

67

von Zahnärzten für Zahnärzte

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ forum

18. Jahrgang 4. Quartal 1999 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Sprachlosigkeit überwinden

**Andrea Fischer zu Gast
bei der
Jahreshauptversammlung**

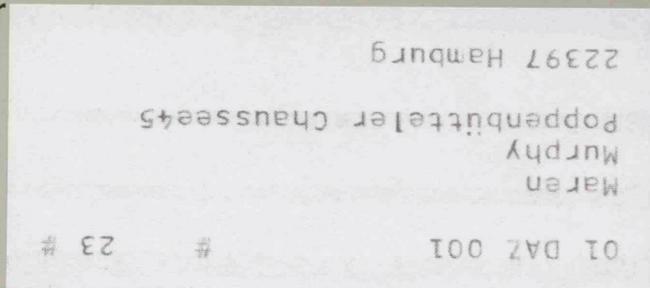
**NE-Metalle in der
Prothetik**

**Impaktierte
Weisheitszähne**

DAZ im NAV-Virchow-Bund,
Belfortstr.9, 50668 Köln
Postvertriebsstück:
Entgelt bezahlt G8845

**Markttransparenzstudie
schafft wenig Durchblick**

**Niedersachsen:
Der Prozess läuft endlich**





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	Sprachlosigkeit überwinden	2
Jahreshauptversammlung	Andrea Fischer zu Gast	4
	Prinzip Hoffnung - ungeordneter Rückblick	14
Gesundheitspolitik	Stellungnahme zum Gesetzentwurf	18
Niedersachsen	...der Prozess läuft endlich	31
	SPD will Vereinigung der Zahnärzte auflösen	33
		16
Qualitätssicherung	Markttransparenzstudie schafft wenig Durchblick	34
	Qualitätszirkel	41
	Inquisition statt Instruktion	
	Vertragen Sie Amalgam?	43
Aus der Praxis	Impaktierte Weisheitszähne	46
	Real existierender Schwachsinn	49
	Digitales Röntgen	52
	Ignoranz	54
	NE-Metalle in der Prothetik	55
	Kasperltheater	58
Prophylaxe		59
Verbandsnachrichten		63
Kurzmeldungen		67
Leserbriefe		70
Buchbesprechungen		75
Kleinanzeigen		77
Termine		79
Der DAZ stellt sich vor		81
Impressum		82

Sprachlosigkeit überwinden oder: *nur Dialoge helfen weiter*

Eine so angenehme Atmosphäre habe sie nicht erwartet. Trotz deutlich unterschiedlicher Positionen habe man miteinander diskutiert und Meinungen ausgetauscht. So etwas habe sie, Andrea Fischer, Bundesgesundheitsministerin, seit ihrem Amtsantritt auf einer öffentlichen Veranstaltung von Ärzten und Zahnärzten noch nicht erlebt.

Man müsse unbedingt im Gespräch bleiben, verabschiedete sich Frau Fischer auf der Jahreshauptversammlung des DAZ am 02.10.99 in Berlin. Dabei hatten wir zuvor die ganze Palette unserer Kritik ausgebreitet:

- die völlig unnötige Faktorbeschränkung bei Mehrkostenvereinbarungen
- die vernachlässigte Reform der Approbationsordnung
- die als Disziplinierung verstandene Einführung „professionalisierter“ KZV-Vorstände
- die Vernachlässigung betriebswirtschaftlicher Parameter der Zahnarztpraxen
- die seit 1988 überfällige GOZ-Reform, um nur einiges zu nennen.

Deutlich wurde ausgesprochen, daß das vorliegende Gesundheitsstrukturgesetz von den Zahnärzten als „Lex Schirbort“ empfunden werde. Die Zahnärzteschaft werde abgestraft, weil sich einige wenige danebenbenommen haben. Dieser Aussage widersprach Frau Fischer vehement, zeigte sich ansonsten

jedoch offen für eine Vielzahl von Argumenten, um deren offene Diskussion sie sich nicht drückte. Dadurch entstand eine neue Qualität in der Auseinandersetzung um die von der rot-grünen Regierung vorgelegte Strukturreform. Das war auch dringend erforderlich, denn an der allgemeinen Sprachlosigkeit krankt es zur Zeit in der Zahnmedizin erheblich:

Der einzelne Kollege versteht nicht, was mit ihm geschieht. Die Gründung von allenthalben aus dem Boden spriessenden Vertragsvereinbarungen erinnert an das berühmte Pfeifen im Walde: Inhalte werden nicht diskutiert, wohl aber die „Entschädigungen“ für den Vorstand bis zu 20.000 DM pro Monat.

