überschrift: "Qualität? - Selbstverständlich! - Qualität! - Selbstverständlichkeit?" so Stellung genommen wurde, daß man den Eindruck gewinnen konnte, daß die Qualität der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland wirklich gut ist und erst von dem neuen "Solidaritätsstärkungsgesetz" der rot/grünen Koalition gefährdet wird. Im Klartext bedeutet dies, daß die Standespolitiker der deutschen Zahnärzte damit der Politik gesagt haben, daß die zum Teil massiven Honorarsenkungen der vorhergehenden Gesundheitsreformen ebenso wie die seit über 10 Jahren mit der vollen Inflationsrate abgewertete GOZ einfach so ohne Qualitätsverluste weggesteckt wurden. Sind die Zahnärztervertreter glaubwürdig?

Was soll man Politikern und zahnärztlichen Laien zu dieser Art zahnärztlicher Berufspolitik sagen? Man kann nur auf die wohl nicht grundlos

höheren Honorare der kanadischen und US - amerikanischen Zahnärzte verweisen. Damit wird allerdings auch offenbar, daß die deutschen Zahnärztervertreter unglaubwürdig sind, weil und soweit sie im Frühjahr/Sommer 1998 35% mehr für die Metallkeramikverblendung haben wollten, weil die Verblendung ihnen mehr Arbeit machen würde. Die Kanadier und Amerikaner berechnen nämlich für alle Kronen praktisch das gleiche Honorar, was ja auch Horst Seehofer und ein Teil der deutschen Zahnärzte als korrekt angesehen haben. Ein andere Sache ist, daß Kanadier und Amerikaner aber auch für die einfache Gusskrone im Durchschnitt mehr berechnen, als die deutschen Zahnärzte beim 2,3-fachen GOZ-Faktor für die keramikverblendete Krone haben wollten, so daß von Abzockerei und überhöhten Rechnungen eigentlich keine Rede sein kann und konnte. Die zahnärztlichen Standespolitiker in Deutschland hätten die Sache nur so darstellen sollen wie sie war und ist. Sie hätten auf die kanadischen und amerikanischen Honorare verweisen und sagen sollen, daß Praxen mit normalen Betriebskosten zum 1,7-fachen GOZ-Faktor eben keine anständige Zahnmedizin machen können. Den 2,3-fachen und höhere Faktoren empfehle man daher wo immer möglich, um den Patienten eine qualitativ möglichst gute Versorgung zu gewährleisten.

— Ansonsten ist noch auf die Internetseite der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (<http://www.PZVD.de>) zu verweisen, der man entnehmen kann, daß die Qualität der kassenzahnärztlichen Versorgung sehr zu wünschen übrig läßt.

Auch wenn man angemessene Honorare zu Grunde legt, ist die zahnerhaltende Versorgung der Molaren ein recht preiswerter Luxus, den sich eigentlich fast jeder leisten kann - wenn er will.

Ein weiteres Einsparpotential ist die in Deutschland häufige Versorgung mit aufwendigen Geschiebe- und Teleskoparbeiten. Auch hier finden sich im Buch von Battistuzzi et al. Hinweise, mit deren Hilfe man solche Arbeiten ohne schlechtes Gewissen praktisch vollständig aus der GKV herausnehmen kann.

Die einfache Klammerprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen ist bei korrekter Planung und guter Mundhygiene in der Regel ausreichend. Soweit wegen der ungünstigen Form der Zähne Überkronungen gesunder oder nur wenig gefüllter Klammerzähne vorgesehen werden, kann man erwägen, die Form der Zähne stattdessen per Säureätztechnik und hochverschleißfestem Komposit vestibulär und palatinal zu modifizieren und damit die Krone einzusparen.

Natürlich sind Geschiebe- und Teleskoparbeiten ebenso wie Implantatversorgungen eine komfortable Versorgung. Aber eine GKV, die dem zahnlosen Patienten implantatgestützten Zahnersatz verweigert, sollte auch bitte den, der noch Zähne hat, nicht auf Kosten der Solidargemeinschaft mit luxuriösen Arbeiten versorgen, wie Geschiebe- und Teleskoparbeiten es praktisch immer sind. Wer schneller und angenehmer Autofahren oder mit seinem Auto imponieren will, muß dafür selbst bezahlen.

Wer schneller und angenehmer kauen oder/und beim Lachen besser aussehen will, sollte das auch selbst bezahlen, zumal die damit verbundenen Kosten in aller Regel, wenn man Preisvergleiche durchführt und sich vor der Behandlung gut informiert, relativ bescheiden sind.

Höhere Honorare für mehr Qualität trotz Budget und HVM

An dieser Stelle werden Gesundheitspolitiker und Kassenfunktionäre, aber auch Zahnärzte meinen, daß die Ausschöpfung der oben erwähnten Sparmöglichkeiten zu einer Verkleinerung der Budgets führen könnte oder würde. Das ist die Frage. Wie der internationale Vergleich zeigt, sind die Honorare für Füllungen und Wurzelkanalbehandlungen in Deutschland mit weitem Abstand zu niedrig. Was nützt den Patienten eine gesetzliche Krankenversicherung, die Frontzahnfüllungen bezahlt, die der Patient gleich eine Woche später von einem anderen Zahnarzt auf private Rechnung neu machen läßt, weil er oder sie so nicht herumlaufen will, wie ich es unlängst erlebt habe? Oder was nützt es, wenn der Zahnarzt einfach Kronen vorschlägt, weil er für dieses lausige GKV-Honorar keine akzeptable Frontzahnfüllung legen kann und will? Ähnliches gilt für Wurzelkanalbehandlungen im Bereich der vorderen Zähne, die weiter in den Bereich der GKV fallen. Hier wäre eine Anhebung auf kanadisches Niveau für die Patienten ein großer Vorteil und Fortschritt, wenn sie beitragsatzneutral finanzierbar wäre und wenn die KZVen die Kollegen zu entsprechend besserer Qualität ermuntern würden. Durch die oben aufgezeigte Einsparmöglichkeit im

Bereich der Molaren ergibt sich im Rahmen der GKV trotz Budget ein Spielraum, um die Honorierung der Füllungen und Wurzelkanalbehandlungen im vorderen Bereich deutlich zu verbessern. Die Berufspolitik sollte dies durchsetzen können. Sie muß nur entsprechend gut, glaubwürdig und überzeugend argumentieren.

Wird die Versorgung durch das Budget schlechter?

Es ist nicht wahr, daß das Angebot an zahnärztlichen Leistungen durch das Budget und die HVMS schlechter oder geringer werde. Die Qualität der Kassenversorgung mit Zahnersatz wird schlechter, wenn die Regierung die Honorarsenkung für den Zahnersatz nicht bald zurücknimmt. Wer als Zahnarzt noch Spielräume zur Kostensenkung hat, wird sie nutzen und dabei davon ausgehen, daß die Politiker und Kassen wissen, was sie tun, wenn sie die im internationalen Vergleich schon vorher viel zu niedrigen Honorare noch weiter absenken. Sehr viel geringer wird - ausreichende Solidarität der Zahnärzte untereinander vorausgesetzt - das Angebot der auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Leistungen. Das Angebot insgesamt wird aber nicht schlechter, sondern eher sogar besser. Die Patienten müssen nur eben selbst wählen und gegebenenfalls den Luxus und Komfort bezahlen, den sie sich leisten wollen. Wenn die Einsparmöglichkeiten wie oben vorgeschlagen zur Steigerung der Honorare für die in der GKV verbleibenden Leistungen genutzt werden, wird die Qualität der GKV-Versorgung sogar besser - wenn die Verbän-

de den Zahnärzten dazu dann auch noch eine von Herstellerinteressen freie, solide und praxisbezogene Fortbildung anbieten.

Wollen die Zahnärzte das?

Die Frage ist, ob die Zahnärzte die weitgehende Verabschiedung der Molaren aus der Kassenversorgung wünschen. Vielleicht fürchten sie diese Entwicklung trotz der zu niedrigen Honorare mit der Begründung: "Dann lassen die Patienten einfach die Molaren ziehen, und uns entgeht mit jedem so verlorenen Molar eine Menge Kassenumsatz". Die Befürchtung ist nicht unberechtigt, aber zunächst sollte man die Einsparung im GKV - Bereich als einzige Möglichkeit zur Erhöhung der Honorare für die in der GKV verbleibenden Leistungen ansehen. Wenn unsere Berufspolitiker gut argumentieren können, sollten wir das Budget erhalten. Die Molaren, die wir nicht ziehen, weil die Patienten sie erhalten wollen, würden dann über das Budget hinaus und außerhalb desselben behandelt. Diese Behandlungen würden besser honoriert als in der GKV. Die Patienten würden allerdings auch mit Recht eine bessere Qualität und Haltbarkeit verlangen und die Zahnärzte müßten sich anstrengen, besser zu arbeiten. Die Patienten haben nämlich noch andere Möglichkeiten und Konsumwünsche.

Ist das alles wünschenswert, sozial und solidarisch?

Insgesamt ist für Diskussionen und Abwägungen in Sachen Molaren nicht viel Platz. Im SBG V ist Klipp und klar die Begrenzung des Leistungsumfanges der

gesetzlichen Krankenversicherung definiert und vorgeschrieben. Ebenso ist klar, daß die beweisgestützte Zahnmedizin die bis zu den zweiten Prämolaren verkürzte Zahnreihe als ausreichend beschreibt. Die Erhaltung oder der Ersatz von Molaren ist damit in aller Regel eine das Maß des medizinisch Notwendigen überschreitende Behandlung und darf damit von der GKV weder bezahlt noch reglementiert werden. Im Höchstfall kann der jeweils erhaltungswürdigste der beiden ersten Molaren in jedem Quadranten zum Bereich der Kassenversorgung gehören. Für Weisheitszähne und den jeweils am wenigsten erhaltungswürdigen der beiden Molaren darf die Kasse nur die Extraktion nebst Nebenleistungen bezahlen.

Geschiebe- und Teleskoparbeiten sind ebenfalls vom SBG V nicht wirklich gedeckter Luxus. Es ist sogar in hohem Maße unsozial und unsolidarisch, daß den Noch-Zahnbesitzern aufwendige Geschiebe- und Teleskoparbeiten oder die Erhaltung nicht notwendiger Molaren ganz oder teilweise von der GKV bezahlt werden, während die armen Zahnlosen keine Implantate bekommen, nur weil diese vor vielen Jahren, in den Zeiten, als man die Geschiebe- und Teleskope in die GKV genommen hat, noch nicht ausgereift waren. Eine soziale und solidarische Zahnmedizin würde die aufwendigen Behandlungen der Molaren ebenso wie Geschiebe- und Teleskoparbeiten zu reinen Privatleistungen machen. Eine soziale und solidarische Zahnmedizin würde allerdings auch eine einfache Versorgung mit Implantaten für wirklich arme, zahnlose Patienten bezuschussen, wenn diese mit ihrer

Prothese nicht zurechtkommen und wenn die Behandlung Aussicht auf Erfolg hat. Das wäre nämlich sehr wohl eine medizinisch notwendige und zweckmäßige Behandlung. Oder soll man diese Leute weiter so herumlaufen lassen, als Studienobjekte für das absolute Minibudget, das nur noch Extraktionen vorsieht? Implantate für Zahnlose wären neben den zur Qualitätsverbesserung unerläßlichen Honorarerhöhungen im Rahmen des Zahnersatzbudgets finanzierbar, wenn die Geschiebe- und Teleskoparbeiten aus der GKV genommen werden. Sozial und solidarisch heißt zu guter Letzt, daß man nicht einfach Leute beklaut, um mit der Beute anderen diesen und jenen Luxus zu finanzieren. Sozial und solidarisch heißt vielmehr, daß man denen hilft, die wirklich Hilfe brauchen, und daß man Hilfe zur Selbsthilfe gewährt.

Mit Transparenz und Versicherungen gegen schwarze Schafe

Über die Angst der Politiker, die Leute könnten von ihrem Zahnarzt abgezockt werden, sollte man auch unter Zahnärzten verstärkt nachdenken. Schwarze Schafe sind ein Problem. Es schadet dem Berufsstand, wenn seine Vertreter deren Existenz leugnen. Das Problem ist der Mangel an Informationsmöglichkeiten für die Patienten. Die Politik sollte Werbung gestatten. Auch sollte es Institutionen geben, die überregionale wie regionale Preisvergleiche und von den Patienten vorgenommene Servicebeurteilungen zusammenstellen und veröffentlichen. Zahnärzte sollten das Recht bekommen, den Patienten nach eigenem Ermessen Gewährleistungen und

Versicherungen anzubieten, um der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Arbeit im allgemeinen oder/und in individuellen Fällen auf eine für den Patienten leicht begreifliche Weise Ausdruck zu verleihen. Daten über solche Gewährleistungen und Versicherungen könnten zusammen mit den Preisinformationen die Patienten zu mündigen und informierten Konsumenten zahnärztlicher Dienstleistungen machen und würden die schwarzen Schafe vom Markt verdrängen. Festzuschüsse, auch für eigentlich nicht in die GKV gehörende Behandlungen, wären ein nützliches Mittel, um die Patienten dazu zu bringen, Rechnungskopien und Leistungsbeurteilungen bei einer solchen Patienteninformationszentrale zur Erfassung einzu-reichen.

Gefahr durch "alternative" Zahnmedizin

"Alternative" Zahnmedizin ist ein Sammelbegriff für diverse Tarnbezeichnungen, hinter denen sich häufig Scharlatanerie oder Quacksalberei verbergen. Patienten und/oder deren Angehörige, aber auch Versicherer, Aufsichtsbeamte und Gesundheitspolitiker können unter anderem über das Internet oder über Publikationen der Stiftung Warentest ("Die andere Medizin") sehr wohl herausfinden, daß es sich möglicherweise um unseriöse und wirkungslose bis eher schädliche Zahnmedizin handelt. Im Internet findet man z.B. unter www.zahnheilkunde.de/dgzmk/set5.htm, die Stellungnahme der DGZMK mit dem Titel "Komplementäre Verfahren in der Zahnheilkunde" aus der DZZ 52, 1997, Heft 9, S.564. Bei www.hcrc.org kann man nachlesen, daß es bereits

1987 in der Novemberausgabe des JADA (Journal of the American Dental Association) in Sachen "alternative" Zahnmedizin einen Leitartikel mit dem Titel "Questionable care: What can be done about dental quackery?" gegeben hat. Die Academy of General Dentistry soll im gleichen Jahr die August-September-Ausgabe ihres Mitteilungsblattes diesem Thema gewidmet haben. In Deutschland hat die "alternative" Zahnmedizin gerade in der Zeit danach, vermutlich als Reaktion auf diverse Honorarabsenkungen und Budgetierungen, so richtig zugeschlagen und Blüten getrieben. Wie auch immer, es schadet dem Ansehen des Berufsstandes und damit längerfristig auch der Zahlungsbereitschaft der Patienten, daß der größte deutsche Zahnärzterverband, der Freie Verband, und verschiedene Zahnärztekammern die Integration "alternativer" Diagnose- und Therapieverfahren in die Praxis fördern oder zumindest dulden, ohne die Kritik der DGZMK und anderer seriöser wissenschaftlicher Organisationen an der "alternativen" Zahnheilkunde widerlegen zu können. Wenn ein zunehmender Teil der Bevölkerung erfährt, daß ein Teil der Zahnärzte Scharlatanerie als Privatleistung verkauft, dann wird es auch für die seriösen Zahnärzte immer schwieriger, privat zu bezahlende Leistungen zu angemessenen Honoraren zu "verkaufen". Dazu kommt, daß die sogenannte "alternative" Zahnmedizin einer zunehmend nicht mehr von der GKV finanzierten Schulzahnmedizin Anteile an den privaten Budgets der Patienten wegnimmt. Vielleicht sind das die Gründe, warum die amerikanischen Zahnärztereinigungen schon früh rigoros gegen die "alternative" Zahnmedizin vorgegangen

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!**

sind und trotz ihrer drastisch umfangreicheren Fortbildungsangebote keine Lehrgänge zur Integration "alternativer" Zahnmedizin in die Praxis anbieten. Abgesehen von den ethischen Bedenken gegen solche Angebote gibt es handfeste ökonomische Gründe: Wenn weite Teile der "Schulzahnmedizin", d.h. der seriösen, wissenschaftlichen Zahnmedizin, nur noch von den Patienten privat zu bezahlende Wahlleistungen und keine "kostenlosen" Versicherungsleistungen sind, dann können die Zahnärzte diese Leistungen nur in nennenswertem Umfang zu guten Honoraren erbringen, wenn der Ruf der Zahnärzte gut und deren Leistung als seriös und wertvoll anerkannt ist. Die Zahnärzteschaft schadet sich durch die Duldung oder gar Förderung von Quacksalberei und Scharlatanerie, die kaltblütig ökonomisch betrachtet ohnehin nur ein Strohfeder ist. Wenn die Patienten große Teile des Angebotes der seriösen Schulzahnmedizin selbst bezahlen müssen, haben die Zahnärzte damit nicht nur die Möglichkeit, angemessene Honorare durchzusetzen. Sie haben, wie in den USA, gerade wegen dieser Möglichkeit auch ein sehr großes individuelles und kollektives Interesse daran, daß die Patienten für ihr gutes Geld exzellente, "schulzahnmedizinisch"-wissenschaftlich solide Leistungen bekommen. In unserem bisherigen System, in dem praktisch das gesamte schulzahnmedizinische Spektrum von der GKV abgedeckt war, war "alternative" Zahnmedizin nur ein Zubrot und deren potentiell schlechter Einfluß auf den Ruf der Zahnärzte spielte ebenso wie andere Qualitätsmängel keine Rolle, weil in der GKV das Geld einfach weiter strömte.

Für eine effizientere Prophylaxe

Einige persönliche Erfahrungen aus den Jahren 97 und 98: Eine Mutter berichtete von einem Informationsabend mit einem Zahnarzt im Kindergarten: "Der ... hat aber gesagt, daß Fluortabletten in den Müll gehören und giftig sind". Verschiedene Mütter zum Thema Zahnseide und Zahnärzte: Zwei verschiedene Schulzahnärzte haben Zahnseide bei der Gruppenprophylaxe nicht erwähnt. In einem Fall hat ein Schulkind deshalb nachgefragt. Die Antwort des Zahnarztes war, daß man Zahnseide nicht brauche. Eine Kieferorthopädin hat einer Mutter gesagt, die Zähne ihrer Kinder stünden schön in der Reihe. Man brauche keine Zahnseide, da die Zwischenräume so eng seien, daß keine Bakterien dorthin gelangen könnten. Viele Kinderärzte sagen, daß Fluortabletten nach dem zweiten Lebensjahr nichts nützen. Meine eigene Befragung von jugendlichen Patienten und Helferinnen hat ergeben, daß in vielen Praxen zwar "Individualprophylaxe" betrieben und abgerechnet wird, aber Zahnseide gehört wohl sehr oft nicht dazu. Alles in allem ein Bild erschreckender Inkompetenz in Sachen Prophylaxe, die ebenfalls dem Berufsstand schadet, sinnlos Ausgaben verursacht und letzten Endes auch angemessene Honorare verhindert, weil die begrenzten Mittel auf zuviele Leistungen verteilt werden müssen.