Der „Freie Verband“ kann seine Realos und Fundis nicht zusammenführen. Obwohl ohne Gegenkandidaten erhält sein Vorsitzender gerade nur jede zweite Stimme zur Wiederwahl.

Die Kammern und KZVen kochen im eigenen Saft und verwalten den Mangel. Dabei sind einige, wie z.B. die Schleswig-Holsteiner, kreativ und halbwegs erfolgreich. Andere, wie z.B. die Berliner, suchen die Schuld überall außer bei sich selbst. Und wieder andere, in Niedersachsen, müssen sich Ermittlungen der Staatsanwaltschaft wegen des Vorwurfs der Veruntreuung von Kollegengeldern gefallen lassen (s.S. 31).

Die Bundeszahnärztekammer diskutiert mit Europa und verteilt „Knöllchen“. Die

KZBV rutscht mit ihrem unkündbaren Vorsitzenden immer weiter ins Abseits und propagiert eine „Vogel-Strauß-“Politik der Totalablehnung wie 1992. Schmolend wird moniert, daß niemand mit ihnen, den gewählten Vertretern der Zahnärzteschaft, redet.

Die Wissenschaft sitzt in ihrem Elfenbeinturm und wartet, daß sie gerufen wird. Die Krankenkassen positionieren sich und machen im Stillen ihre Hausaufgaben. Sie bereiten sich auf den Wandel vom „Payer“ zum „Player“ vor.

Die Landesregierungen frönen ihren Partikularinteressen und blockieren bewußt z.B. die Studienreform und die GOZ-Novellierung.

Die Bundesregierung entscheidet. Leider fehlt dazu das Detailwissen. Die verbeamtete Ministerialbürokratie ist den Zahnärzten nicht wohlgesonnen. So entsteht eine Politik, die schwarz-gelb als auch rot-grün sein könnte und sich nur in Nuancen unterscheidet.

Wir im DAZ sind stolz darauf, mit allen oben genannten in letzter Zeit gesprochen zu haben - mit einer Ausnahme. Aber mit Herrn Schirbort muß man wohl auch nicht mehr reden.

Dabei werben wir für eine Neustrukturierung der Zahnmedizin in 3 Schritten, an der alle Beteiligten von Anbeginn an mitarbeiten:

1. Neubeschreibung einer modernen Zahnheilkunde nach Zeit- und Aufwandsstudien durch Wissenschaftler und Praktiker.

2. Definition einer Modellpraxis (nach Schweizer Vorbild) und Bewertung der

Leistungen unter aktuellen betriebswirtschaftlichen Kriterien durch unabhängige Sachverständige

3. Neufestlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung durch Gesetzgeber und Kostenträger

Eine ständige Dynamisierung dieser Schritte muß gesetzlich festgeschrieben werden.

Der DAZ hat sich zum Ziel gesetzt, zum Start in das neue Jahrtausend Gespräche der verschiedensten Beteiligten am (Zahn)Gesundheitswesen zu vermitteln. Wir wollen sowohl inhaltliche Positionen als auch Personen zusammenbringen.

Die Politik muß die Rahmenbedingungen vorgeben, die von der Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen unter Einschaltung der Wissenschaft gemeinsam und gleichberechtigt ausgestaltet werden sollen.

Dazu sind Diskussionen und Dialoge notwendig.

Der DAZ ist bereit!

Und die Bundesgesundheitsministerin hat zugesagt, wieder zu kommen...

*Wolfram Kolossa
DAZ-Vorsitzender*

Statt im Haifischbecken unter Zahnärzten

Andrea Fischer zu Gast bei DAZ-Jahrestagung

Minister oder Staatssekretäre sagen nicht selten kurzfristig ab. Darum ein deutliches Aufatmen bei den Veranstaltern, als Andrea Fischer am Morgen des 2.10.1999 tatsächlich bei der DAZ-Tagung in Berlin eintrifft. Die Frau, die bei ihrem Amtsantritt klarmachte, daß sie vor dem Haifischbecken Gesundheitswesen mit seinen sich zuweilen heftig attackierenden Interessengruppen nicht zurückschreckt, scheut auch die Auseinandersetzung mit Zahnärzten nicht, nicht einmal mit Zahnärzten in Berlin, obwohl sie weiß, daß die Praxen hier derzeit mit Rückzahlungsforderungen in fünfstelliger Höhe zu kämpfen haben. Die Ministerin kommt pünktlich und bleibt länger als ausgemacht; denn bei der sich entwickelnden lebhaften Diskussion guckt keiner mehr auf die Uhr.

Damit die zahlreich erschienenen Kollegen wissen, mit wem sie hier zusammen sind, stellt Vorsitzender Wolfram Kolossa zunächst den DAZ im NAV-Virchowbund vor – natürlich nur kurz. Denn im Zentrum des Interesses steht die Ministerin. Sie beginnt, die Grundzüge der geplanten Reform zu erläutern. Anders, als man es von vielen Spitzenpolitikern gewohnt ist, hat sie sich genau auf ihr zahnärztliches Publikum vorbereitet. Sie füllt die Zeit nicht mit allgemeinen Aussagen oder Themen wie Krankenhausfinanzierung, Vernetzung ambulant-stationär, Arzneimittelbudget usw., die zweifellos wichtig sind, von

denen sich Zahnärzte aber nur marginal betroffen fühlen. Sie weiß, wo die zahnärztliche Kritik ansetzt, nimmt ernst, daß viele der neuen Reform mit Sorgen entgegensehen und das erste Gesetz der Koalition, das Solidaritäts-Stärkungs-Gesetz (SSG), als regelrechten Nackenschlag empfunden haben.

Sie versucht, die Entstehungsbedingungen des SSG zu illustrieren und damit auch zu belegen, daß Regelungen wie Kostenerstattung und Festzuschüsse nicht zwangsläufig für immer und ewig vom Tisch sind. Sie könnten wieder mehrheitsfähig werden – allerdings nur dann, wenn, anders als 1998, eine Verunsicherung der Patienten vermieden wird. Noch deutlicher zeigt sich später in der Diskussion, daß Andrea Fischer nicht auf die sattsam bekannte schwarz-weiß- oder schwarz-rot-Malerei angewiesen ist, mit der in vielen Podiumsdiskussionen und Interviews die Bollwerke zwischen den Lagern befestigt werden. Festzuschüsse oder Sachleistung sind für sie keine ideologischen Geschütze, bedeuten nicht Untergang oder Rettung des Solidarsystems, sondern sind Gestaltungselemente mit Vor- und Nachteilen. Sehr differenziert arbeitet sie heraus, daß therapiebezogene Festzuschüsse Ähnlichkeiten mit prozentualen Zuschüssen haben – anders als indikationsbezogene Zuschüsse. Damit ist sie in wenigen Monaten tiefer in die Materie eingedrungen als mancher Kassen- oder vielleicht

auch Zahnärzte-Funktionär nach Jahren. Zugleich merkt sie an, daß bei indikationsbezogenen Festzuschüssen der weniger finanzstarke Patient natürlich immer und unerbittlich „auf der billigsten Lösung hängenbleibt“ - eine Konsequenz, die selten thematisiert wird.

Prävention unter dem Globalbudget – kein Problem?

Bewußt kurz, da sie sich von Experten umgeben weiß, beleuchtet die Ministerin den Erfolgskurs der Zahnmedizin während der letzten Jahre. Das Gesetz strebt eine ursachengerechte, substanzschonende, präventionsorientierte Versorgung an. Die Gruppenprophylaxe

Nachfragen aus dem Publikum versichert, daß man sich wegen Prävention und Globalbudget keine Sorgen machen müsse. Auf weiteres Drängen antwortet sie unmißverständlich: auch Prophylaxe fällt unter Globalbudget.

Die Mitfinanzierung der auch von privat versicherten Kindern in Anspruch genommenen Gruppenprophylaxe durch die Private Krankenversicherung (PKV) – vom DAZ und von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) seit langem gefordert – spricht sie von sich aus an. Hoffentlich nimmt sie aus der Veranstaltung die Erkenntnis mit, daß allein Gesprächskontakte hier nichts bringen! Die PKV wird sich erst

Mit viel Interesse folgen die Gäste der Diskussion



soll für bestimmte Gruppen zeitlich ausgedehnt und vor allem flächendeckend ausgebaut werden. Nach wie vor werden die vorgesehenen Mittel nicht ausgeschöpft. So daß Andrea Fischer auf

nach Erlass einer gesetzlichen Vorschrift an der Gruppenprophylaxe beteiligen.

Auch bzgl. der Prophylaxe im Erwachsenenalter (IP) wirft der Gesetzentwurf

Fragen auf. Soll jetzt nur eine den Patienten seit längerem zugesagte, aber nicht umgesetzte Leistung gestrichen werden – nach dem Motto „April, April“? Ministerin Fischer erläutert, daß keineswegs beabsichtigt sei, jede Form von IP aus der Kassen-Zahnheilkunde zu verbannen. Vielmehr solle die Selbstverwaltung definieren, welche individualprophylaktischen Leistungen sinnvoll als Kassenleistung sind, und in diesem Zusammenhang u.a. die Verträge für Parodontalbehandlung modernisieren.