Deshalb ein Vorschlag: Man möge einige Millionen in die Entwicklung wirklich exzellenter Lehrmittel stecken und diese allgemein und kostenlos zur Verfügung stellen. Es sollte sich um wenigstens einen Videofilm für jede Altersklasse und

für standardisierte Problemfälle bei Erwachsenen handeln. Außerdem sollte man eine Multimedia-CD-Rom zum interaktiven Erlernen einer guten Mundhygiene und Prophylaxe entwickeln. Daneben sollten gute Broschüren entwickelt werden. Alle diese Lehrmittel sollten kostenlos für alle Bürger, Eltern, Kindergärten und Schulen zur Verfügung gestellt werden. Zentrales Ziel der Entwicklung solcher Lehrmittel sollte es sein, Kinder und Erwachsene in die Lage zu versetzen, ihr Gebiß allein - ohne professionelle Zahnreinigung - gesund zu erhalten (ich selbst kann und mache das mit meinem Gebiß auch, und ich habe eine ganze Reihe von Patienten, die das ebenfalls können). Die Lehrmittel müssen sehr gut verständlich und überzeugend zeigen und argumentieren, warum die oben erwähnten Zahnärzte irren, die Zahnseide für überflüssig oder Fluortabletten für giftig oder unwirksam halten. Die Erfahrung zeigt, daß Karies und Zahnfleischentzündungen fast immer dort entstehen, wo die Mundhygiene schlecht ist. Bei den Patienten, die regelmäßig mit der Zahnbürste putzen, sind dies die Zahnzwischenräume. Mit solchen Lehrmitteln, die einschließlich Herstellung und Verteilung wesentlich weniger kosten dürften als die derzeitige Gruppen- und Individualprophylaxe, könnte man gerade diesen Bereich qualitativ wesentlich verbessern und rationalisieren. Nein, als Zahnarzt würde man dadurch nicht arbeitslos. Es gibt genug unvernünftige, faule, bequeme oder auch nur einfach ungeschickte Mitbürger, die von Prophylaxe trotzdem nichts halten, oder die damit manuell oder intellektuell überfordert sind. Diese bekommen Pro-

bleme, die sie gerne behandelt hätten. Manche, aber bei guter Instruktion eben bei weitem nicht alle, benötigen auch eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung. Insgesamt werden also auch exzellente, kostenlos zur Verfügung gestellte Lehrmittel zur Gruppen- und Individualprophylaxe die Zahnärzte keineswegs arbeitslos machen. Solche Lehrmittel werden aber für die Zahnärzteschaft peinliche und für die Patienten schädliche Falschinformationen verhindern. Durch die insgesamt gesundheitsfördernde Wirkung und die Rationalisierung der Prophylaxe würden solche Lehrmittel mehr wirtschaftliche Ressourcen für die übrig bleibenden zahnärztlichen Arbeiten freisetzen, so daß damit auch wieder höhere Vergütungen und mehr Arbeitsfreude für die Zahnärzte sowie mehr Qualität und Leistung für die Patienten erzielbar würden.

ZA Christoph Becker,
Kelberg

... Gestern las ich rein zufällig
(so beim Durchblättern)
in einem Essay von Canetti,
welch' unheimliche Wirkung
die vielen Goldzähne
der Felice Bauer,
der Verlobten Kafkas,
auf ihn ausgeübt haben...

udi

Komplexhonorare für Wurzelbehandlungen, Festvergütung und 5-Jahresgarantie für Kronen - eine Antwort auf Chr. Beckers Molarenausgrenzung

An den Kriterien Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hat der Kassenzahnarzt seine Tätigkeit auszurichten. An diese Vorgaben erinnert Christoph Becker zurecht. Der Haken an der Geschichte ist, daß diese Kriterien nicht exakt zu definieren und hinsichtlich ihrer Beurteilung den Zeitläuften und dem aktuellen Forschungsstand unterworfen sind.

So gilt das mechanistische Dogma der 70er Jahre, daß möglichst jede Lücke (Lücke = Brücke) zu schließen ist, heute nicht mehr. Die Wissenschaft erwartet heute wieder Mut zur Lücke, eine Tatsache, die in den kassenwirtschaftlichen Richtlinien zur Versorgung mit Zahnersatz noch nicht ihren Niederschlag gefunden hat.

Richtig ist die Feststellung von Herrn Becker, daß, von Ausnahmen abgesehen, heute der Ersatz von fehlenden Molaren nicht mehr gefordert wird. Ein herausnehmbarer Zahnersatz wird erst als indiziert angesehen, wenn alle Molaren und ein zusätzlicher Prämolare fehlen, da Schaden und Nutzen eines Zahnersatzes gegeneinander abzuwägen sind.

Aus den ZE-Erkenntnissen leitet Herr Becker ab, daß auch ausgedehnte Füllungen und Endo im Molarenbereich kassenunwirtschaftlich seien und deshalb die Herausnahme solcher Behandlungen aus dem kassenzahnärztlichen Leistungskatalog zu vertreten sei, was gleichzeitig das Budget entlasten würde.

Meiner Meinung nach gehen jedoch solche Vorstellungen zu weit und sind mit einer sozial denkenden Regierung nicht zu realisieren. Bei Endo an Molaren halte ich eher eine gegenteilige Forderung für gerechtfertigt, nämlich eine Erhöhung der Honorare (erhöhter Zeitaufwand, erhöhter Verbrauch an Kanalinstrumenten - siehe hierzu S.41ff).

Wenn schon bei der geplanten BEMA-Änderung verstärkt Komplexgebühren eingeführt werden sollen, so könnte ich mir ein Komplexhonorar pro endodontisch versorgtem Kanal vorstellen. Diese Gelegenheit sollte dann aber auch genutzt werden, um für die Molaren-Endo ein gegenüber den anderen Zähnen verbessertes Komplex-Honorar einzufordern. Letztlich sind wir ja bestrebt, möglichst Zahnlücken zu vermeiden.

Eine endodontische Grundversorgung wäre bezüglich dieser Honorare dann auch noch zu definieren. Sollte dies die Pastenfüllung sein, die bei Einführung des BEMA 1966 Pate für die Honorarfestlegung stand? Wenn ja, so sollte im neuen Gesetz ein Passus eingebracht werden, daß methodische Qualitätsverbesserungen privat zu liquidieren sind. Im übrigen wäre auch der Mehraufwand der Endo an Molaren (und unteren Inzisivi??) ähnlich privat zu liquidieren, wenn ein unterschiedliches Komplexhonorar für unterschiedliche Zahnlokalisationen nicht machbar ist. Im Gesetz ließe sich eine Obergrenze für private Mehrbe-

rechnung festlegen. Man könnte verfahren wie bei Kunststofffüllungen, womit wir dann auch wieder bei der Amalgamfüllung landen, deren angebliche Schädlichkeit wieder im Gespräch sind. Nicht auszudenken, welche Teuerungswelle bei Verbot des Amalgams auf die GKV zukäme, da für zahlreiche mit Amalgam noch zu restaurierende Zähne dann nur noch eine Krone oder Extraktion in Frage käme. Welche Ruinen baut man doch noch für Jahre mit Amalgam auf, was mit Kunststoff als Füllungsmaterial nicht möglich ist. Jeder in sozialen Brennpunkten tätige Kollege kennt das Problem.

Bei zunehmender Zahl fehlender Zähne wird das ZE-Problem drängender. Keiner Diskussion bedarf es, daß es bei festsitzendem Zahnersatz fast keine unzufriedenen Patienten gibt.

Bei herausnehmbarem Ersatz vermitteln sog. Kombiarbeiten mehr Kaukomfort als rein klammerngestützter Zahnersatz. Doch Hand aufs Herz: Ist der Unterschied im Empfinden des Patienten so gewichtig, wenn er keine Vergleichsmöglichkeit hat? Die derzeitige Situation ist jedoch dadurch gekennzeichnet, daß die sog. "sozialen Härtefälle", die m. W. ca 20% der GKV-Versicherten ausmachen, ca 30% der ZE-GKV-Ausgaben verursachen. Mir scheint, daß hier eine 2 Klassen(zahn)medizin im umgekehrten Sinne betrieben wird, was zwangsläufig zur Definition einer Grundversorgung führen sollte.

Sind Kombiarbeiten einer solchen zuzurechnen? Wohl kaum. Letztlich sind diese auch nicht kassenwirtschaftlich, da sie kaum länger halten als klammergehaltene Modellgußprothesen, deren

50% Überlebenszeit bei 10 Jahren liegt (Kerschbaum). Demgegenüber liegt die 50% Überlebenszeit von Kronen - verankerten Modellgußprothesen bei 12 Jahren, wobei Versorgungen mit extracoronaren Attachments etwas schlechter, TK-Arbeiten und Stege etwas besser abschneiden. Für eine um 20% höhere Überlebenszeit liegen die Kosten um 250% höher bei Verankerung auf nur 2 Kronen. Die Finanzierung solcher Behandlungsmaßnahmen kann nicht Aufgabe einer Solidargemeinschaft sein.

Mit der Kollegenschaft weiß ich mich einig in der Erkenntnis, daß im Rahmen eines Budgets nur Leistungsausgrenzungen und /oder Reduzierung von GKV-Zuschüssen zu ZE und Kfo verhindern, daß unsere Vergütungen nicht weiter dem freien Fall überlassen bleiben.

Die einfachste Sparlösung wäre, für Kronen ein Fixhonorar von z.B. DM 300 zu avisieren - völlig unabhängig von der Kronenart. Gemäß der Bonusregelung würde sich der Zuschuß auf DM 360 bzw. DM 390 erhöhen. Bei einer solchen Regelung würden Sonderzuschüsse für Verblendungen, besondere Verankerungsformen und Stiftaufbauten entfallen. Aus diese Weise würden auch neu entwickelte Kronenformen ihren Einstieg finden. Gleichzeitig ließe sich noch eine Obergrenze der Anzahl pro Jahr bezuschußter Kronen festlegen, die in den Niederlanden, die so oft als soziales Vorbild gerühmt werden, bei 2 (tatsächlich nur "zwei") liegt.

Im Prothetikbereich würde man dem Gesetzgeber als weitere Sparmaßnahme eine 5-Jahresgarantie für Kronen anbieten können, eine Garantie, die der Durchschnittszahnarzt i.a. nicht zu fürch-

ten hat. Immerhin liegt in Abhängigkeit vom Kronentyp die 5-Jahresgarantie einer Einzelkrone i. a. deutlich unter 10%. Kollegen mir höheren Verlustquoten - diese gibt es, wie die Studie der BKK Voith-Heidenheim ausweist - würden sich um eine bessere Qualität ihrer Tätigkeit bemühen bzw. die Indikation zur Überkronung überdenken. Längst überfällig ist im übrigen eine echte Selbstbeteiligung bei Kfo.

Unser Ziel muß sein, unsere derzeitige Vergütungshöhe zu erhalten und möglichst partiell zu verbessern, ohne daß

ein Budget alles wieder zu Makulatur werden läßt. Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß wir gegenüber der Sozialpolitik Zugeständnisse machen müssen und keine überzogenen Forderungen in den Raum stellen dürfen.

Insofern der Gesetzgeber der Ausklammerung gewisser Leistungen zustimmt und gleichzeitig die Möglichkeit zu deren privater Liquidation einräumt, so wird dies nur sozialverträglich möglich sein d.h. zu gebundenen Gebührensätzen.

Dr. Robert Teeuwen, Geilenkirchen

Presse-Erklärung DAZ lehnt Degressionsregelung des Solidaritäts-Stärkungs-Gesetzes (GKV-SOLG) als leistungsfeindlich ab!

Seit Inkrafttreten des GKV-SOLG gilt im Bereich der Zahnmedizin eine degressive Vergütungsregelung. Das heißt, oberhalb eines bestimmten Umsatzes (350.000 Leistungspunkte) werden zahnärztliche Leistungen nur noch abgestaffelt bezahlt. Eine solche Regelung bietet die Möglichkeit, die betriebswirtschaftlichen Nachteile kleiner Praxen unter Nutzung der Kostenvorteile umsatzstarker Praxen durch Umverteilung zu lindern - vorausgesetzt, die Degressionsbeträge fließen in die Gesamtvergütung aller Zahnärzte zurück.

Dies ist jedoch bei der inzwischen eingeführten Degressionsregelung nicht der Fall. Die Kostenvorteile und Rationalisierungsmöglichkeiten der umsatzstarken Praxen kommen ausschließlich den Krankenkassen zugute.

In Verbindung mit weiteren Neuregelungen bedeutet somit die Degression eine zusätzliche Kürzung des zahnärztlichen Budgets. Die Erklärung für diese Mehrfach-Abenkung bleibt die Regierung schuldig. Die Gesetzlichen Kassen haben Milliardenüberschüsse erzielt, von Kostenexplosion in der Zahnmedizin kann nicht die Rede sein.

Einbehaltene Beträge müssen innerhalb des Budgets Zahnmedizin verbleiben!

Das klammheimliche Abschmelzen des Budgets bei Ausweitung der abgeforderten Leistungen (z.B. beim Zahnersatz) ist systemwidrig und selbstverwaltungsfeindlich und wird keine Akzeptanz innerhalb der Zahnärzteschaft erreichen. Im Rahmen der Strukturreform 2000 sollte diese Regelung wieder abgeschafft werden. Dies würde die Konsensfindung zwischen Zahnärzteschaft und Regierung erleichtern. —

Plädoyer für eine Honorierungs-Reform endodontischer Behandlungen

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht weist der Autor mit Hilfe einer Analyse des Zeit- und Materialaufwandes von Wurzelkanalbehandlungen nach, daß das jetzige endodontische Honorierungssystem nicht haltbar ist.

Vom 17.11.1989 bis zum 22.07.1991 führte der Autor eine Zeitanalyse seiner Wurzelkanalbehandlungen durch. 808 Zähne wurden wurzelbehandelt und 962 Wurzelkanäle ordnungsgemäß abgefüllt, d.h. nach Vitalexirpation bis ins apikale Drittel und bei Gangränbehandlung und Revision möglichst ad apicem. 85,3% der Kanäle entfielen auf vitale Zähne, die ausnahmslos in einer einzigen Sitzung behandelt wurden. 13,2% der Kanäle wurden an gangränösen Zähnen behandelt. Nur 14 Kanäle = 1,5% waren Gegenstand einer Revisionsbehandlung.

Die Zeitnahmen erfolgten im Selbststoppverfahren ausschließlich für die manuelle Wurzelkanalaufbereitung mit Reamern und für die Wurzelkanalfüllung mittels Lentulo. Die Zeiten für insuffiziente Wurzelfüllungen wurden selbstverständlich mitintegriert, wenn auch solche nicht abgerechnet wurden, insofern eine Wiederholungs-WF keine Verbesserung des Ergebnisses lieferte.

Bei den Wurzelkanalbehandlungen vitaler Zähne lag eine ausreichend hohe Zahl gemessener Zeiten aller Zahntypen außer bei den oberen Weisheitszähnen

vor. Interessanterweise ergab sich für die WK/WF der vitalen oberen 1er und 3er eine identische Zeit, die auch gleichzeitig die am schnellsten durchzuführende war. Diese soll jetzt bei den weiteren Betrachtungen als Basis - Referenzzeit dienen.

Der Autor sieht wenig Sinn darin, die eigenen absoluten Zeiten anzugeben. Absolute Zahlen von Zeiten jeglicher Behandlungen sind weit gestreut. Sie hängen ab von Faktoren wie Erfahrung, Alter (nachlassende Geschicklichkeit), Arbeitsorganisation, Methodik usw. In Deutschland wurden nach Kenntnis des Autors nur 2 Zeitstudien publiziert und zwar einmal im Jahr 1981 die sog. "Dänen-Studie" im Auftrag des Arbeitsministeriums und zum anderen die Studie des Instituts Deutscher Zahnärzte im Jahr 1990.

Für die Leistungsposition VitE, WK, WF stellte die Dänen-Studie einen Zeitaufwand von 23,76 Minuten fest, die IDZ-Studie eine solche von 28,38 Minuten mit einer Standardabweichung von 18,79 Minuten und einer Spannweite von 97,84 Minuten. Die Zeiten beider Zeitstudien beinhalten auch die sog. "Begleitzeiten" dieser Behandlungen. Aus den angeführten Publikationen geht eindeutig die große Varianz hinsichtlich des individuellen Zeitaufwandes hervor.

Der Autor möchte die bereits publizierten Zeitwerte nicht um weitere eigene Zeitdaten bereichern und begnügt sich

deshalb mit einem relativen Vergleich der Wurzelkanalbehandlungen verschiedener Zahntypen innerhalb der eigenen Praxis. Diese relativen Zeitwerte lassen sich am ehesten mit denen anderer Autoren vergleichen, obwohl solche dem Verfasser bisher nicht bekannt sind.

der unteren Inzisivi am höchsten lag, dicht gefolgt von den unteren Molaren. Gegenüber der Wurzelkanalbehandlung der Oberkieferfront war der Zeitaufwand um 2/3 höher. Es erstaunt jedoch der deutlich geringere Zeitaufwand für die Oberkiefermolaren im Vergleich zu den

Zahnlokalisation	Kanäle Anzahl	Zeitlicher Mehraufwand gegenüber 13,11,21,23 pro Kanal %
17,27	91	45,5
16,26	123	63,6
15,25	74	39,4
14,24	45	60,6
13,23	56	+ 0
12,22	39	9,1
11,21	33	+ 0
38,48	13	39,4
37,47	79	93,9
36,46	81	115,2
35, 34, 44, 45	126	24,2
33, 43	43	54,5
32, 31, 41, 42	18	81,8

Tab.: 1 Anzahl der Wurzelkanalbehandlungen vitaler Kanäle und zeitlicher Mehraufwand der verschiedenen Zahnlokalisationen gegenüber den Referenzzähnen 13,11,21,23

Aufgrund der relativ geringen Anzahl von wurzelkanalbehandelten gangränösen Zähnen und der von Revisionsbehandlungen wurden des weiteren alle Wurzelkanalbehandlungen zu größeren Zahntypblöcken zusammengefaßt mit dem Vorteil einer weniger starken Differenzierung bei besserer Übersicht.

Aus Tabelle 1 ist abzulesen, daß der Zeitaufwand für die Wurzelkanalbehandlung

Unterkiefermolaren. Der Autor erklärt sich diese Tatsache damit, daß er bei der Wurzelkanalbehandlung unterer Molaren unbewußt zurückhaltender zu Werke geht, um den Nervus mandibularis nicht durch eine Überfüllung zu gefährden.

Zum Abschluß der Auswertung der Zeitanalyse wurden die Behandlungszeiten aller behandelten vitalen Kanäle sowie die der gangränösen Zähne addiert. Es

Zahnlokalisierung	Kanäle Anzahl	Zeitlicher Mehraufwand gegen- über 13,12,11,21,22,23 pro Kanal %
17,16,26,27	224	30,3
15,14,24,25	147	29,7
13,23	68	-
12,11,21,22	105	-
13,12,11,21,22,23	173	-
38,37,36,46,47,48	176	66,6
35,34,44,35	151	16,1
33,43	55	35,8
32,31,41,42	22	71,1
33,32,31,41,42,43	77	64,4

Tab.: 2 Anzahl aller Wurzelkanalbehandlungen und zeitlicher Mehraufwand der verschiedenen Zahnlokalisierungen gegenüber 13,12,11, 21,22,23

stellte sich heraus, daß bei der WK/WF gangränöser Zähne ein zeitlicher Mehraufwand von 26% zu verzeichnen war. Die wenigen Wuzelkanäle, die einer WF-Revision unterzogen wurden, erforderten gegenüber der Wurzelkanalbehandlung vitaler Kanäle einen zeitlichen Mehraufwand von 44%. Wegen der sehr geringen Zahl letzterer Behandlungsmaßnahmen ist das rechnerische Ergebnis jedoch nur mit Einschränkung zu evaluieren.

Die Ergebnisse der Zeitanalyse sollten Anlaß geben, die Honorierung endodontischer Behandlungen stärker zu differenzieren, wie das bei Füllungen und Zahnentfernungen eine Selbstverständlichkeit ist.

Jedoch nicht allein ein vermehrter Zeitaufwand rechtfertigt eine Reform der endodontischen Honorierung. Der Materialaufwand bei der Wurzelkanalbe-

handlung ist gleichermaßen zu berücksichtigen. Einen unterschiedlichen Materialverbrauch bei der Wurzelkanalbehandlung hat der Autor versucht, in einer weiteren Untersuchung nachzuweisen. Vom 15.10.1997 - 20.10.1998 führte der Autor 319 Wurzelkanalbehandlungen durch.

Die Wurzelkanalbehandlungen setzten sich wie folgt zusammen:

262 = 82,1% VitE
53 = 16,1% Gangrän
4 = 1,8% Revision

Ordnungsgemäß abgefüllt wurden bei diesen Behandlungen 434 Kanäle. Dabei wurden 426 Wurzelkanalinstrumente verbraucht. Die Kanalaufbereitung wurde i.w. manuell vollzogen und zwar mit Reamern aus rostfreiem Stahl (Micro Mega). Bei Bemerkungen einer Verwindung, eines Ausdrehens oder stärkerer Verfär-

Zahnlokalisierung	WF-Kanäle Anzahl	Verbrauch von WKB-Instrumenten		Reamer-Kosten pro Kanal DM
		total	pro Kanal	
12,11,21,22	58	24	0,414	1,275
13,23	27	22	0,815	2,51
15,14,24,25	75	63	0,840	2,587
OK-Molaren	80	123	1,538	4,737
UK-Molaren	88	131	1,489	4,586
35,34,44, 45	73	38	0,521	1,604
33,43	26	13	0,500	1,54
32,31,41,42	7	12	1,714	5,279

Tab.: 3 Verbrauch von Wurzelkanalinstrumenten in verschiedenen Zahnlokalisierungen

bung nach mehrfacher Sterilisation sowie nach Fraktur im Wurzelkanal wurden diese Instrumente aussortiert. In den letzten Monaten wurden Kanäle im Molarenbereich auch maschinell mit Titaninstrumenten (Hero 42, Profile) aufbereitet. Diese führten zu vermehrten Frakturen im Wurzelkanal, ohne daß vorher am Instrument irgendeine Veränderung hätte bemerkt werden können. Wegen des geringen Einsatzes dieser Instrumente blieb die Verlustrate jedoch unter 20 Stück, was somit statistisch nicht ins Gewicht fällt. Das Wurzelfüllmittel wurde stets mit einem Lentulo appliziert. Im Wurzelkanal frakturierte kein Lentulo. Es mußten jedoch insgesamt 5 Lentulos aus anderen Gründen aussortiert werden.

Die Tabelle weist aus, daß obere Inzisivi, untere Canini und untere Prämolaren bei einer Wurzelkanalbehandlung mit dem geringsten Instrumentenverbrauch belastet sind. Diesen gegenüber ist der Verbrauch an Wurzelkanalinstrumenten an Molaren und unteren Inzisivi ca. dreimal so hoch, während er bei oberen

Eckzähnen und Prämolaren ca. zweimal so hoch ist. Somit führt der unterschiedlich hohe Verbrauch an Wurzelkanalinstrumenten an den verschiedenen Zahngruppen zu einer unterschiedlichen Kostenbelastung.

Im Oktober 1998 zahlte der Autor folgende Preise im Dental-Depot für Wurzelkanalinstrumente

Reamer 3,08 DM

Lentulo 4,01 DM

Profile 9,62 DM

Hero 42 6,23 DM

Anhand der obigen Kosten und des Verbrauches pro Kanal läßt sich der Materialkostenaufwand bei Verwendung von Reamern aus rostfreiem Stahl für die unterschiedlichen Zahntypen errechnen. Hinzu zu addieren sind die Sealerkosten pro Kanal - beim Autoren DM 0,80 - sowie zumindest ein Guttaperchastift für DM 0,27 bei Anwendung der Einstifttechnik.

Werden anstatt der Wurzelkanalinstrumente aus rostfreiem Stahl NiTi-Instrumente (z.B. Profile, Hero 42) verwendet, so sind die Beschaffungs- und somit die

Verbrauchskosten 2-3 mal so hoch. Außerdem weisen die NiTi - Instrumente ein deutlich höheres Frakturrisiko auf (E. Schäfer auf dem 2. Endodontie-Symposium am 25./26. April 1998), was den Materialverlust u.U. soweit verteuert, daß das Honorar für eine endodontische Behandlung gegen Null geht, wobei der Zeitfaktor noch keine Berücksichtigung gefunden hat.

Nimmt man das arithmetische Mittel der beiden publizierten Zeitstudien, so liegt der durchschnittliche Aufwand für die Wurzelkanalbehandlung eines Kanals bei 25 Minuten inklusive Rüstzeiten und Nebentätigkeiten. Bei Wurzelkanalbehandlung eines vitalen Zahnes fallen beim GKV - Versicherten die Abrechnungspositionen ViE, WK, WF an - zusammen 65 BEMA-Punkte. Der gangränöse Zahn läßt die Abrechnung Trepl, WK, Med, WF zu = 61 BEMA-Punkte. Wird ein Punkt mit DM 1,50 bewertet, ergibt sich eine Vergütung von DM 94,50 resp. DM 91,50. Um zu einem realistischen Honorar zu kommen, sind von dieser Vergütung die vorher erwähnten Sachkosten abzuziehen - keine sonderliche Motivation zur Durchführung einer Endo. Eine Strukturreform der endodontischen Honorierungssituation ist überfällig.

Die Endo-Honorierung ist in den Niederlanden anders differenziert als bei uns. 1999 wird dort wie folgt honoriert (1,11f=1DM):

- f 66,50 für eine initiale Wurzelbehandlung (Trep, Extirpation, Desinfektion, Spülung)
- f 25,00 Ca(OH)₂-Einlage in separater Sitzung

- f 133,00 Wurzelkanalbehandlung eines 1-kanaligen Zahnes bei Anwendung einer lateralen Kondensation, thermoplastische Füllungstechnik
- f 83,00 Pasten-WF oder Einstifttechnik
- f 41,50 Zuschlag für eine Revisionsbehandlung

Meine eigene Vorstellung wäre, daß die bisherigen Endogebühren, die immer noch auf dem Bema 1966 beruhen mit den damals gebräuchlichen Endomethoden, anzuwenden wären für die Lokalisation der OK-Frontzähne, der UK-Eckzähne und aller Prämolaren unter Einsatz einer Pastenfülltechnik oder Einstifttechnik. Für die Lokalisationen Molaren und UK Incisivi würde ich ein um 50% angehobenes WK-Honorar für angemessen halten. Das WF-Honorar müßte beim Einsatz aufwendiger Techniken (s. Niederlande) deutlich verbessert werden. Eine erhöhte psychische Belastung, wie dies am ehesten bei der endodontischen Behandlung eines Molaren erwartet werden kann, ist in meinen Gebühreenvorstellungen noch nicht einmal berücksichtigt.

Alternativ wäre vorstellbar, die bisherigen Honorare als Basisversorgung zu definieren und darüber hinausgehende endodontische Behandlungen gemäß Mehraufwand an Zeit, Material und psychischer Belastung mit Zuschlägen zu versehen, die möglicherweise privat zu liquidieren wären - Vorstellungen, die selbst bei den von der Bundesregierung geplanten Komplexhonoraren zu realisieren sein sollten.

*Dr. Robert Teeuwen
Geilenkirchen*

Rechtsaufsichtsbeschwerde

wegen pflichtwidrigen Verhaltens der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsens (KZV-N)

Die Studiengruppe Elbe-Weser des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) ersucht das Sozialministerium Niedersachsens, rechtsaufsichtlich gegenüber der KZV-N tätig zu werden.

Die KZV-N hat für das Jahr 1999 einen Honorarverteilungsmaßstab beschlossen, nach dem jeder in Niedersachsen zugelassene Zahnarzt ein gleich hohes Budget von DM 214.000,00 für konservierende und chirurgische Behandlungen sowie die Parodontalthherapie und Schienenbehandlungen beanspruchen kann. Der genaue Wortlaut liegt Ihnen sicher vor. Viele Praxen benötigen ein Budget in dieser Höhe nicht, weil es sich um kleine Alterspraxen handelt, in denen ohnehin nur noch reduziert behandelt wird, oder weil es sich um Praxen handelt, die schon bisher - entsprechend dem politischen Willen der Führung der KZVN - ihren Schwerpunkt auf Erbringung außervertraglicher Leistungen auch bei gesetzlich versicherten Patienten verlagert haben. Für diese Praxen mit einem a priori kleineren GKV-Volumen hat die Führung der KZVN somit eine Versuchung etabliert, das ihnen zuteilgefallene Budget auch auszuschöpfen.

Die größeren Sozialpraxen hingegen, die - zumal in nicht überversorgten Gegenden - die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen müssen, werden mit dieser für sie viel zu geringen Kontingentierung

entweder direkt in den Ruin getrieben oder gezwungen, unter Aufgabe ihrer ärztlich sozialen Grundeinstellung ebenfalls ihr Heil im Verkauf von Privatleistungen zu suchen. Die Basisversorgung der gesetzlich versicherten Patienten bleibt in jedem Fall dabei auf der Strecke.

Ein Beispiel für die Wirtschaftlichkeitsberechnung einer typischen großen Sozialpraxis:

Jährlicher Honorargesamtumsatz
DM 550.000
davon GKV-Leistungen auf Chip-Karte
(nur kons.-chir. Leistungen)
DM 360.000,00
Jährlicher Betriebsgewinn vor Steuern
DM 160.000

Wenn nun statt dieser DM 360.000 nur DM 214.000 ausbezahlt werden, schlägt dies fast vollständig auf den Gewinn durch: - DM 146.000

Der jährliche Betriebsgewinn vor Steuern würde auf DM 16.000 absinken, was sofortigen Konkurs bedeutete.

Die GKV - Patienten müßten dann versuchen, bei einer der anderen Praxen unterzukommen, denen sie zuvor mit Bedacht ihr Vertrauen nicht geschenkt hatten. - Freie Arztwahl? -

Die Führung der KZV-N ist nach bestehenden Rechtsnormen demokratisch legitimiert. Sie hat zudem vor der Verab-

scheidung dieses HVM eine zwar völlig rechtsunwirksame, aber dennoch spektakuläre " Vollversammlung " einberufen, aus der die Vertreterversammlung die Berechtigung abgeleitet hat, eben diesen HVM zu beschließen. Es mag auch sein, daß infolge der massiven Beeinflussung durch den Kollegenkreis um Dr. Schirbort in den Körperschaftsmedien inzwischen eine Mehrheit der niedersächsischen Zahnärzteschaft tatsächlich für vollständige Privatisierung und Ausstieg aus der sozialen Verpflichtung eintritt, wobei die großen Sozialpraxen nur zu gern in den Konkurs entlassen werden.

Die Aufsichtsbehörde darf diesem Treiben nicht tatenlos zusehen!

Handeln Sie bitte, bevor die GKV-Patienten nicht mehr vom Zahnarzt ihrer Wahl versorgt werden können. Es kann nicht rechtens sein, daß ein HVM nicht die Anzahl der Patienten berücksichtigt, die von der jeweiligen Praxis versorgt werden. In vielen anderen KZV-Bereichen funktionieren entsprechende Regelungen recht reibungsarm.

Es kann außerdem nicht rechtens sein, daß dieser von der Vertreterversammlung der KZV-N beschlossene HVM keine Möglichkeit vorsieht, das Praxiskontingent bei der Beschäftigung eines Ausbildungsassistenten zu erhöhen. Eine geordnete Ausbildung zum Vertragszahnarzt kann nicht mehr stattfinden. Dies können und dürfen Sie nicht zulassen!

Wir ersuchen Sie mit Nachdruck, rechtsaufsichtlich tätig zu werden: erstens wegen der Nichtberücksichtigung der Anzahl der von der jeweiligen

Praxis versorgten GKV - Versicherten, **zweitens** wegen des Fehlens eines Kontingentes für Ausbildungsassistenten.

DAZ - Studiengruppe Elbe-Weser

Schlimme Erfahrungen

*Daß Seehofer anlässlich seines Abschieds von Bonner Journalisten nach seinen schlimmsten Erfahrungen in seiner Amtszeit befragt wurde, lag angesichts der vielen Anfeindungen der vergangenen Monate nahe. Naheliegender auch die Antwort: »Das war der Druck der Zahnärzte« - auf ihn, auf Freunde, frühere Studienkollegen, die Mitarbeiter und deren Familien. Seehofer: »Das überstieg das menschlich vorstellbare Maß.« Die Funktionäre hätten sogar Druck auf den Verleger seiner Heimatzeitung ausgeübt, dem man wegen der positiven Berichterstattung über ihn mit der Kündigung von Abos gedroht habe. Offenbar sind die Standesvertreter nicht mal vor Mißbrauch ihrer Mitglieder zurückgeschreckt. Nach einer von zahlreichen Zahnärzten unterzeichneten Anzeige gegen ihn hatten ihm viele geschrieben, sie hätten nichts von ihrer Unterschrift gewußt. Die versuchte Einflußnahme der Zahnärzte hat offenbar auch die bekanntermaßen erfolgreiche Lobbytätigkeit der Pharmaindustrie übertroffen. Der attestierte Seehofer, daß auch sie »eine perfekte Lobby hat, aber nie falsches Spiel getrieben hat«. **Abschließend zum Kapitel Zahnärzte gab der Minister auch freimütig zu, die Einführung der Kostenerstattung zur direkten Abrechnung mit den Patienten sei ein Fehler gewesen. »Das geht nur mit Leuten, die auch verantwortungsvoll damit umgehen.«***

DIE ZEIT, NR.44, 10/98

Die Lücke im Genom

Am Anfang waren die Eltern in ihrem einfachen Glauben an die göttliche Schöpfung. Danach die Pfarrer und Religionslehrer mit ihren Bemühungen, den nicht zu erbringenden Beweis anzutreten. Schliesslich kamen die Biologielehrer, diese Ketzer, die uns mit Geschichten von Darwin und dem Genom endgültig zum wahren Glauben an die Wissenschaft bekehren sollten. Viel zu spät der Ethiklehrer mit den Philosophen. Da hatten die meisten längst abgeschaltet. Offen sichtbar wurde der innere Konflikt, als wir alle diese furchtbaren Pickel bekamen, aus Scham über unsere Zweifel an der postgraviditären Jungfräulichkeit Mariae. Zumal wir mit dem technischen Ablauf mehr oder minder vertraut die feuchten Konsequenzen unserer sündigen Träume durch mütterliche Ohrfeigen büssen mussten.

Im abiturienten Reifewahn habe ich dann vor dem Gehege der Menschenaffen gesessen und mich stundenlang beobachten lassen. Wie einstmals Buddha hatte ich mir geschworen, nicht eher aufzustehen, bis alle Zweifel in mir überwunden wären. Ich fixierte den Oberaffen und versuchte, wie es geschrieben steht, ihn mir untertan zu machen, indem ich ihn zwänge, als erster die Augenlider zu senken. Er hat mich nicht *einmal* gewinnen lassen. Als ich zwar besiegt, aber von meinen Zweifeln am Darwinismus geläutert aufstehen wollte, blinzelte er mir verschwörerisch mit einem Auge zu. Dann grinste er spöttisch, nur um mir seine ungeheuren Eckzähne zu zeigen, die sich die Mitglieder seiner Gemeinde allesamt niederge-

knirscht hatten. Als ich mich am nächsten Morgen wie immer im Spiegel anlächelte, traf es mich wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Plötzlich wusste ich, was ein Alphetier ist, aber damals konnte ich ja weder Gutmann noch Schirbort. Also fiel mir der Entschluss leicht, Zahnarzt zu werden. Ich wollte das Eckzahnphänomen der Leitaffen am Menschen erforschen, die Lücke im Genom schliessen helfen und reich und berühmt werden. Während des Studiums lauschte ich gebannt den Worten der Anatomen und bewunderte mein rückentwickeltes Vorgesicht in jedem Spiegel. Ich versicherte mich sogar mehrmals röntgenologisch der Nichtanlage meiner Neuner und stellte schliesslich beruhigt fest: "Rüdi-ger, Du stammst zwar vom Affen ab. Das ist mal sicher. Mag es auch lange her sein. Man sieht es einfach! Nichtsdestotrotz bist Du Mensch und Zahnarzt geworden!"

Absolut sicher war ich mir da allerdings nie.

Rückblickend auf die langen Jahre bohrender Ungewissheit kann ich mich heute zurücklehnen, das Disputieren einstellen und den Weg zur Weisheit, der ja bekanntlich das Ziel ist, gelassen lächelnd beschreiten. Das Rätsel meiner Abstammung ist gelöst, die Lücke im Genom geschlossen und alle Zweifel überwunden. Der Mensch als solcher mag von mir aus vom Affen abstammen, das juckt mich nicht länger. Der deutsche Zahnarzt nicht, seinem menschlichen Phänotyp zum Trotz. Alles Lüge! Affen mit grossen

Eckzähnen sind nicht so bescheuert. Sie erkennen drohende Gefahren weitsichtig und führen ihre Sippe weise. Sie überschätzen nicht masslos ihre Potenz wie alte Männer und führen die Herde von Gier übermannt über die tödliche Klippe. So handeln andere Tiere. Für mich steht daher felsenfest:

Der deutsche Zahnarzt stammt vom Lemming!

Endlich bescheiden, aber erfüllt von Wissen verrichte ich jetzt meine tägliche Pflicht. Dankbar, dem Ruf des Oberlemmings nicht gehorcht und überlebt zu haben. Auch leide ich nicht mehr wie früher unter der Isolation im Rudel und erfreue mich am Wachstum der eigenen Herde. Bei den seltenen Rückfällen verschwimmen mir die Zeilen und Buchstaben der neuen Marschbefehle vor den Augen, und ihre pischelige Kommentierung in den Gazetten verschwindet in der schriftgewordenen genetischen Lücke. Dies, obwohl ich die natürlichen Zähne meiner Patienten wieder deutlich erkenne, was weiss Gott nicht immer der Fall war, wenn mir die Tränen der Wut über die Ergebnisse der Ersatzteilverkäufer und Ganzheitsesoteriker nur so herausgeschossen.

Mein Mund macht sich auch recht gut. Er spricht jetzt wieder vornehmlich und flüssig über Verhütung und Erhaltung zu den Leidenden der anderen Populationen. Und nicht wie ehemals zornig vor den Gefahren und der Nähe der Klippe warnend zu meinen Artgenossen im Rudel. Meine Zunge, die sich häufig selbstlos zwischen meine Zahnreihen gedrängt hatte, um die Kiefergelenke vor Kompression und Schmerz zu schützen,

ist dankbar abgeschwollen. Nur an meinen Ohren muss ich noch arbeiten. "Seid bereit" hören sie den Oberlemming mit den kleinen Zähnen waidwund brüllen. "Immer bereit", erschallt die Antwort im tumben Reflex, der eigenes Denken erspart und die üppig dotierte Position im Rudel sichert. "Ich bin gar kein Lemming! Sonst wäre ich doch jetzt tot!" grient der fast zahnlose Meister zuletzt auch im Fernseh-Turm. "Ich lebe doch! Seht diesen Beweis meiner Menschwerdung!", beschwört er sich selbst und die Getreuen und weist einen neuen Weg zu einer noch schöneren Klippe.

Diese unangenehmen Geräusche im Ohr quält mich noch manchmal die Frage, ob meine Entwicklung vom Lemming zum Zahnarzt wirklich ein Fortschritt war. Studiert man die alten Geschichten, so gab es unter den Tieren immer wieder weitblickende Artgenossen, die den Weg zu den Klippen als töricht erkannt ihre Stimmen ungehört warnend erhoben. Nach dem kollektiven Selbstmord der Genossen blieben sie einsam zurück und betrauernten die verlorenen Schwestern und Brüder. Anschliessend sammelten sie die Überlebenden zur Gründung einer geläuterten Sippe mit neuen, realistischen Zielen. Lemminge haben es allerdings besser als der gemeine Zahnarzt von heute. Sie müssen sich nicht wie er täglich das Heulen, Jammern und Prothesenklappern derer anhören, die von falschen Propheten verführt den dummen Befehlen einst jubelnd gehorchten, dafür aber in Ewigkeit schweigen müssen. - Genau. An meinen Ohren muss ich noch arbeiten.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, Starnberg

Schmerzfremie Kariesentfernung mit »Carisolv« !?

Eigene Praxiserfahrungen mit dem »Wundermittel«- aus Schweden.

Nach dem Medienrummel Ende 1997 übernahm die Firma Up to dent AG, Balzers in Liechtenstein die Markteinführung dieses Mittels in Deutschland. Anfang 1998 nahm ich, angesprochen von der Zahnklinik Nord, Berlin, an einem Einführungskurs für dieses Kariesentfernungsmittel teil. Insgesamt wurden in Zusammenarbeit von 11 deutschen Unikliniken und der IHCF 1200 Zahnärzte in der Carisolv-Methode geschult, wobei nur ca. 580 dieses Mittel in ihren Praxen auch anwenden. Wiederum nur 91 ZÄ nahmen an einem Feldtest teil, bei dem über 1000 Zähne an fast 700 Patienten im Alter von 2 bis 86 Jahren mit Carisolv behandelt wurden.

Die offizielle Auswertung des Feldversuchs ergab nach einer Zeitdauer von März bis Oktober 1998 folgende Ergebnisse: "1003 Zähne von 694 Patienten wurden von 91 Zahnärzten behandelt und dokumentiert. Von diesen war die Behandlung in 88% erfolgreich insofern, als Kariesfreiheit bereits in der ersten Sitzung erzielt wurde. In 10% der Fälle wurde dies nicht in der 1. Sitzung erreicht, da entweder der Behandler schrittweise Exkavation oder der Patient eine weitere Behandlung wählte. Für den Rest wurden keine Angaben gemacht.

In 38% der Fälle wurde auch ein rotierendes Instrument verwendet. In den

bei weitem häufigsten Fällen hieraus geschah dies, um einen Zugang zur kariösen Läsion zu schaffen, aber in einigen wenigen auch deshalb, um entweder die Kavitätenränder nach der Carisolv - Anwendung zu bearbeiten, oder zur Prüfung auf Kariesfreiheit. Vor der Behandlung verlangten 18% der Patienten eine Lokalanästhesie. Weitere 29 Patienten (2,9 %) wünschten Lokalanästhesie während der Behandlung. Im Vergleich der Patienten mit Anästhesie zu denen ohne war das Schmerzempfinden gleich - in beiden Gruppen empfanden 80% keinen Schmerz oder nur wenig Mißempfinden während der Behandlung mit Carisolv.

»Es wurden keine Gegenreaktionen des Weichgewebes oder der Pulpa berichtet«- soweit der Abschlußbericht des IHCF. Neben den bisherigen Methoden der Kariesentfernung wie z.B. Bohren, Laserbehandlung und KCP gibt es die chemisch-mechanische Kariesentfernung (CMCR). Hierbei versucht man einem effektiven System zur Kariesentfernung näher zu kommen, das die Grenze zwischen remineralisierbarem und nicht remineralisierbarem Dentin identifiziert und entfernbar macht. Dazu soll durch Auftragen einer Lösung auf das kariöse Dentin eine sanfte Exkavation mit Handinstrumenten ermöglicht werden mit dem Effekt der minimalen Entfernung von gesunder Zahnschubstanz, weniger er-

öffneten Dentintubuli, reduzierter Reizung der Pulpa und verringertem Schmerz im Vergleich zum üblichen Bohren. Über die ersten Versuche in dieser Richtung wurde von Habib (1975) und Goldman u. Kronman (1976) mit dem Mittel Caridex berichtet. Carisolv stellt eine Weiterentwicklung dieses Wirkprinzips dar, indem statt einer Aminosäure (Glycin) drei verschiedene (Glutamin, Leuzin, Lysin) mit unterschiedlichen elektrischen Ladungen zur Anwendung kommen, die wiederum mit dem enthaltenen NaOCl reagieren und dessen aggressive Wirkung auf gesundes Gewebe neutralisieren. Dadurch kann NaOCl höher konzentriert verwendet werden, so daß das Hauptwirkungsprinzip, die Reaktion des Chlors mit den Aminogruppen möglich ist, und dabei das locker gebundene Chlor das Dentinkollagen in der kariösen Läsion aufweichen kann. Zusätzlich markiert das färbende Gel das kariöse Dentin, so daß es dadurch besser erkannt und entfernt werden kann.

Carisolv wird in Form von 2 verschiedenen Lösungen in zusammenschraubbaren Ampullen geliefert, deren Mischung allerdings nach einer Wirkdauer von 20 Minuten abnimmt, innerhalb derer man mit der Exkavation fertig sein sollte. Es wird tröpfchenweise appliziert - nach einer Wirkzeit von 20-30 Sekunden kann das erweichte Dentin schichtweise, jeweils nach Neuapplikation und Einwirkzeit, entfernt werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag in dem Feldtest bei 10 Minuten. Als deutliche Vorteile kann man bei Carisolv zahnschonende, selektive Entfernung des kariösen Dentins, die Markierung

der eventuellen Restkaries, eine verringerte Schmierschicht, die raue Oberfläche des Dentins zur Aufnahme von Dentinhaftmittel und die effektive Desinfektion der Dentinwunde nennen. Aber nach meinen Erfahrungen in der praktischen Anwendung würde ich das Einsatzfeld für Carisolv doch sehr eingrenzen.

Trotz starkem Medienrummel war die Nachfrage bei den Patienten nicht besonders groß. Die Patienten, die ich tatsächlich mit Carisolv behandelte, wurden mir durch die Informationstelle des IHCF zugewiesen. Meine eigenen Patienten fanden zwar die Broschüren und mein Informationsblatt sehr interessant, eine Behandlung aber nicht. Dazu kommt, daß in den Medien Erwartungen geweckt wurden, die Carisolv nicht erfüllen kann, z.B. Kariesentfernung ohne Bohren; bei Erwachsenen meist unmöglich, da es sich hierbei eher um Sekundärkariesfälle handelt. Schmerzlose Entfernung war auch nicht meine typische Erfahrung. Die mechanische Entfernung durch spezielle Handinstrumente geht von unangenehmem Druck bis zum spitzen Schmerz in Pulpennähe. Auch Primärkaries war bei Kindern nie schmerz- oder empfindungsfrei mit Carisolv zu entfernen. Dazu kam bei den Kindern die Ungeduld in den Wartephase während der Einwirkzeit und der unangenehme "Schwimmbadgeschmack". Grundsätzlich ist zu sagen, daß die Carisolv-Anwendung deutlich mehr Zeit beansprucht als die normale Exkavation mit dem Rosenbohrer, da die Lösung immer nur dünne Schichten der Karies anläßt. Bei ungeduldiger Anwendung läuft es sonst möglicherweise auf normales Handexkavie-

ren hinaus. Ein weiterer Punkt sind die teuren Handinstrumente (5 doppelendige Instrumente für ca. 1000 DM), die für meinen Geschicklichkeitsgrad kein optimales Exkavieren ermöglichen. Gerade im Schmelz-Dentin-Bereich nach okklusal/ inzisal sind sie kaum anzuwenden. Insofern reduzierte sich mein Anwendungsbereich bei Erwachsenen nach Grobexkavation üblichen Stils auf ein Aufweichen der Restkaries mit Carisolv und einem tupfenden Entfernen mit dem Rosenbohrer. (Ohne Anästhesie tut diese Entfernungstechnik, da ohne Druck angewendet, bei nicht so empfindlichen Patienten selten weh.)

Zusammenfassend kann ich sagen, daß diese Kariesentfernungsmethode für die normale Anwendung ohne Zuzahlung für den Patienten in einer Kassenspraxis nicht möglich ist. Mein Zeitaufwand pro Kavität lag oberhalb der gemittelten 10 Minuten bei eher 15 bis 20 Minuten. Trotz Anfärbung des kariösen Dentins blieb manchmal eine Restunsicherheit ob der tatsächlichen vollständigen Entfernung zurück (kann auch daran gelegen haben, daß nach 20 Min. die Wirkung des Carisolvs nachläßt). Bei Kosten pro Ampulle von ca. 12 DM ist die darin enthaltene Menge zu groß, als daß man sie an einem Zahn verbrauchen könnte.

Somit reduziert sich heute mein Einsatzgebiet für Carisolv auf Kinder, die noch nie eine Füllung bekommen haben, auf skeptische Patienten, die verhindern wollen, daß ich mehr als notwendig von ihrem Zahn entferne und auf Kavitäten für die Säure/Ätz/Technik, bei der ich mir eine bessere Haftung

durch die gereinigten Dentintubuli und die Oberflächenstruktur erhoffe (unter Kofferdam schmeckt man auch das Carisolv nicht mehr). Eine besondere Indikation bei älteren Patienten zur Vermeidung der Anästhetikaanwendung kann ich nicht erkennen, da der Einsatz von Carisolv bei mir eigentlich nie ohne Empfindlichkeiten bis Schmerz möglich war und daher gerade im Zahnhalsbereich eine Anästhesie nötig war. Wenn allerdings eine generelle Unempfindlichkeit vorliegt, gibt es auch keine Indikation für Carisolv, außer einer monetären.

ZÄ Swantja Bielski, Berlin

Fortbildungsbericht

Seit einigen Jahren hat die Dentalindustrie herausgefunden, daß man Zahnärzte dazu bringen kann, statt mittwochabends Häppchen und Prosecco abzuräumen, für die Promotion der jeweiligen Produkte gutes Geld zu bezahlen. Der Verdacht lag nahe, daß es sich bei der neu vorgestellten Fortbildungsinitiative der ESPE Dental AG um einen ähnlichen Versuch handeln würde. Sie stellt sich unter dem inhaltsschweren Titel 'DentNet Masters' vor und soll zur bleibenden Einrichtung werden. Am 20. Januar fand im Münchner Hilton die Auftaktveranstaltung zum Thema 'Zahnerhaltung' statt. Die 'erfahrenen und qualifizierten "Masters", die in Vorträgen und Intensivkursen ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihre Freude am Beruf weiterzugeben bereit sind,' gingen nach dem Eröffnungsgebimmel ans Werk und tru-

gen folgende Namen: Prof. Dr. Reinhard Hickel, München, Vorsitzender der DGZ; Dr. Klaus-Peter Ernst, Mainz; PD Dr. Norbert Kramer, Erlangen; PD Dr. Karl-Heinz Kunzelmann, München; Prof. Hickel leitet, zusammen mit Prof. Dr. Hans Christoph Lauer, Frankfurt das Gesamtprogramm.

Das Münchner Symposium "Zahnerhaltung" soll im ersten Halbjahr noch drei Mal in deutschen Städten abgehalten werden, ein erstes Symposium Prothetik fand am 03. Februar in Frankfurt statt und soll ebenfalls in anderen Städten Wiederholung finden. Darauf aufbauend ist geplant, in Intensivkursen zu 9 - 10 Teilnehmern pro Trainer besondere Kenntnisse in der Praxis zu übermitteln. Als weitere 'Masters' wurden angekündigt: Bernd Einfalt, Kiel; Dr. Thomas Mayer, Karlsruhe; Dr. Karl-Peter Meschke, Wuppertal; Dr. Frank Müller, Neuss; Dr. Sylvia Näsström, München; PD Dr. Lothar Pröblich; Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Gießen. Der Kreis soll sich, je nach Erfolg von 'DentNet Masters' dynamisch erweitern.

Der Rundgang durch die moderne Zahnerhaltung wurde von Prof. Hickel eröffnet. Er beklagte die immer kürzeren Produktzyklen der heutigen Materialien und die Inhaltsleere der teilweise durchaus irreführenden Werbung. "Der Zahnarzt wird für dumm verkauft", für die Zukunft habe die Industrie jedoch eine Zusammenarbeit mit der DGZ zugesagt. Er mahnte Dokumentation über klinische Langzeiterfahrung an und verwies auf die Verantwortung der Zahnärzte bei der Verwendung von rasch auf den Markt gepushten Produkten. Kompro-

mißlos sein Indikationskatalog: ausschließlich Feinhybridkomposite für den kaukrafttragenden Seitenzahnbereich, GI für Klasse V-Kavitäten (hier sind auch die meisten anderen Materialien geeignet), Kompomer ausschließlich in der Kinderzahnheilkunde und bei temporären Füllungen. Dr. Claus-Peter Ernst ging dann auf die Schrumpfungsproblematik ein. Composites schrumpfen nach wie vor um ca.3%. Inkrementtechnik beim Einbringen ist nach wie vor unverzichtbar. Allerdings sei die Notwendigkeit der 'Umhärtungstechnik' mit Lichtkeilen (Krejzi) keineswegs bewiesen. Ultraschnelle (Plasma) Polymerisationslampen überhitzen die Pulpa, das 'Einfrieren' des polymerisierenden Materials mit höchster Lichtenergie sei Wunschdenken. Besser sei hier die allmähliche Verstärkung der Lichtenergie (Softstart). Kofferdam sei nicht wegen der Feuchtigkeit, sondern wegen der Kontamination durch Blut und Speichel notwendig.

Dr. Krämers verglich Dentinadhese. Hier bekam (nach Pertac II) und der Elipar-Leuchte die ESPE wieder ein Bonbon: Das Material EBS zeige nach zwei Jahren klinischer Bewährung ähnliche Werte wie Syntac.

Kunzelmann zeigte in seinem Vortrag, daß Hochschullehrer einiges von der Praxis verstehen können. Es war eine Freude zu sehen, wie bereits die Präparation in minimalinvasiver Technik sich an die Möglichkeiten neuartiger Materialien anpassen kann. Den Vorteil haben die Patienten.

Wenn DentNet Masters so bleibt, wie man es in München erleben konnte (ein-

schließlich der im Preis enthaltenen Edelhäppchen), wenn der Mut zur kritischen und offenen Auseinandersetzung mit der Industrie und die praxisnahe Vortragsweise ihre verdienten Interessenten findet, etabliert sich hier eine Alternative zu wissenschaftlichen Großereignissen.

Dr. Kai Müller,
Seefeld

Wüste Füllung

Im Januar beschrieb die gewaltige Sonne tagein, tagaus ihre glutheiße Bahn, während keine Wolke mit lindem Schatten ihre tödliche Herrschaft erträglicher machte. Die knorrigen Balsambüsche begrüneten sich zwar wie junge Birken, und die gepanzerten Buschmannskerzen entfalteten ihre zarten roten Blüten, aber das junge Gras war bald zwischen den heißen Steinen versengt. Unser Weihnachtswasser war verbraucht, wir mußten in den Canyon hinabsteigen, um neues zu holen. Dabei mußten wir, dem sinkenden Wasser folgend, unser Wasserloch weiter vertiefen.

In der nächsten Zeit machten wir wieder manchen vergeblichen Pirschgang, denn das Wild hatte die versengte Weide verlassen. Unser letztes Sohlenleder war auch verbraucht; wir schnitten uns Sohlen aus alten Autoreifen und befestigten sie mit Draht; zukünftig trugen wir für den Fall notwendiger Reparaturen immer etwas Draht in den Rucksäcken. Dann biß ich mir eines Tages eine große Plombe aus ei-

nem Backenzahn; einige Zeit vorher hatte sich Hermann schon eine Goldkrone durchgekaut. Das war ein ernstes Problem. Was sollten wir machen, wenn die Zähne ganz schlecht würden und die Wurzeln sich entzündeten? Ich überlegte, ob wir uns die Zähne mit der kleinen Kombinationszange ziehen könnten, aber Hermann verzog das Gesicht. Von den Schmerzen ganz abgesehen, liefen wir dabei Gefahr, die hohlen Zähne ganz abzubrechen. Aber womit sollten wir sie plombieren? Hermann hatte eine Idee. Wir hätten doch noch etwas Azeton, meinte er, darin könnten wir ein Stück Zelluloid von einem Film auflösen. Die Materie erhärte schnell und sei nicht in Wasser löslich. Wir überlegten uns die Sache noch einen Tag und unternahmen dann einen Versuch.

Wir lösten in einem Fläschchen etwas Zelluloid, und ich nahm mir zunächst Hermann vor. Mit einer Nadel kratzte ich das Loch unter der Krone so sauber wie möglich aus und stopfte zum Desinfizieren eine Einlage von spiritusgetränkter Watte hinein. Nach zwanzig Minuten zog ich die Watte heraus, trocknete das Loch mit einem heißen Draht und keilte die mit Zelluloidlösung getränkte Watte hinein. Nachdem Hermann eine halbe Stunde mit offenem Mund gesessen hatte, hatte sich die Masse verhärtet. Darauf behandelte Hermann meinen hohlen Zahn nach derselben Methode. Die Plomben gelangen ausgezeichnet; als sie sich nach Jahresfrist lockerten, erneuerten wir sie.

Aus »Wenn es Krieg gibt, gehen wir in die Wüste«,

von Henno Martin
Abera-Verlag, Hamburg

SIRONA

Dental-Depot

Weil es sich lohnt, etwas zu verändern. CEREC 2

Die traditionellen Füllungswerkstoffe stehen in der Diskussion. Und immer mehr Patienten legen Wert auf verträgliche, zahnfarbene Restaurationen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß CEREC® hilft, diesen zum Teil widersprüchlichen Anforderungen der täglichen Praxis gerecht zu werden. Aus diesem Grund haben wir CEREC weiterentwickelt. Damit Sie die wachsenden Herausforderungen auch in Zukunft gelassener annehmen können.

Das Resultat: CEREC 2

Mehr Präzision. Mehr Okklusion.
Mehr Indikation. Mehr Bedienkomfort.
Mehr Kommunikation. Mehr Zukunft.

Gerne geben wir Ihnen weitere Informationen – persönlich, per Telefon oder per Fax.

SIRONA Dental Depots:
80337 München
Lindwurmstr. 23
Tel.: 0 89/54 41 02-11
Fax.: 0 89/54 41 02-41

93051 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Tel.: 09 41/9 71 98
Fax.: 09 41/94 79 24



A91100-M4-Z054-02



Eine (zahn-)medizinische Herausforderung: Chronischer Tinnitus

"Ein gesunder oder physiologischer Zustand des stomatognathen Systems wird dann vorgefunden, wenn eine morpho-funktionelle Harmonie zwischen den einzelnen Strukturen besteht. Epidemiologische Studien in vielen Staaten der Welt zeigen, daß bei 60-80% der untersuchten Kinder und Erwachsenen Funktionsstörungen vorliegen, wobei Patienten mit subjektiv krankhaften Befunden - also z.B. mit Myoarthropathien - in nur 15% der Fälle gefunden werden." [1] Allein in der Bundesrepublik wären somit 7,2 bis 9,6 Millionen Menschen betroffen.

Zu den häufigeren TMD (*Temporo Mandibular Disease*) - begleitenden Symptomen gehört der Tinnitus; je nach Studien-Gruppe kommen Ohrgeräusche bei bis zu 40% der Patienten vor [z.B.2], auch bei kontrolliertem Studiendesign [3,4]. Umgekehrt wird geschätzt, daß etwa 17-19 Prozent der Bevölkerung über Tinnitus klagen [5], von denen rund ein Viertel beschwerdebedingt eine medizinische Behandlung veranlassen. Bei zwei Prozent schließlich liegt eine extrem schwere Behinderung in nahezu allen Lebensaktivitäten vor; die Suizidalität der Betroffenen ist gesteigert und häufig von schweren Depressionen (bis zu 70%) begleitet [6]. Auch teilweise intensive Forschungen führten bis heute zu keiner einheitlichen ätiologischen Theorie des Symptoms Tinnitus. Allerdings aber zu einer nicht enden wollenden Flut von [semi]wissenschaftlichen Hypothesen, wie z.B. von einer Arbeitsgruppe von Phoniatern und Pädaudiologen der Universität Erlangen, die erst kürzlich formulierten: "Alle Aspekte des chronischen Tinnitus bei Kindern und Erwachsenen können am besten abgedeckt werden, wenn dieses Symptom als eine psychosomatische Störung betrachtet wird" [7].

Viele Hinweise auf kausalen Zusammenhang

Daß die Pathoätiologie nicht so einfach beschaffen sein kann, belegen die immer wieder dokumentierten zahnmedizinischen Beobachtungen des Zusammenhangs von Störungen oder Erkrankungen des orofazialen Systems mit Tinnitus, wobei eine Kausalität bislang nicht zweifelsfrei belegbar ist [8]. Berichtete Primärindikationen, bei denen Ohrgeräusche auftreten, umfassen Schmerzen der Zahnpulpa [9], arthrogenes Kiefergelenksyndrom [10], schmerzhaftes Diskusverlagerung [11], TMD-bezogene Schmerzen [12,13, 14] oder orofaziale Muskelschmerzen [5, 11, 15]. Andere Studien mit primären Tinnitus-Patienten belegen wiederum, daß bei diesen gehäuft Störungen oder Erkrankungen des stomatognathen Systems diagnostizierbar sind [16] (mit der Empfehlung, Subgruppen mit *idiopathischer*, d.h. otologisch nicht differenzierbarer Ätiologie auch an andere Fachärzte zu überweisen [17]). Ungeachtet des noch fehlenden Nachweises eines kausalen Zusammenhangs zwischen Störungen des mastikatorisch-orofazialen Systems und Tinnitus

gibt es auf Ebene der Embryologie und funktionellen Anatomie von Mittelohr, Kiefergelenk, Kaumuskelatur und assoziierten Sehnen, Ligamenten, Blutgefäßen,

oder Kauapparat in 46 bis 96 Prozent der Fälle zum Sistieren des Tinnitus, bzw. zu einer Beschwerdereduktion führt [siehe Tabelle].

Autoren	Patienten Anzahl	Tinnitus Häufigkeit (%)	Tinnitus verschwunden (%)	Tinnitus verschwunden oder gebessert (%)
Bush, 1987 [19]	35	33	31	86
Gelb et al., 1975 [20]	38	34	37	82
Gelb et al., 1967 [21]	26	58	65	96
Kelly et al., 1964 [22]	46	-	43	80
Kerstein, 1995 [23]	23	23	k.A.	83
Rubinstein et al., 1987 [24]	57	25	k.A.	46
Bernstein et al., 1969 [25]	28	42	k.A.	75
Wright et al., 1997 [2]	93	38	65	86
Zusammenstellung nach [2]				

Nerven und Lymphbahnen genügend Hinweise für ein ätiologisches Konzept, das eine solche kausale Korrelation begründen kann [18].

Erfolge: zahnmedizinisch-kieferorthopädische Tinnitus-Behandlung

Für Patienten mit einer Kiefergelenkerkrankung/TMD (ob bereits diagnostiziert oder nicht) und Tinnitus ist die Frage nach der kausalen Ätiologie akademisch. Für sie ist relevant, daß eine suffiziente Behandlung von Zähnen und/

Angesichts der Komorbiditäts Assoziation von TMD und Tinnitus ist zu berücksichtigen, daß auch "die Ätiopathogenese funktioneller Kiefergelenkerkrankungen multifaktoriell ist, traumatische, anatomische, pathophysiologische und psychosoziale Faktoren beteiligt sind, der Krankheitsprozeß komplex ist und diese Faktoren an Prädisposition, Initiierung und Unterhaltung der Erkrankung beteiligt sind" [26]. Der Okklusion kommt in diesem vielschichtigen Prozeß eine bedeutende und vielfach belegte ätiopathogenetische Rolle zu [26]

Therapeutische Crux: Fehlende diagnostische Möglichkeiten?

Doch obwohl die Erhaltung oder Schaffung einer "physiologischen" Okklusion/Kieferrelation/Eugnathie ein originäres zahnmedizinisches / kieferorthopädisches Arbeitsfeld ist, stehen im Gegensatz zur Fülle möglicher therapeutischer Verfahren nur vergleichsweise wenig adäquate diagnostische Methoden zur Verfügung [27]. Diagnostische Methoden, die z.B. eine neuromuskulär bedingte, asymptomatische Funktionsstörung des stomatognathen Systems frühzeitig erkennen lassen (z.B. im Rahmen restaurativer Maßnahmen) oder bei einem ausgeprägten TMD die Messung von Art und Ausmaß der pathologischen Kieferrelation erlauben [28]. Dies geht soweit - nicht nur bei Kieferorthopäden-, daß "geringe Übereinstimmung und ein Mangel an Standards klinischer und instrumenteller Untersuchungsgänge ... zu bedauern sind, ... die die routinemäßige Erfassung des Funktionszustandes ... ermöglichen würden. Es ist sogar so, daß von konservativen Kreisen in der Kieferorthopädie oft vehemente Ablehnung funktionsdiagnostischer Maßnahmen geäußert wird" [29]. Erschwerend kommt hinzu, daß für die tägliche Praxis - also dort, wo die überwiegende Zahl der betroffenen Patienten betreut wird - nur wenige, vom apparativen Aufwand und den Kosten her zu rechtfertigende, funktionsanalytische Verfahren zur Verfügung stehen [30]. Schließlich ist kritisch anzumerken, daß die Kosten instrumenteller Funktionsanalytik nicht in ausreichendem Maß von den Versicherern übernommen werden. Dies erscheint kurzsichtig, wenn berücksichtigt wird, daß Patienten mit

(funktionellen) Kiefergelenkserkrankungen in Hinsicht auf die Behandlungs-Gesamtkosten und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens zweimal soviel Kosten/Dienstleistungen beanspruchen wie Patienten ohne TMD [31]. Ob also Axiographie, elektronische Stützstiftregistrierung nach Vogel (IPR-System), elektromyographische oder andere Verfahren in der Praxis Einzug halten werden - auch im Interesse von Tinnitus-Patienten - wird wesentlich von einer neuorientierten Bedarfsanalyse bezüglich zahnmedizinischer Funktionsdiagnostik abhängen.

Rainer H. Bubbenzer, Hamburg

Literaturangaben

- [1] Siebert, G.K. et al.: Atlas der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik. Carl Hanser Verlag, München, 1996;
- [2] Wright, E.F. et al.: Tinnitus improvement through TMD therapy. JADA 1998;
- [3] Parker, W.S. et al.: Tinnitus, vertigo, and temporomandibular disorders. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1995;
- [4] Chole, R.A. et al.: Tinnitus and vertigo in patients with temporomandibular disorder. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992;
- [5] Rubinstein, B.: Tinnitus and craniomandibular disorders - is there a link? Swed Dent J Suppl 1993;
- [6] Lewis J.E. et al.: Tinnitus and suicide. Clin Otolaryngol 1994;
- [7] Rosanowski, F. et al.: Chronischer Tinnitus bei Kindern und Erwachsenen. HNO 1997;
- [8] Turp, J.C.: Korrelationen zwischen Myoarthropathien des mastikatorischen Systems und Ohrsymptomen. HNO 1998;
- [9] Wright, E.F. et al.: Dental pulpalgia contributing to bilateral preauricular pain and tinnitus. J Orofac Pain 1996;
- [10] Steigerwald, D.P. et al.: A retrospective evaluation of the impact of temporomandibular joint arthroscopy on the symptoms of headache, neck pain, shoulder pain, dizziness, and tinnitus. Cranio 1996;
- [11] Ren Y.F. et al.: Tinnitus in patients with temporomandibular joint internal derangement. Cranio 1995;
- [12] Ciancaglini R. et al.: Ear, nose, and throat symptoms in patients with TMD: the association of symptoms according to severity of arthropathy. J Orofac Pain 1994;
- [13] Chan, S.W. et al.: Tinnitus and temporomandibu-

lar pain-dysfunction disorder. Clin Otolaryngol 1994;

[14] Curtis, A.W.: Myofascial pain-dysfunction syndrome: the role of nonmasticatory muscles in 91 patients. Otolaryngol Head Neck Surg 1980;

[15] Wanman, A.: The relationship between muscle tenderness and craniomandibular disorders: a study of 35-year-olds from the general population. J Orofac Pain 1995;

[16] Rubinstein, B. et al.: Prevalence of signs and symptoms of craniomandibular disorders in tinnitus patients. J Craniomandib Disord 1990;

[17] Vernon, J. et al.: Attributes of tinnitus that may predict temporomandibular joint dysfunction. Cranio 1992;

[18] Gelb, H et al.: The relationship of tinnitus to craniocervical mandibular disorders. Cranio 1997;

[19] Bush, F.M.: Tinnitus and otalgia in temporomandibular disorders. J Prosthet Dent 1987;

[20] Gelb, H. et al.: A two-year clinical dental evaluation of 200 cases of chronic headache: the craniocervical-mandibular syndrome. JADA 1975;

[21] Gelb, H. et al.: The role of the dentist and the otolaryngologist in evaluation of temporomandibular joint syndroms. J Prosthet Dent 1967;

[22] Kelly, H.T. et al.: Vertigo attributable to dental and temporomandibular joint causes. J Prosthet Dent 1964;

[23] Kerstein, R.B.: Treatment of myofascial pain dysfunction syndrome with occlusal therapy to reduce lengthy disclusion time - a recall study. Cranio 1995; [24] Rubinstein, B. et al.: Effects of stomatognathic treatment on tinnitus: a retrospective study. Cranio 1987;

[25] Bernstein, J.M. et al.: Temporomandibular joint dysfunction masquerading as disease of ear, nose, and throat. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1969;

[26] John, M.: Ätiopathogenese von funktionellen Kiefergelenkerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Okklusion. Dtsch Zahnärztl Z 1996;

[27] Vogel, A.: IPR (Intraoral Pressuredependent Registration), ein neues System zur Bestimmung der Unterkieferposition in der zahnärztlichen Prothetik. DAZ Jahrestagung, Berlin, 10.10.1998.

[28] Leiner, D.: Funktionsdiagnostik aus ganzheitsmedizinischer Sicht. In: Siebert, G.K. (Hrsg.): Atlas der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik. Carl Hanser Verlag, München, 1996;

[29] Slavicek, R. et al.: Funktionsdiagnostik aus kieferorthopädischer Sicht. In: Siebert, G.K. (Hrsg.): Atlas der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik. Carl Hanser Verlag, München, 1996;

[30] Emshoff, R. et al.: The diagnostic value of ultrasonography to determine the temporomandibular joint disk position. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;

[31] Shimshak, D.G. et al.: Medical claims profiles of subjects with temporomandibular joint disorders. Cranio 1997

Wissenswertes zum Thema Wasser

Was bedeutet

- **Bicarbonat-haltig?**
Mehr als 600 mg/l Hydrogencarbonat.
- **Sulfat-haltig?**
Mehr als 200 mg/l Sulfat.
- **Chlorid-haltig?**
Mehr als 200 mg/l Chlorid.
- **Magnesium-haltig?**
Mehr als 50 mg/l Magnesium.
- **Kalzium-haltig?**
Mehr als 150 mg/l Kalzium.
- **Fluorid-haltig?**
Mehr als 1 mg/l Fluorid.
- **Eisen-haltig?**
Mehr als 1 mg/l zweiwertiges Eisen.
- **Natrium-haltig?**
Mehr als 200 mg/l Natrium.

Um sich natriumarm zu ernähren, sollte man weniger als 20 mg/l Natrium zu sich nehmen. Für die Zubereitung von Säuglingsnahrung sind maximal geeignet:

240 mg/l Sulfat,
20 mg/l Natrium,
10 mg/l Nitrat,
1,5 mg/l Fluorid,
0,02 mg/l Nitrit.

Nächster Redaktionsschluß:

12. April 1999

Alkohol und Myokardinfarkt

Interessante Zitate aus der Deutschen Medizinischen Wochenschrift

Die koronare Herzerkrankung ist die häufigste zum Tod führende Erkrankung der westlichen Industrienationen. Die wichtigsten Risikofaktoren sind eine genetische Prädisposition, Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus. Daneben gibt es offensichtlich auch Faktoren, die einen schützenden Effekt bezüglich des Auftretens eines Myokardinfarktes ausüben. Zu diesen Faktoren, welche die Entstehung einer Koronarsklerose und die Inzidenz des Myokardinfarktes günstig beeinflussen, gehört unter anderem der regelmäßige Konsum von alkoholischen Getränken...

Insbesondere aber soll der Frage nachgegangen werden, ob dem Genuß von Wein - vor allem Rotwein - eine herausragende, das Herz schützende Wirkung zukommt.

Epidemiologische Daten

In zahlreichen epidemiologischen Studien wurde seit den siebziger Jahren wiederholt nachgewiesen, daß zwischen der regelmäßig konsumierten Alkoholmenge und der Inzidenz der koronaren Herzerkrankung und des Myokardinfarktes eine inverse Korrelation besteht. ... sowohl anhand von geographisch-ökonomischen Daten als auch durch retrospektive oder prospektive Studien ... Die Gesamtsterblichkeit (bei Männern) in Abhängigkeit von der regelmäßig konsumierten Alkoholmenge zunächst

ab-, mit zunehmendem Alkoholkonsum jedoch überproportional zunimmt. Am günstigsten erscheint nach den Daten dieser Studie ein regelmäßiger Alkoholkonsum von 20 - 50g Alkohol pro Tag (entsprechend zwei bis fünf Gläsern Rotwein), worunter die Gesamtsterblichkeit um 24 - 31% abnimmt.... der positive Effekt des Nichtrauchens auf die Gesamtsterblichkeit jedoch wesentlich stärker war als der Einfluß auch eines optimierten Alkoholkonsums. Die Zunahme der Gesamtsterblichkeit bei massivem Alkoholkonsum erklärte sich in dieser Studie insbesondere aus dem überproportionalen Anstieg der Inzidenz von ... Leberzirrhose ... und Malignomen des Oropharynx und des Ösophagus ... der regelmäßige Genuß von alkoholischen Getränken keineswegs unkritisch propagiert werden darf.

Alkoholkonsum bei Frauen

.... Die bei Frauen durchgeführten Studien waren eher widersprüchlich, was darauf zurückgeführt wurde, daß

- die Inzidenz der koronaren Herzkrankheit bei Frauen niedriger ist als bei Männern
- der Alkoholgenuß bei Frauen zu einem höheren Blutalkoholgehalt führt als bei Männern
- Frauen eher eine alkoholbedingte Lebererkrankung erwerben als Männer und

- der Alkoholkonsum bei Frauen zu einer erhöhten Inzidenz von Brustkrebs führt. Anders als bei Männern hängt bei Frauen der günstige Einfluß von Alkohol auf die Gesamtsterblichkeit offensichtlich vom Lebensalter ab.... daß bei unter 40jährigen Frauen die Gesamtsterblichkeit in Abhängigkeit von der täglich konsumierten Alkoholmenge zunimmt und daß diese positive Korrelation bereits für geringe Alkoholmengen (0,1-1,4 g/d) gilt. *Nach der Menopause kehrt sich die Korrelation um.....*

Trinkgewohnheiten und Gesamtsterblichkeit

... auch das Trinkverhalten im Einzelfall ist von Bedeutung. Eine an 1641 finnischen Männern durchgeführte prospektive Studie zeigte, daß ... insbesondere Todesfälle infolge von äußeren Gewaltwirkungen in Abhängigkeit von der Menge konsumierten Bieres pro Trinkerereignis signifikant zunehmen ... zeigte sich, daß Menschen am deutlichsten vom Konsum alkoholischer Getränke profitieren, die an fünf bis sechs Tagen pro Woche jeweils ein bis zwei alkoholische Getränke zu sich nehmen, jedoch an ein bis zwei Tagen pro Woche auf Alkohol verzichten.

Wein und andere alkoholische Getränke

... Die meisten ökonomisch-epidemiologischen Studien legen nahe, daß der Konsum von Wein effektiver als der Konsum anderer alkoholischer Getränke das Risiko reduziert, an einem Myokardinfarkt zu sterben. Durch Fall-Kontroll-Untersuchungen und prospektive

Studien konnte ein solcher exklusiver kardioprotektiver Effekt des regelmäßigen Genusses von Wein im Vergleich zum Genuß anderer alkoholischer Getränke nicht bestätigt werden.... Der kardioprotektive Effekt von Alkohol ist im wesentlichen durch die *Veränderung des Plasmalipidverteilungsmusters* erklärbar.

... Andererseits wird ... durch die *antioxydative Wirkung* ... den *Rotweininhaltsstoffen* zusätzlich ein weiterer günstiger Einfluß auf den Lipidstoffwechsel unterstellt. Versuche mit Bordeaux Rotwein an 10 Probanden und in-vitro-Untersuchungen mit isolierten Weinphenolen zeigten, daß diese effektiver und potenter die Oxydation von LDL inhibiert, als die Vergleichssubstanz *a-Tocopherol* (Vitamin E).

Einfluß von Alkohol auf Thrombozytenaggregation und Hämostase

... Unabhängig vom Alkohol üben auch isolierte phenolische Rotweininhaltsstoffe und das insbesondere in Rotwein enthaltene Resveratrol einen konzentrationsabhängigen *hemmenden Effekt auf die Thrombozytenaggregation* aus, wie durch in-vitro-Untersuchungen gezeigt wurde. Auch bezüglich dieses Mechanismus scheint daher dem Konsum von Rotwein eine besondere Bedeutung zuzukommen.

Neben der Verminderung der Thrombozytenaggregation wurde bei Alkoholkonsumenten auch eine *Herabsetzung der humoralen Gerinnung* festgestellt. Sie wiesen eine signifikante Abnahme der Fibrinogenkonzentrationen und eine Erhöhung der fibrinolytischen Aktivität so-

wie eine gesteigerte Antithrombin-III-Aktivität auf. Für Gewebe-Plasminogen-aktivator-Konzentrationen wurde eine Korrelation zur Häufigkeit regelmäßigen Alkoholkonsums festgestellt.

Gefäßerweiternde Wirkung von Rotwein und Rotweinhaltstoffen

... Es konnte gezeigt werden, daß besonders "en barrique" ausgebaute Rotweine, z.B. Bordeaux, Chateauf-du-Pape oder Barolo vasorelaxierend wirken... Bei im Stahltank ausgebauten Rotweinen oder bei Weißweinen, selbst wenn diese "en barrique" ausgebaut waren, wurde dieser Einfluß nicht beobachtet... Ein konzentrationsabhängiger gefäßerweiternder Effekt wurde für Tanninsäure und Quercetin nachgewiesen...

Da Alkohol in Konzentrationen, wie er im Rotwein vorliegt diese Wirkungen nicht zeigt, liegt es nahe, diesen gefäßerweiternden Effekt den Phenolen und Tanninen von "en barrique" ausgebauten Rotweinen zuzuschreiben. Möglicherweise sind diese Beobachtungen eine Erklärung dafür, warum Versuche, einen spezifischen Einfluß von Wein auf die Inzidenz und Mortalität der koronaren Herzkrankheit nachzuweisen, zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führten. Den vorliegenden Daten nach unterscheidet sich Wein bezüglich seiner chemischen Zusammensetzung und seiner pharmakologischen Wirkung nicht nur von anderen alkoholischen Getränken, sondern es existieren auch erhebliche Unterschiede bezüglich der spezifischen pharmakologischen Eigenschaften verschiedener Weine.

Antiproliferativer Effekt von Rotwein

... An isolierten glatten Gefäßmuskelzellen der Rattenaorta konnte gezeigt werden, daß Tanninsäure konzentrationsabhängig die durch Angiotensin II stimulierte Steigerung der DNA-Syntheserate in isolierten glatten Gefäßmuskelzellen hemmt... Für Chateauf-du-Pape zeigte sich ebenfalls ein antiproliferativer Effekt bezüglich des ... Gefäßmuskelwachstums

Resümee

... ob Wein mehr als andere Getränke vor der koronaren Herzkrankheit und dem Myokardinfarkt schützt, bleibt weiter im Mittelpunkt des Interesses. Ungeachtet der Faszination, die von dieser Frage ausgeht, darf der Mediziner jedoch nicht die Augen vor der Tatsache verschließen, daß der unkontrollierte Genuß des Konsumgifts Alkohol eine wesentlich Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen darstellt, die Gesamtmortalität ungünstig beeinflusst und daher eine undifferenzierte Propagierung des Konsums von Alkohol mehr Schaden als Nutzen anrichten kann.

Welche Konsequenzen können wir Zahnärzte aus diesen Untersuchungen ziehen? 1. Unsere Patientinformationen nach »chirurgischen Eingriffen« dahingehend ergänzen, daß ein striktes Rotweinverbot erlassen wird, für mehrere Tage vor und nach einer Operation. In Bayern kein Problem!

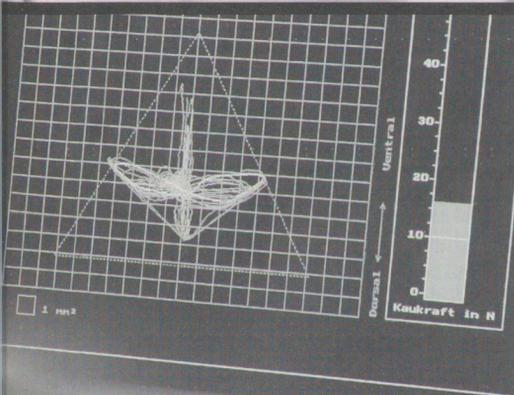
2. Selbst nur noch Chateauf-du-Pape, Bordeaux rouge und Barolo trinken - natürlich nur »en barrique« ausgebaut.

*Deutsche Medizinische Wochenschrift
1998, 123. Jg, Nr.49*

EINSETZEN UND PASST !

DIE PERFEKTE BISSNAHME MIT DEM IPR-SYSTEM.

COMPUTERGENAU UND REPRODUZIERBAR.



Mit dem IPR-System erweitern Sie den Leistungsbereich Ihrer Praxis und bekommen völlig neue funktionsdiagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

KOSTENREDUZIERUNG:

Durch die exakte Vermessung der Kondylenposition im neuromuskulären Gleichgewicht stellen sich sehr schnell Erfolgserlebnisse auch bei komplizierten ZE-Arbeiten ein:

Einsetzen & paßt!

UMSATZSTEIGERUNG:

Durch die exakte, reproduzierbare Bestimmung der physiologischen Zentrik erhalten Sie therapeutische Möglichkeiten zur erfolgreichen Behandlung von:

Gelenkknacken

Knirschen

Tinnitus

Spannungskopfschmerz

Migräne

Für weitere Informationen:

Tel. 04321-885-90

Fax 04321-885-99

eMail: info@ipr-systems.com

GYSI - GANZ EASY



**INTRAORAL
PRESSUREDEPENDENT
REGISTRATION**

Regeln für die Präparationstechnik

Offizielle Stellungnahme gilt nicht nur für den Zahnarzt

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW) haben auf Initiative des Internationalen Institutes für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie (IIZAT) im Einvernehmen mit der Wissenschaftlichen DDV-Kommission des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine gemeinsame Stellungnahme zur Präparationstechnik als Grundlage der Qualitätssicherung herausgegeben. Zur Zeit kann sie schon über das Internet ([hppt:www.DGZMK.de](http://www.DGZMK.de)) abgerufen werden. Die Veröffentlichung ist in den Organen von DGZMK (DZZ) und BZÄK/KZBV (zm) sowie in anderen Publikationen vorgesehen.

Erstmals gibt es damit weltweit eine offizielle Aussage über dieses für die Arbeitsqualität von Zahnarzt und Zahntechniker so wichtige Sachgebiet, sieht man vom Inhalt des Kapitels 10 des BZÄK/KZBV-Arbeitsmittel- und Werkstoff-Wegweisers „Das Dental Vademecum“ ab, in dem die Grundregeln der Auswahl und der Anwendung von rotierenden Dentalinstrumenten bereits seit 1989 aufgezeigt werden.

Ausgangspunkt der DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme vom 17. Dezember 1998

war der IIZAT-Leitfaden „Kavitäten- und Kronenpräparationen mit rotierenden und oszillierenden Instrumenten“*, der mit einem Förderbeitrag der Forschungsgemeinschaft Dental (Stiftung des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie), des Bundes-Verbandes Dental-Handel (BVD) und einer Reihe von in- und ausländischen Industrieunternehmen gratis an die Abteilungen für Zahnerhaltung, für Zahnärztliche Prothetik und für Zahnärztliche Werkstoffkunde der deutschen, österreichischen und schweizerischen ZMK-Universitätskliniken und -zentren übermittelt werden konnte. Diese waren im Vorfeld dieser Publikation an einer themenbezogenen IIZAT-Umfrage beteiligt. Die positive Reaktion zahlreicher Hochschullehrer läßt erkennen, daß der Forschung und Lehre in puncto Präparationstechnik zukünftig eine noch größere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Stand von Wissenschaft, Technik und Recht

Für die Formulierung der Stellungnahme waren für die DGZ Prof. Dr. E. Hellwig (Freiburg), für die DGZPW Prof. Dr. K.M. Lehmann (Marburg) und für die DGZMK Dr. K. Kimmel (Koblenz) benannt worden. Sie entspricht dem gegenwärtigen wissenschaftlichen, technischen und rechtlichen Stand der Entwicklung (einschließlich der Hinweise auf die mini-

mal-invasive Technik). Die Rechtslage, die beim Indenverkehrbringen und bei der klinischen Anwendung der rotierenden Instrumente (ebenso wie Antriebe und Übertragungsinstrumente Medizinprodukte der MPG-Klasse II a) neuerdings eine erhebliche Rolle spielt, ist eindeutig auf die vom Medizinproduktegesetz (MPG) geforderte Leistungs- und Sicherheitsqualität ausgerichtet. Dies bedeutet, daß Hersteller, Vertrieber und Benutzer eine gemeinsame Verantwortung im Interesse der Patienten zu tragen haben, also eben diesen Stand von Wissenschaft, Technik und Recht beachten müssen, um Risiken und Fehlleistungen zu vermeiden.

„König Kunde“ manchmal nur „Bettelmann“

Die bisherige Denk- und Handlungsweise der Instrumentenanbieter, nämlich dem zahnärztlichen Kunden auf dessen Wunsch jegliches Instrumentarium „unkritisch“ zu verkaufen, ist seit dem 14. Juni 1998 nicht mehr zu rechtfertigen. Mit der Verpflichtung, von diesem Zeitpunkt an - laut EU-Richtlinie und MPG - nur noch Medizinprodukte mit dem CE-Zeichen in den Verkehr zu bringen, die de jure auf Grund einer wissenschaftlichen Dokumentation und einer selbst ausgeführten Risikoanalyse (= Konformitätsverfahren) für geeignet erklärt

NEU: Der Zahnarzt und sein Recht

NEU



Fachzeitschrift für alle
Rechtsfragen rund um die
Zahnarztpraxis

6 x jährlich

- kompetent
- aktuell
- wissenswert

Das Jahresabonnement kostet DM 200,-
zzgl. Porto und Verpackung.



pmi Verlag AG
August-Schanz-Straße 8 · 60433 Frankfurt am Main
Telefon 069/54 80 00-0 · Telefax 069/54 80 00-66
e-mail: pmiVerlag@aol.com · Internet: <http://www.pmi-verlag.de>

worden sind, ist zwangsläufig die Auflage verbunden, jene Arbeitsteil- bzw. Instrumentenformen, -ausführungen und -größen nicht mehr als Medizinprodukte zu deklarieren und zu benutzen, die - und dies betont die Bedeutung der DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme als Regelwerk und Informationsquelle erster Ordnung - nicht den klinischen und technologischen Regeln entsprechen.

Diejenigen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die bisher als „königliche Kunden“ bezeichnet und behandelt worden sind und ungeeignete oder sogar gefährliche Instrumente erwerben und anwenden wollen, sind qualitätsbezogene „Bettelfrauen“ und „Bettelmänner“. Ihnen dürften solche Produkte überhaupt nicht oder nur mit Gebrauchsanweisungen im Sinne von Arzneimittel-Beipackzetteln überlassen werden, so wie es keine Zigarettenpackungen ohne entsprechende Warnhinweise auf die durch das Rauchen bewirkten Gesundheitsgefährdungen gibt.

Deutsche Herstellergruppe vermittelt Sicherheitshinweise

Wenige Monate vor der Herausgabe der DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme hat eine Gruppe von deutschen Instrumentenherstellern (Busch, D+Z, Horico, Komet, Lange, Meisinger) Sicherheits- und andere Anwendungsanleitungen für rotierende Dentalinstrumente veröffentlicht, mit denen ein wesentlicher Teil der Informationspflicht erfüllt wird. Auch dieses Regelwerk trägt zur Optimierung der Präparationstechnik bei und sollte in praxi die notwendige Beachtung finden.

Es gibt zukünftig keine Ausrede mehr!

Die Argumentation einiger Hersteller, daß ja der Zahnarzt durch seine Ausbildung zur richtigen Auswahl und Anwendung der Bohrer, Fräser und Schleifer angeleitet worden sei, kann nur punktuell und dabei nur bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen angenommen werden. Die DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme, „Das Dental Vademekum“ und der IIZAT-Leitfaden „Kavitäten- und Kronenpräparationen mit rotierenden und oszillierenden Instrumenten“ sorgen gemeinsam für eine klare qualitätsorientierte Linie, die von allen beteiligten Fachweltbereichen und -berufen beachtet werden sollte.

Medizinproduktegesetz und DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme sind im Falle der zahnärztlichen Präparationstechnik keine bürokratischen Regelwerke ohne die oft vermißte Praxisnähe. Es ist diesen drei nationalen wissenschaftlichen Gesellschaften hoch anzuerkennen, daß sie die Probleme erkannt und mit ihrem Plädoyer für eine atraumatische, rationelle und erfolgversprechende Präparationstechnik die Qualitätssicherungsbemühungen unterstützen, die in dieser DAZ-Publikation einen so hohen Stellenwert haben. Gleiches gilt für das Institut der Deutschen Zahnärzte, das schon seit über zehn Jahren diese Zielsetzung des Internationalen Institutes für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie auf vielfältige Weise unterstützt.

Dr. Karlheinz Kimmel, Koblenz

** K. Kimmel: Kavitäten- und Kronenpräparationen mit rotierenden und oszillierenden Instrumenten, Dental Information GmbH, Löhrrstr. 139, 56068 Koblenz, DM 45 (+Versandkosten)*

Deutsche greifen verstärkt zu Jodsalz mit Fluorid

Jodsalz mit Fluorid erfreut sich beim Verbraucher zunehmender Beliebtheit. Ende 1998 entfielen bereits knapp 30 Prozent des insgesamt verkauften Haushaltspaketsalzes auf Jodsalz mit Fluorid. Dies ist gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um sieben Prozent. Verwendet wird es Marktuntersuchungen zufolge in erster Linie von jungen Erwachsenen und Familien mit Kindern. Dank intensiver Verbraucheraufklärung hat das seit 1991 vertriebene Salz heute einen hohen Bekanntheitsgrad und ist in nahezu allen Lebensmittelgeschäften erhältlich.

Mit der Verwendung von Jodsalz mit Fluorid haben Verbraucher einen doppelten Vorteil: Sie beugen damit jodmangelbedingten Schilddrüsenerkrankungen vor und schützen gleichzeitig die Zähne vor Karies. Fluorid macht dabei vor allem den Zahnschmelz widerstandsfähiger und hemmt bei jung und alt das Wachstum kariesverursachender Bakterien. Bei kontinuierlicher Zufuhr von Fluorid werden kleinere Karieslöcher sogar wieder "repariert".

Anerkannte Fachgremien wie die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe, der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, der Arbeitskreis Jodmangel u.a. empfehlen deshalb, im Haushalt möglichst nur noch Jodsalz mit Fluorid zu verwenden. Dies gilt vor allem dann, wenn Kinder und Jugendliche zu verpflegen sind.

In der Schweiz ist Jodsalz mit Fluorid im Haushalt schon seit Jahrzehnten Regelsalz. Durch die breite Verwendung dieses

Salzes und die Anwendung anderer Fluoridierungs- und Mundpflegemaßnahmen konnte die Karieshäufigkeit bei Jugendlichen von 1961 bis heute um fast 90 Prozent reduziert werden. *IfK*

Europa auf den Zahn geföhlt

Der Zustand der Zähne von Kindern und Erwachsenen hat sich in den letzten 20 Jahren in Europa wesentlich verbessert. Dies ist in erster Linie auf die weitläufige Verfügbarkeit von Fluoriden in Form von Zahnpasta, Trinkwasser oder Speisesalz zurückzuführen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Expertengruppe unter Leitung von Professor Lennon, Universität Liverpool, in ihrem Bericht "Zahngesundheit in Europa", den sie vor kurzem anlässlich einer öffentlichen Anhörung des Europäischen Parlaments zur »Zukunft der Gesundheitspolitik in der EU« vorlegte.

Nach diesem Bericht verwenden derzeit rund 50 Millionen Menschen in West- und Zentraleuropa fluoridiertes Speisesalz. Trotz der besseren Zahngesundheit müssen aber immer noch zwischen fünf bis zehn Prozent der nationalen Gesundheitsbudgets für die Behandlung von Zahnerkrankungen ausgegeben werden.

Hauptursache für den Zahnverfall ist dem Bericht zufolge die häufige Aufnahme von Zucker in Lebensmitteln und Getränken. Die Experten fordern deshalb eine klare Kennzeichnung von zuckerhaltigen Produkten, sowie statt Zucker alternative Süßungsmittel. Die Mitgliedsstaaten sollen ferner dazu aufgerufen werden, Fluoridierungsprogramme wie die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz zu verbessern bzw. auszuweiten.

Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Groß-Gerau

Verbandsnachrichten

Jeweils im Oktober nimmt der DAZ Anlauf für ein neues Verbandsjahr. Dieses Mal fand unsere Jahrestagung unmittelbar nach der Bundestagswahl statt, so daß ausgiebig über Koalitionsbildung, Ressortverteilung und künftige Ausrichtung der Gesundheitspolitik spekuliert werden konnte.

Inzwischen sind wir um einige Erkenntnisse und Enttäuschungen reicher und dennoch wenig weiter, was die Perspektiven für die Zahnheilkunde anlangt. Soviel ist klar: allein mit Budgetierung, Einfrieren und Absenken von Finanzvolumina und Punktwerten läßt sich keine zukunftsorientierte zahnmedizinische Versorgung entwickeln. Das erste Gesundheitsgesetz der neuen Koalition, das Solidaritäts-Stärkungs-Gesetz (SolG), bedient sich zur Steuerung lediglich dieser brachialen Instrumente und hat dadurch ungewollt zu einer breiten Solidarisierung aller zahnärztlicher Gruppierungen geführt.

Leistungsmengen-Steuerung statt Honorar-Absenkung!

Beispielhaft zeigte sich dies bei einer Veranstaltung des Decksteiner Kreises in Köln, bei der der DAZ-Vorsitzende Wolfram Kolossa, Dr. Brückmann von VDZM und Dr. Gerritz vom Freien Verband Gelegenheit hatten, dem SPD-Gesundheitsausschuß-Mitglied Dr. Wodarg die Konsequenzen des Vorschaltgesetzes aus zahnärztlicher Sicht zu erläutern. Angesichts der bedrohlichen Perspektiven des damals noch in der Abstimmung befindlichen Gesetzes ergingen sich die Zahnärzte auf dem Podium

in seltener Einmütigkeit. Tatsächlich gibt es inzwischen in verschiedenen KZVEN Bereitschaft, Mitverantwortung für die Mengensteuerung zu übernehmen. In Verhandlungen mit den Kassen ist es zu verschiedenen Vertragsabschlüssen gekommen, die eine ganzjährige Behandlung der Patienten garantieren und den Zahnärzten frühzeitige Rückmeldung über die Erreichung von Obergrenzen geben. Es können KVZ-spezifische Lösungen gefunden werden, um unterschiedlichen Praxisgrößen und -typen in etwa Chancengleichheit zu gewähren, und Instrumente wie die Begutachtung können eingesetzt werden, um der Indikationsbezogenheit mehr Gewicht zu verschaffen. Solche konstruktiven Ansätze werden jedoch durch Budgetierungs- und Abwertungs-Rundumschläge, wie sie schließlich in der Endfassung des SolG enthalten waren, nicht gefördert sondern eher konterkariert.

Nicht nur bei der Kölner Veranstaltung nutzte der DAZ die Gelegenheit, für einen fairen Umgang mit den Zahnärzten einzutreten und auf die schädlichen Folgen einer Abstrafungs-Aktion gegenüber einer ganzen Berufsgruppe hinzuweisen. Bereits für die Anhörung des Vorschalt-Gesetzes im Gesundheitsausschuß des Bundestages hatte der DAZ

wesentliche Kritikpunkte formuliert, jedoch trotz allem seine Bereitschaft zur Mitarbeit an der für 1999 vorgesehenen Strukturreform bekundet.

Fragen an die geplante Strukturreform

Inzwischen ist das SolG nach viel zu kurzer Beratungszeit und mit deutlichen Unzulänglichkeiten in Kraft getreten; die Überlegungen zur Strukturreform haben begonnen. Noch ist offen, in welche Richtung dieses Mal der Zug fahren wird (beim ersten Gesetzeswerk der neuen Koalition wurde er jedenfalls noch überwiegend von den Ministerialen Seehofers angesprochen!). Werden neue Ideen eine Chance haben? Wird es zukünftig eine stärkere Differenzierung zwischen den Ländern geben? Wird es Strukturverträge und Modellversuche geben, in denen beispielhaft neue Versorgungsformen und Honorarstrukturen erprobt werden? Erhält die Gruppenprophylaxe einen neuen Schub, wird die Verzahnung zwischen Individual- und Gruppenprophylaxe verbessert? Kommt endlich Bewegung in die Studienreform? Seit Jahren liegen brauchbare Vorschläge auf dem Tisch. Die Umorientierung der Zahnheilkunde zur Prophylaxe muß unbedingt von stärkerer Präventionsorientierung in der Ausbildung begleitet sein. Im gleichen Atemzug müssen die Kapazitäten-Verordnungen und damit die Studentenzahlen verringert werden. Und damit nicht der Zwang zur Niederlassung den Zwang zu großen Leistungsmengen nach sich zieht, müssen Alternativen zur eigenen Praxis (angestellte Tätigkeit, Teilzeitarbeit usw.) eröffnet werden.

Alternative Vertragsstrukturen

Unbestritten ist die Notwendigkeit der Überarbeitung von Leistungskatalogen und Gebührenordnungen. Die zahnärztlichen Körperschaften, denen weiterhin eine zentrale Rolle im Rahmen der Selbstverwaltung zukommt, brauchen vernünftige Instrumente und Strategien für eine gerechte und an Qualitäts- und Effizienz-Gesichtspunkten orientierte Honorarverteilung. Wo immer sich die Körperschaften der konstruktiven Mitarbeit verweigern, müssen allerdings Zahnärztegruppen die Möglichkeit erhalten, sich alternative Vertragsstrukturen zu schaffen.

Verschiedene Zuschußmodelle ernsthaft prüfen

Wichtige Aufgaben der Zukunft sind ebenfalls Patientenschutz und Qualitätssicherung. Zugleich gilt es, der Politik, den Kassen und den Patienten überzeugend nahezubringen, daß die Zahnmedizin ein moderner Dienstleistungsberuf zum Wohle und im vorrangigen Interesse der Menschen ist. Es müssen Wege gefunden werden, wie diese Dienstleistungen indikationsbezogen und qualitätsgesichert für gutinformierte und beratene Patienten erbracht werden. Dabei muß die gesamte Palette zahnärztlicher Möglichkeiten im Angebot bleiben. Wichtig ist, daß dem Patienten sein Kassenzuschuß erhalten bleibt, auch wenn er höherwertige Leistungen in Anspruch nimmt. Zwar hat die neue Regierung das System Kostenerstattung mit Festzuschüssen in der Prothetik gerade abgeschafft. Jedoch sollte sie im Rahmen der Strukturreform vorurteilsfrei

prüfen, für welche Leistungsbereiche evt. pauschalierte Zuschüsse oder ähnliche Modelle eine zukunftssträchtige Lösung darstellen.

Der DAZ wird die weitere Reformdiskussion mit großem Interesse verfolgen und sich sowohl mit zahnärztlichen Verbänden als auch den Körperschaften über die jeweiligen Ideen austauschen. Auf verschiedenen Ebenen sucht er zugleich den Kontakt zu den politisch Verantwortlichen. Und auch wenn die Krankenkassen – wie z.B. der AOK-Bundesverband – mit uns über die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung beraten möchten, bringen wir gern unseren Sachverstand ein.

Krankenkassen als Reform-Partner?

Gerade die Kassen sind ja ein ganz entscheidender Akteur oder Verhinderer bei jeder Reform. Haben sie ernsthaftes Interesse an verbesserter Betreuung der Patienten und an Konzentration auf das aus medizinischer Sicht Wichtige und Zukunftssträchtige? Seit sie im Wettbewerb untereinander stehen, scheint ihr Handeln oft stärker von vordergründigen Marketing-Überlegungen als von dem Ziel, mehr Gesundheit zu schaffen, geprägt. Billigere Leistungen würden sicher ihr Interesse wecken. Sind Qualität, Vorbeugung, modellhafte integrierte Betreuungskonzepte und Neuregelungen, die für alle Kassen gelten und mit denen man sich nicht vom Mitbewerber abgrenzen kann, gewünscht?! Schon seit Jahren hat's immer mal wieder interessante Kontakte zu Kassen-Fachleuten gegeben, die frischen Wind in den Zahnbereich bringen wollten. Bisher wurde

dergleichen jedoch schon auf der ersten Ebene gebremst, mit Verweis auf die vielen weit wichtigeren Themen im Gesundheitswesen. Aber vielleicht gibt's ja jetzt wirklich eine neue Chance – im Rahmen der geplanten Strukturreform.

Wir haben jedenfalls eine Reihe von Ideen auf Lager und fordern vor allem, daß die Rahmenbedingungen für die Erprobung neuer Strukturen, Versorgungsangebote, Honorarformen usw. verbessert werden bzw. die Schwellen für solche Versuche niedriger angesetzt werden müssen.

Strukturreform – zentrales Verbandsthema für die nächsten Monate

Die erste DAZ-Ratssitzung im neuen Jahr in Frankfurt war, wie sich denken läßt, dem Thema Strukturreform gewidmet. Wenn sich die Mitarbeit an der Reform als lohnend erweist, wird es in den nächsten Monaten häufige Arbeitstreffen in wechselnder Besetzung geben. Im Mai bei der Frankfurter Frühjahrstagung schließlich werden wir Gelegenheit haben, mit dem für die GKV zuständigen Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium, Dr. Hermann Schulte-Sasse, den dann aktuellen Stand der Gesetzesentwicklung zu diskutieren. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der rot-grünen Regierung wird uns bis dahin vielleicht noch manche Überraschung bevorstehen.

Bewährte Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

Während also in der Politik noch das meiste offen ist, erleben wir innerverbandlich eher Kontinuität und eine er-

freuliche Entwicklung unserer Kommunikations- und Arbeitsformen. Kontinuität kennzeichnet auch das Verhältnis zu unserem langjährigen verbandlichen Partner. Im NAV-Virchowbund haben turnusgemäß Vorstandswahlen stattgefunden. Der Bundesvorsitzende Dr. Maximilian Zollner wurde mit großer Mehrheit in seinem Amt bestätigt, gleichzeitig lösten einige neue Mitglieder bisherige Funktionsträger ab. Der DAZ hat sich vom alten Vorstand mit Dank verabschiedet und dem neuen seine Bereitschaft bekundet, weiterhin ein verlässlicher Partner zu sein.

Auch wenn jetzt zu Jahresbeginn vermehrt sorgenvolle Töne zu hören sind angesichts der Umstellungsprobleme in der Praxen, angesichts von Budgets, Absenkungen und verzögertem Zahlungsfluß bei einigen KZVen, möchte ich Ihnen Mut machen und Ihnen alles Gute für das neue Jahr wünschen. Der Bundeswahlkampf ist gelaufen. 1999 wird hoffentlich ein Jahr werden, in dem wir zu rationaler politischer Diskussion rückkehren, in dem auch die leiseren und differenzierteren Argumente gehört werden. So daß faire Lösungen – auch für Zahnärzte – eine Chance haben.

In diesem Sinne grüßt Sie

Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin

Gesucht... Gefunden

Praxis-Suche: Berufserfahrene Zahnärztin sucht im Raum Köln gutgehende 2-Behandlungszimmer-Praxis zur Übernahme.
Tel. 0173/2917755

Angebot: Zulassungsberechtigte(r) Partner(in) für gleichberechtigte Beteiligung oder flexible Mitarbeit in umfangreicher zahnärztlicher Praxis gesucht.
Dr. Michael Fritz, Lindenstr. 13,
49393 Lohne, Tel. 04442/71330, Fax -921247,
E-Mail: Mi.Fri@t-online.de

Zahnarztpraxis im Siegerland, gute und umfangreiche Ausstattung, guter Umsatz, mit Wohn-Praxisimmobilie **zu verkaufen**.
NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse,
Tel./Fax 0221/8460281

Biete Zahnarztpraxis in Castrop-Rauxel, 2 Behandlungszimmer, OPG, EDV, 80 qm, Jahresumsatz durchschnittlich 540.000 DM. Abgabegrund: Ortswechsel. Tel. 02591-78135

Gruppenpraxis/Kooperation: Zahnarzt im Südwesten Berlins sucht Partner bzw. Stellvertreter für seine Praxis. NAV-Wirtschaftsdienst, Mario Leser, Tel. 030/47750297

Stellen-Gesuche:

Studentin mit praktischer Erfahrung in Stuhlassistenz und Anmeldung sucht stundenweise Aushilfsjob in Zahnarzt- oder Arztpraxis

Zahnarzt mit 4-monatiger Berufserfahrung, Examen 9/97, sucht Assistenten-Stelle im Raum Berlin. Er ist Ausländer, Einbürgerungsverfahren läuft, zahnärztliche Tätigkeit ist möglich nach §13 ZHK-Gesetz. Kontakt über DAZ-Geschäftsstelle, Tel.0221-973005-45, Fax -7391239.

BUCHBESPRECHUNGEN

PD Dr. Dr. Norbert R. Kübler
Knochenbildung durch Osteoinduktion
Vom demineralisierten Knochen zu re-
kombinaten Bone Morphogenetic Proteins.
Quintessenz Berlin, 9/1998
218 überwiegend s/w-Abbildungen, 283
Seiten, DM 188
ISBN: 3-87652-977-8

Die 1977 vorgelegte Habilitationsschrift von Norbert Kübler gibt einen soliden Überblick über das derzeitige Verständnis der Knochenphysiologie und der Wirkungsweisen der verschiedenen zellulären und subzellulären Substanzen bei der Knochenneubildung. Kübler hat durch umfangreiche eigene in vitro und in vivo Versuche die Qualität der verschiedenen Knochenersatzmaterialien herausgearbeitet und auf ihre Wertigkeit in der Praxis überprüft. Die Praxis bedeutet hier das Verhalten der verschiedenen Materialien bei der Defektversorgung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Die Begriffe von MA-Knochen bis zu den verschiedenen Bone Morphogenetic Proteins (BMP) sind ausgezeichnet erklärt, die Systematik ist einleuchtend und gut gegliedert. Dieses Buch ist für alle Praktiker interessant, die in der Parodontologie, vor allem aber in der Implantologie im Bereich Defektauffüllung / Versorgung die wissenschaftlichen Hintergründe und die Grenzen der Methoden und Materialien kennenlernen oder ihr theoretisches Wissen auf den neuesten Stand bringen wollen. Die Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis ist hervorragend gelungen; trotz der nicht immer geläufigen

biochemischen und gentechnischen Nomenklatur ist das Buch gut lesbar, um nicht zu sagen spannend geschrieben.

*Dr. Sebastian Schmidinger,
Seefeld*

Rosenbauer, Engelhardt, Koch, Stüttgen
Klinische Anatomie der Kopf- und Halsregion für Zahnmediziner
Thieme Verlag, 1998, 293 Seiten,
210 Abbildungen, 43 Tabellen, kartoniert,
ISBN 3 13 107781 6/695, DM 98.

Wer, außer vielleicht denen, die erst in den letzten Jahren ihr Examen hinter sich gebracht haben, fühlt sich noch fit auf dem Gebiet der ANATOMIE ? Mir, die ich 1986 das Studium beendet habe, tat eine Wiederholung der wichtigen Strukturen unseres täglichen Arbeitsgebietes zugegebenermaßen gut- viele kleine Details geraten doch im Laufe der Jahre in Vergessenheit, wenn man ehrlich ist... Die Anatomie der Kopf-Hals-Strukturen und die klinische Bedeutung anatomischer Sachverhalte (z.B. Funktionsausfälle und deren Folgen) ist leicht verständlich und übersichtlich in diesem Buch aufbereitet und bietet eine schnelle, umfassende Information und Wiederholung mit Hilfe zahlreicher Abbildungen (schwarzweiß/grau/rosa) und Tabellen. Stichpunkte aus dem Inhalt sind u.a.
— Der Schädel: einzelne Knochen, Durchtrittsöffnungen
— Die Muskulatur: Ursprung, Ansatz, Innervation, Funktion
— Die Mundhöhle und benachbarte Regionen: Schild- und Speicheldrüse, Spei-

seröhre etc.

— Die nervöse Versorgung: Hirnnerven mit Kerngebieten

— Das Blutgefäßsystem: Äste, Ursprung, Verlauf, Versorgungsgebiet

— Die Wirbelsäule: funktionelle Störungen, klinische Bedeutung.

Ein empfehlenswertes Buch für Studenten und Praktiker aller zahnärztlichen Disziplinen.

ZÄ Silke Lange,
Oldenburg

Lorenz Fischer,

1. Neuraltherapie nach Huneke

Grundlagen-Technik- Praktische Anwendung, Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart, 1997. 241 Seiten, DM 69
ISBN 3- 7773 - 1292 -4

Neuraltherapie- was ist das eigentlich genau? Das kleine Kurs- und Anwenderbuch gibt demjenigen, der die Neuraltherapie kennt und anwenden möchte, genau die richtige Anleitung. Wer die Neuraltherapie in seine schulmedizinische oder komplementärmedizinische Praxis integrieren will, dem vermitteln sowohl der kompakte Text als auch präzise Skizzen anschaulich die Technik der Neuraltherapie nach Huneke, einem Regulationsverfahren. Aber nun zur eingangs gestellten Frage: Die Neuraltherapie basiert auf dem Reiz-Reaktions-Prinzip. Es werden gezielt die Autoregulationsmechanismen des Organismus angesprochen, wobei der Reiz mittels gezieltem Nadelstich und Injektion eines Lokalanästhetikums gesetzt wird. Der Zufall hat zur Entdeckung der Neuraltherapie geführt: Der Arzt Dr. Ferdin-

and Huneke gab seiner Schwester, die unter Kopfschmerzen litt, eine Spritze, in der sich versehentlich das örtliche Betäubungsmittel Procain befand. Damals, im Jahre 1925, ereignete sich das, was seither viele schmerzgeplagte Patienten erlebt haben - wie durch ein Wunder waren die Schmerzen schlagartig weg, von einer Sekunde auf die andere. Die spontane Heilung war allerdings kein medizinisches Wunder, sondern eine Entdeckung, die von den Gebrüdern Huneke weiter verfolgt wurde und die heute noch Gültigkeit besitzt: Schmerzen entstehen bei einem Energiemangel oder einem Energiestau, also immer dann, wenn der natürliche Energiefluß im Körper durch eine Barriere gestoppt und infolgedessen das Energiegleichgewicht gestört wird. Mit einer Kurzeinführung in die moderne Physik und Kybernetik, die als Grundlage zum Verständnis komplementärmedizinischer Prinzipien wichtig sind, außerdem wertvollen Therapievorschlügen zu häufigen Krankheitsbildern (z.B. bei Kiefersperre) und sehr guten Zeichnungen zu den einzelnen Injektionspunkten.

ZÄ Silke Lange,
Oldenburg

Donald E. Arens Practical Lessons in Endodontic Surgery

Quintessence Books Chicago 1998.
224 Seiten, ca. 300 farbige Abbildungen,
ca. 82 US \$, ca. 300 DM
ISBN 0-86715-333-4.

Als wir vor ein paar Jahren vor einem großen Flughafenhotel in LA darauf war-

teten, daß man uns das Mietauto aus der Tiefgarage herausholt, entdeckten wir am Eingang, ganz klein und unauffällig ein kleines Schild, auf dem stand:

"Warnung! In diesem Hotel sind beim Bau Stoffe und Materialien verwendet worden, die möglicherweise krebserregend sind."

Dieses Schild wurde offensichtlich angebracht, damit niemand auf die Idee kommt, das Hotel zu verklagen, falls er wegen einer Erkrankung therapiert werden muß, die möglicherweise auf die Bauweise und -Stoffe diese Hotels zurückzuführen sein könnte.

An diese Episode fühlte ich mich erinnert, als ich mir die ersten Kapitel des Buches "Practical Lessons in Endodontic Surgery" von Arens zu Gemüte führte. Dieses Buch, ein praktisches Lehrbuch der Endochirurgie, gliedert sich in fünf Teile, von denen sich der erste der Untersuchung und Diagnose von Patienten widmet, die einem solchen endochirurgischen Eingriff unterzogen werden müssen. Es wird genauestens auf Untersuchungstechniken eingegangen, aber auch auf die Aufklärungspflicht, die der Zahnarzt gegenüber dem Patienten hat. Hierzu wurden viele Musterformulare für den Patienten bezüglich des Risikos, der möglicherweise zum Einsatz kommenden Medikamente und der postoperativen Beschwerden abgedruckt. Die rechtlichen Grundlagen/Absicherungen werden eigentlich während des gesamten Buches nie außer acht gelassen und da so ziemlich alles aus den USA nach Deutschland kommt, müssen auch wir damit rechnen, daß uns Patienten in Zukunft im-

mer häufiger wegen verschiedenster Anliegen verklagen. Aus diesem Grunde ist das Buch u.a. wie eine Checkliste für forensische Eventualitäten zu sehen und gibt diesbezüglich gute Tips.

Leider wird im ersten Teil etwas knapp auf die Indikationsstellung eingegangen, die zwar vollständig ist, jedoch unterschiedlich ausgelegt werden kann.

Im zweiten Teil wird sorgfältig auf die Vorbereitung des Patienten und des Zahnarztes eingegangen. Der dritte und größte Teil handelt endochirurgische Techniken ab. Hierbei werden zunächst Grundprinzipien besprochen, wobei zu jeder Technik Vor- und Nachteile in Form von Unterkapiteln zusammengefasst werden. Angefangen bei Schnittführung über die Gewinnung eines gut durchbluteten Lappens über das atraumatische Abhalten der Weichteile und das Schaffen eines übersichtlichen Blickfeldes bis hin zu Techniken der Abtrennung des apikalen Wurzelsegmentes, der Aufbereitung der resezierten Wurzelspitze und vielen Nahttechniken wird das Thema sehr sorgfältig und gut verständlich dargestellt. Natürlich werden auch die Probleme einer endochirurgischen Maßnahme im Seitenzahnbereich mit den entsprechenden Lösungsansätzen dargestellt. Der Text wird durch viele farbige Skizzen und intraoperative Fotografien aufgelockert und verständlich gemacht.

Im vierten Teil wird die postoperative Phase besprochen, die von Ratschlägen für den Patienten für die Tage nach der Operation bis hin zur schmerzfreien Nahtentfernung reicht. Im fünften Teil werden spezielle Problemstellungen

und Randgebiete erörtert. Wie und wann kann man die OP mit Guided Tissue Regeneration kombinieren? Was kann man tun, um eine ungünstig gelegene Perforation zu verschließen? Wann empfiehlt es sich, den Zahn zur Anfertigung der retrograden Wurzelfüllung intentionell zu extrahieren? Dies sind nur ein paar der diskutierten Fragestellungen.

Insgesamt ein sehr kurzweiliges Buch, das sowohl für den chirurgischen Neuling (für diesen fast ein Muß) als auch als Auffrischung für den Routinier dient. Es werden auch Themen wie das Arbeiten mit dem Mikroskop oder neue retrograde Füllungsmaterialien wie das anscheinend sehr vorteilhafte MTA (mineralisches Trioxid) angerissen. Dieses rein praktisch orientierte Buch hat den Vorteil vieler amerikanischer Lehrbücher oder Skripten: eine sehr klare Gliederung, kurze, übersichtliche und gut verständliche Kapitel bei einem psychologisch sehr positiv wirkenden Layout. Für jemanden, der hier ein Literatur-Update in Sachen Endochirurgie sucht, ist dieses Buch nicht gedacht, da es rein praktisch orientiert ist. Ich hätte mir zwar gewünscht, daß die vielen vorgeschlagenen Instrumente als Abbildungen gezeigt werden, denn die ganzen speziellen Namen und Bestellnummern von Analytic Technology/HUFriedy sind ohne Abbildungen eher schwer auf andere in Europa vielleicht gängigere Firmen zu übertragen.

Manche Dinge mögen einem kurios vorkommen, so zum Beispiel der Vorschlag, die Patientinnen zu bitten, nicht nur ohne Lippenstift, sondern absolut

ungeschminkt zur OP zu erscheinen und alle Patienten einer ausgiebigen Gesichtsabseifung zu unterziehen, aber genaugenommen ist das nur eine konsequente Forderung, die einem nur nicht so alltäglich und geläufig ist.

Dieses Buch gibt einem das Selbstvertrauen, leichte und schwierige endochirurgische Situationen anzupacken, da man sich nach dem Lesen gut "upgedatet" fühlt. Nur eines muß man halt schon ein bißchen können: Englisch...

*Dr. Claudia Barthel,
Berlin*

Scully, Flint und Porter:

Erkrankungen der Mundhöhle

Diagnose und Therapie

Urban & Schwarzenberg, 2. Aufl. 1997

1077 Abbildungen, DM 368

ISBN 3-541-19591-6

Bereits in der zweiten Auflage ist ein großformatiger Bildband über die "Erkrankungen der Mundhöhle" bei Urban und Schwarzenberg erschienen. Verfasser sind die Briten Scully und Porter, London sowie Flint, Dublin. Die deutsche Ausgabe besorgten Spitzer, Homburg und Förster, Erlangen.

Als Ziel der Veröffentlichung wurde genannt, einen Atlas der Erkrankungen und der Veränderungen in der Mundhöhle zu erstellen sowie diagnostische Hilfsmittel mit Hinweisen auf gängige Therapiemethoden zu liefern. Neben den rein lokalen Abweichungen wurden dabei selbstverständlich auch die Manifestationen systemischer Erkrankungen berücksichtigt. Verzichtet wurde auf die Wiedergabe von Fällen der Bereiche Kieferor-

thopädie, Parodontologie und Kieferchirurgie.

Der Hauptteil des Bandes besteht aus ca. 1400 Hinweisen, die nach Art eines Lexikons mit Abbildungen und kurzen Texten die genannten Erkrankungen oder Abweichungen beschreiben, im Register alphabetisch geordnet von »abnormes Lippenbändchen« bis »zystisches Hygrom«.

Vorgeschaltet sind Einstiegshilfen in Form von Kapiteln zur Differentialdiagnose, einmal gegliedert nach Symptomen und Befunden und zum anderen nach der Lokalisation. Daneben finden sich ein Leitfaden zur Diagnose und Behandlung sowie zwei Kapitel zur Medikation.

Diese »diagnostische Fundgrube« (Spitzer, Förster) stützt sich auf über 800 Veröffentlichungen, die ausnahmslos in den 80iger und 90iger Jahren erschienen sind. Neben wenigen skandinavischen Quellen stammen alle aus dem angelsächsischen Bereich.

Der offensichtliche Ehrgeiz der Autoren, alles zu beschreiben, was irgendwie als Abweichung einzustufen ist, hat dazu geführt, daß auch »Zahnstein« und »Carabelli-Höcker« eine Würdigung erfahren haben, ebenso wie extrem seltene Entwicklungsanomalien, Horror-Fotos aus dem Kapitel Hauterkrankungen eingeschlossen. Weniger wäre mehr gewesen ist man versucht zu sagen, doch dürfte auf diese Weise immerhin wirklich jeder Suchende zum Ziel kommen. Die nahezu ausschließliche Berücksichtigung von Quellen des englisch-spra-

chigen Raumes wirkt sich nur in den Kapiteln zur Medikation etwas hinderlich aus, den Hauptteil betrifft es nicht.

Verbesserungsbedürftig ist zweifellos das Register. Es ist von einiger Wichtigkeit, da der Hauptteil sinnvollerweise nicht alphabetisch, sondern nach Gruppen geordnet ist (Kapitel 2 bis 17), wie z.B. nach Infektionskrankheiten, Neoplasmen oder Hauterkrankungen etc. Ein Hinweis auf das betreffende Kapitel wäre durch eine zweite, farblich anders gehaltene Ziffer leicht möglich. Auch würde die eine oder andere alternative Bezeichnung den bereits großen Umfang nicht übermäßig erweitern: So findet sich der Begriff »Carabelli Höcker« nicht aber »tuberculum carabelli«.

Ein nettes Kuriosum am Rande: Auf Seite 146 wird der Fall einer sehr umfangreichen Behandlung durch zwei Röntgenaufnahmen dokumentiert (Münchhausen-Syndrom), bei der scheinbar ein neuer Molar gewonnen werden konnte. Der »Therapieerfolg« ist allerdings dem Drucker und nicht dem Behandler zuzurechnen.

Die Gesamtaufmachung, insbesondere aber die Fotos und ihre drucktechnische Wiedergabe sind in verlagstypischer Weise von hoher Qualität, wenn man von einigen sehr alten, offenbar sehr seltenen Aufnahmen absieht. Ohne Frage mit diesem Band ist ein umfassendes Nachschlagewerk verfügbar, das sich gut ausmacht im Kernbestand einer Praxisbibliothek.

*Dr. Lutz Albers,
Oldenburg*

Verträglichkeit von Dentallegierungen unter besonderer Berücksichtigung »alternativer« Verfahren zur Diagnostik

Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben Institut der Deutschen Zahnärzte, Gesamtbearbeitung H. Schwickerath Köln 1998 ISBN 3-7691-7845-9

Von langer Hand wurde schon 1989 ein Forschungsvorhaben zur Verträglichkeit von Dentallegierungen vorbereitet. Die Ergebnisse könnten uns praktizierende Zahnärzte vielleicht endlich Kriterien an die Hand geben, für den einzelnen Patienten aus den über 1000 Legierungen aus dem DENTAL VADEMECUM die richtige herauszusuchen, gleichzeitig die Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes aus der Informationsschrift »Legierungen in der zahnärztlichen Therapie« von 1992 zu erfüllen und schließlich auch die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen aus dem Jahr 1986 zu befolgen. Besonders interessant an diesem Forschungsvorhaben ist der Ein-schluß von »alternativen« Verfahren zur Diagnostik. Bieten uns die »Alternativen« doch so einfache und untrügliche Testmethoden an, prädestiniert für die Sozialpraxis (siehe auch DAZ-forum 58, Seite 51).

Um es vorweg zu sagen: auch dieses Mal brachten die Größen der alternativen Szene der Wissenschaft keine neuen Ergebnisse. Prof. Schwickerath dokumentiert eine ausführliche Korrespondenz mit Dr. W. Becker, Prof. K.-U. Benner, Breuer, Frau Dr. Hillenbrand, Dr. H. Huf, Dr. D. Leiner, Dr. P. Reichert, Dr. I. Ru-

fund Dr. J. Thomsen. Zwar gab es verschiedene, zum Teil mit großem technischen Aufwand durchgeführte Untersuchungen, die vom inzwischen verstorbenen Prof. Siebert koordiniert worden sind, doch blieben auswertbare Ergebnisse aus: »Entweder wurde auf den Vorschlag, an dem Forschungsvorhaben teilzunehmen, wobei entsprechende Hinweise zur Durchführung der Untersuchung mitgeteilt worden waren, nicht weiter geantwortet, oder es wurden von denen, denen Legierungsproben überlassen wurden, auch nach weiteren Anfragen keine Ergebnisse zurückgeschickt« (Seite 82). Dennoch lohnt sich die Lektüre dieser Studie sehr, die vom BIAM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), von der DGZMK, der BZÄK und der KZBV gefördert wurde. Einmal gibt es einen guten Einblick, mit welcher wissenschaftlichen Akribie in der »Schulmedizin« Prüfkörper hergestellt und Korrosionsprüfungen, Zellkulturuntersuchungen sowie klinisch-epidemiologische Studien zum »allergenen Potential« von Dentallegierungen durchgeführt und ausgewertet wurden, dann zeigt es auch deutlich, daß und warum z.B. der Kenntnisstand weiterhin mager ist (Seite 116): »Damit ist statistisch nachgewiesen, daß... ein Zusammenhang zwischen der Variablen allergische Reaktion und der Klinik besteht«.

Es gibt für die Praxis sehr wichtige Aussagen! Seite 136: »Im Gewebe gilt Titan als besonders verträgliches, inertes Metall. Diese Annahme muß für epidermalen Kontakt sehr relativiert werden.« Desweiteren fand man hohe Unterschiede der Reaktionsquoten zwischen Legierungen aus gleichen Metallen mit lediglich veränderten Anteils-Prozentsätzen

bzw. geringfügigen Zusätzen. Seite 137: »In der Einzelfalldiagnostik muß die tatsächlich eingesetzte Legierung beschafft und getestet werden.« Ferner zeigte sich, daß die Wahrscheinlichkeit einer allergischen Reaktion auf Palladium um so größer ist, je stärker bereits eine Nickelsensibilisierung vorliegt (Seite 138). Nach den Forschungsergebnissen scheint es keine Legierung oder Legierungsgruppe vollkommen ohne allergenes Potential zu geben. Mit der negativen Ausnahme Nickellegierung wurden aber keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden. Zur Risikominderung sollten Legierungen mit einem Löslichkeitsverhalten, wie sie die »Palladium Kupfer-Gruppe« zeigt, nicht mehr eingesetzt werden. Amalgam zeigte im Hauttest eine gute Korrelation zu anderen Hg-haltigen Testsubstanzen, deshalb sollten darauf sensibilisierte Patienten keine Neuversorgung mit Amalgam bekommen (Seite 163).

Noch ein Statement (Seite 165): »Der Nachweis, daß 'alternative Verfahren' eine Hilfe bei der Diagnose zur Verträglichkeit von Dentallegierungen geben können, konnte bisher nicht erbracht werden.« Dank gebührt der Geduld von Prof. Schwickerath (Seite 166): »Die Ergebnisse einer von Prof. Dr. G. Siebert in Berlin durchgeführten Studie, deren bisher veröffentlichte Ergebnisse aber noch keine Erkenntnisse in Bezug auf die hier gewünschte Hilfe bei der Diagnostik von Verträglichkeiten von Dentallegierungen erbringen, sind noch weiter zu bearbeiten und auszuwerten.«

Dr. U.Happ, Hamburg

Karlheinz Kimmel

Kavitäten- und Kronenpräparationen mit rotierenden und oszillierenden Instrumenten

Ganzheitsbetrachtung - IIZAT-Leitfaden für die Qualitätssicherung

Hrsg.: Internationales Institut für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie, Koblenz,

Dental Echo Verlag GmbH, Heidelberg und Koblenz 1997, kartoniert, 142 Seiten, 178 Bilder, 10 Tabellen, DM 40
ISBN 3 -920-406-03-16

Die zahnärztliche Präparationstechnik mit rotierenden und oszillierenden Instrumenten hat eine besondere Schlüsselfunktion für die voraussetzungsorientierte Sicherung der Struktur-, Prozeß- und/oder Ergebnisqualität in ZMK-Klinik, Zahnarztpraxis und Dentallabor. Von der Art und Weise der Auswahl und Anwendung der dafür notwendigen technischen Arbeitsmittel hängt es in hohem Maße ab, ob die Hauptziele der Präparation, nämlich • eine atraumatische Arbeitstechnik, • eine rationale Arbeitsgestaltung und • ein optimales Arbeitsergebnis nach dem jeweiligen Stand von Wissenschaft, Technik und Recht verwirklicht werden können.

Es ist unbestritten, daß die wissenschaftlichen Erkenntnisse vor allem hinsichtlich der Kavitäten- und Kronenpräparationen bisher nur in eingeschränktem Maße von Lehre, Industrie und Arbeitspraxis berücksichtigt worden sind. Symptomatisch für diese Situation ist das Angebot der Hersteller der Bohrer, Fräser, Schleifer, Finierer und Polierer, das zahlreiche Instrumente ohne klinische Anwendungsberechtigung enthält. Die vom Medizinproduktegesetz ange-

strebte und ab 14. Juni 1998 obligatorische positive Auslese auf Grund einer sachgerechten Funktions- und Risikoanalyse ist ein wesentliches Fundament für die Sicherheits- und Leistungsqualität.

Das IIZAT-Präparationskonzept ist seit 1989 Bestandteil des Arbeitsmittel- und Werkstoffwegweisers »Das Dental Vademecum« (DDV) mit der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung als Herausgeber. Die für die DDV-Erarbeitung zuständige wissenschaftliche Kommission des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat die Herausgabe dieser IIZAT-Publikation befürwortet, wie ebenso eine Reihe namhafter Wissenschaftler das IIZAT-Konzept bestätigt haben. Zum Inhalt gehört die Darstellung der

- Entwicklung • Grundlagen • Konzepte
- Probleme • Qualitätssicherung • Terminologie unter Berücksichtigung klinischer, technologischer, hygienischer, ergonomischer, organisatorischer, ökonomischer und rechtlicher Aspekte. Hauptanlaß für die Herausgabe war die Erkenntnis, daß ein solcher Leitfaden zur Klärung zahlreicher Probleme notwendig sei. Mit Unterstützung durch die Forschungsgemeinschaft Dental und anderer Sponsoren ist es möglich, diese IIZAT-Publikation den deutschen, österreichischen und schweizerischen ZMK-Kliniken und -Zentren als Basismaterial zur Verfügung zu stellen. Natürlich sind Arbeitsspraxis, Dentalindustrie und Fachhandel wichtige Zielgruppen, um auch dort über den Stand von Wissenschaft, Technik und Recht zu informieren.

Der Autor dieses IIZAT-Leitfadens ist seit Jahrzehnten international anerkannter Experte im Bereich der zahnärztlichen Präparationstechnik und hat mit seinen

bisherigen Untersuchungen (seit 1951) und zum Teil sehr kritischen Veröffentlichungen immer wieder seine profunde Sachkenntnis und praxisnahe Einstellung bewiesen.

Wer den Inhalt dieses Wegweisers auf seine Arbeit überträgt, leistet einen besonderen Beitrag zur Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität bei der zahnmedizinischen Versorgung. K. K.

"Praktiker-Handbuch des zahnärztlichen Vertragsrechts"

Asgard-Verlag Sankt Augustin, 10/98,
ISBN 3-537-51501-4, Preis 148 DM

In Zeiten ständiger gesetzlicher Änderungen ist jeder Zahnarzt gut beraten, wenn er mit einem Griff die geltenden Bestimmungen aus dem Schrank ziehen kann. Bernd Wiethardt und Olaf Stadler vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen haben sich die Mühe gemacht, alle für den vertragszahnärztlichen Bereich relevanten Regelungen zusammenzutragen. Ihr Loseblattwerk umfaßt in Kapitel I 'Gesetze' wichtige Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V und das Zahnheilkundengesetz. An Verordnungen findet man die zahnärztliche Approbationsordnung und die Zulassungsordnung, die Bestimmungen für Bundes- und Landesausschüsse sowie Schiedsämter und die GOZ u.v.m., im Kapitel III 'Verträge' sind der Bundesmantelvertrag sowie der Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag einschl. zahlreicher Ergänzungen abgedruckt.

Angesichts des Veränderungstempos in der Gesundheitspolitik ein gutes Hilfsmittel - wenn es den Herausgebern gelingt, mit dem rasanten Tempo der Gesetzesentwicklung Schritt zu halten. (ibo)

Termine... Termine... Termine...

- 27.2.-6.3.1999, Almdorf Feuerkogel/Oberösterreich: **DAZ-Skifreizeit** (Infos und Anmeldung: Dr. Steffen Wander, Tel. 089/2012-318, Fax 089/2-012-422, Tel. priv. 08178/6191)
- 10.3.1999, Leipzig: Kongress der Firma Janssen-Cilag:
"Patient im Mittelpunkt"
- 16./17.3.1999, Bonn/Gustav-Stresemann-Institut: Fortbildungstagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ): **"Zeitgemäße Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen der zahnmedizinischen Prophylaxe - unter besonderer Berücksichtigung der Fluoride"**;
16.3.1998, 14.00 - 17.30 Uhr: Vorträge;
17.3.1999, 9.00 - 16.30 Uhr: Workshops
(Tel. 0228/694677, Fax 0228/6-94679)
- 18.3.1999, - 15.4.1999, - 20.5.1999,
- 17.6.1999, - 15.7.1999, - 19.8.1999,
- 16.9.1999, - 21.10.1999, - 18.11.1999,
- 16.12.1999, Treffen der
DAZ-Studiengruppe Oldenburg
- 14.-17.4.1999, Köln:
IDS und 25. Deutscher Zahnärztetag
- 8./9.5.1999, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: **DAZ-VDZM-Frühjahrstagung** mit Fachvortrag von Prof. Dr. Georg Meyer, Universität Greifswald, zum Thema **"Dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans - Diagnostik, okklusale Initialtherapie, Aufbißbehelfe"** und gesundheitspolitischem Vortrag von Dr. Hermann Schulte-Sasse, Leiter der Abteilung Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium
- 17.-21.5.1999, Westerland: Fortbildungstagung zum Thema **"Zahnheilkunde 2000"** der ZÄK Schleswig-Holstein mit integrierter Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung (Tel. 0431/3897-280)
- 4.-6.6.1999, Uni Münster: **Bundesfachschaftstagung** der deutschen Zahnmedizin-Fachschaften (Tel./Fax 0251/83-47149, E-Mail zmkfs@uni-muenster.de)
- 23.-26.6.1999, Paris/Palais des Congrès de Paris: **13. Internationaler Kongreß** plus Ausstellung über computerunterstützte Radiologie und Chirurgie (Tel. 030/3147310, Fax 030/31423496)
- 2.10.1999, Berlin:
DAZ-Jahrestagung 1999
- Ende Oktober 1999, Bonn: Kongreß **„Präventive Zahnmedizin“** der Blend-a-med-Forschung
- 19.-21.11.1999, Köln: **Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes**

(Nähere Informationen unter DAZ-Geschäftsstelle Köln, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/-7391239)

Der DAZ stellt sich vor



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 und

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; Behandlungsassistenz.

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 KVZen

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

Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Redaktion, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Dr. Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer

Redaktionsadresse Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 92045, Fax 92046

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. 08177-92045, Fax -92046

Mediadaten bei der Anzeigenverwaltung

Druck MEINDL-DRUCK GmbH, Gewerbestraße 72 82211 Herrsching



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-Studiengruppen oder an unsere regionalen Ansprechpartner:

Baden-Württemberg, Dr. W. Schempf,
Wilhelmstraße 3, 72764 Reutlingen,
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517

Berlin, E. Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915108 / 9915003

Chemnitz, Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,
09130 Chemnitz, Tel. 0371 4012228, Fax 4028686

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. H. Brosch, Ammerseeestr.6,

82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341

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

Rheinhausen, Dr. Andreas Vahlenkamp,
Betzelstr.27, 55116 Mainz,
Tel. 06131 222218, Fax 06131 237294

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

DAZ-Geschäftsst., Irmgard Berger-Orsag,
Belfortstraße 9, 50668 Köln
Tel. 0221 973005 - 45, Fax 7391239

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

Anmeldung zur DAZ-Frühjahrstagung

von DAZ und VDZM in Frankfurt/Main, Bürgerhaus Bornheim

Hiermit melde ich mich zur Tagung von DAZ und VDZM am 8./9. Mai 1999 an

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------|
| Ich bin niedergelassener Zahnarzt..... | <input type="checkbox"/> |
| angestellter Zahnarzt..... | <input type="checkbox"/> |
| Student..... | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme am 8.5. teil..... | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung, 9.5. teil..... | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten..... | <input type="checkbox"/> |

Meine Adresse/ Tel./Fax

An den

**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde -DAZ-
im NAV Virchow-Bund**

Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax 0221 7391239

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*

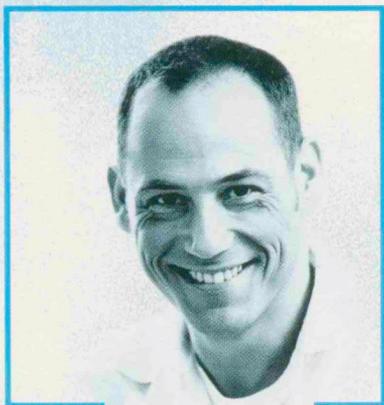


Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsatz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

„Wer aufhört, besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein.“

(Philipp Rosenthal, Unternehmer)



Neu! Mit DentNet Masters zu dauerhaftem Praxiserfolg. Profitieren Sie von Kompetenz und Know-how geschulter Dental Trainer aus Klinik und Praxis.

Nächste Veranstaltungen:

„Prothetik 2000: Ästhetik und/oder Funktion?“

am Mittwoch, den 21. April 1999 in Stuttgart
Wiss. Leitung:
Prof. Dr. Hans-Christoph Lauer, Frankfurt

„Erfolgreiche moderne Füllungstherapie“

am Mittwoch, den 28. April 1999 in Berlin
Wiss. Leitung:
Prof. Dr. Reinhard Hickel, München

Beginn: 14:30 Uhr

Ende: ca. 20:00 Uhr, anschließend Buffet

Limitierte Teilnehmerzahl – gleich anmelden!
Teilnehmergebühr 385,-- DM inklusive MwSt.
und Bewirtung

Bitte Coupon oder Fax
(08152/700 15 79) an:

DentNet Masters Office
Frau Monika Hohfelser
ESPE Platz
82229 Seefeld

Ja, am Mini-Symposium „Prothetik 2000“
am 21. April 1999 in Stuttgart nehme ich teil.

Ja, am Mini-Symposium „Erfolgreiche
moderne Füllungstherapie“
am 28. April 1999 in Berlin nehme ich teil.

Name

Praxisanschrift

Datum/Unterschrift

DENTNET MASTERS
ESPE EXPERT EDUCATION