Modellversuche als Motor für Studienreform

Umorientierung zur Prophylaxe fängt für Andrea Fischer nicht mit der Neudefinition der Leistungskataloge, sondern im Prinzip mit der Reform des Zahnmedizin-Studiums (AO-Reform) an. Hier will sie keine falschen Hoffnungen wecken. Sie hat lernen müssen, daß es bei diesem Thema nach jahrelangen Experten-vorarbeiten und Verhandlungen weniger um inhaltliche Probleme sondern vielmehr darum geht, den Widerstand der Bundesländer gegen Veränderungen zu überwinden. Sie greift eine, von der DAZ-VDZM-AO-Reform-Arbeitsgruppe ins Gespräch gebrachte Idee auf: mit einer Modellversuchsklausel frischen Wind in die Situation bringen. Dann können einzelne Universitäten ganz legal fortschrittliche Studiengänge etablieren und so den Druck in Richtung Reform verstärken.

Eine zentrale Rolle soll laut Andrea Fischer in Zukunft die Selbstverwaltung spielen. Wie die offiziell strukturiert ist und funktioniert, das hat man – so die

Ministerin – schnell heraus. Nicht selbstverständlich, kann man da als Außenstehender nur sagen, denn nicht wenige Zahnärzte kennen die Aufgabenstellung der Selbstverwaltung, auch ihrer eigenen zahnärztlichen, nur sehr unvollständig und haben kein Verständnis für den öffentlich-rechtlichen Charakter ihrer Körperschaften.

Vorfahrt für die Selbstverwaltung - Politik als Moderator

Schwieriger als mit den offiziellen Strukturen sei es mit den tatsächlichen, inoffiziellen – so die Ministerin. Da hat sie sicher Recht und sich auch zu Recht den Schuh angezogen, daß Leute wie sie mit höchster politischer Verantwortung es schaffen sollten, die Strukturen hinter den Strukturen zu durchschauen und konstruktiv mit ihnen umzugehen.

Dabei hat sie ein Argument natürlich in der Hand: daß die Selbstverwaltung ihr Geschäft keineswegs durchgängig aktiv und verantwortlich anpackt. Sondern mal wird nach mehr Rechten für die Selbstverwaltung geschrien und die staatliche Regulierungswut beklagt, mal erklingt die Forderung nach mehr Eingriffen der Politik – wie's gerade paßt.

Zugegebenermaßen hat auch der DAZ schon in beiden Richtungen Appelle formuliert. Er hat z.B. unnötig eingreifende Regulierungen durch das SSG kritisiert – oder ein andermal für das Tätigwerden des Landesvaters in Hannover, seinerzeit noch Schröder, plädiert. Allerdings wollte man nicht ein dirigistisches Eingreifen, sondern Vermittlung zwischen den zerstrittenen Selbstverwaltungs-

DAZ-Jahrestagung:

Diskussion mit Ministerin Andrea Fischer

eur Köln, 6. Oktober 1999 – Am 2.10.1999 hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund in Berlin seine Jahrestagung abgehalten. In der sehr gut besuchten öffentlichen Veranstaltung am Vormittag skizzierte Hauptrednerin Andrea Fischer die von der rot-grünen Koalition geplante Gesundheitsreform. Sie stellte sich anschließend zwei Stunden lang der Diskussion mit Zahnärzten. Besonders intensiv setzte sich die Versammlung mit der notwendigen Modernisierung des gesetzlichen Leistungskataloges auseinander. Hier konnte der DAZ die Notwendigkeit eines mehrstufigen Vorgehens klarmachen:

- Zunächst muß eine Neubeschreibung der modernen Zahnmedizin nach Zeit- und Aufwandsstudien durch Wissenschaftler und Praktiker erfolgen.
- Mit Hilfe einer Modellpraxis und unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Kriterien sind durch neutrale Sachverständige neue Leistungs-Bewertungen festzusetzen.
- Erst dann können Kassen und Politik entscheiden, was sie aus dem vielfältigen Angebot bewährter Leistungen angesichts der begrenzten Ressourcen der Krankenversicherung für ihre Versicherten "einkaufen". Die Ministerin bekannte sich dazu, daß nicht alles medizinisch Mögliche und Wünschenswerte in den gesetzlichen Katalog aufgenommen werden könne.
- Die ständige Dynamisierung dieser Schritte muß gesetzlich festgeschrieben werden.
- Am Nachmittag folgte die DAZ-Mitgliederversammlung. Nach politisch-inhaltlicher Diskussion vor allem zu den Perspektiven und Möglichkeiten nach Inkrafttreten der Reform standen Vorstandswahlen auf dem Programm. Es gab nur geringen personellen Wechsel. Einstimmig wurde folgender Vorstand gewählt:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| • Wolfram Kolossa, Schönberg/Holstein | DAZ-Vorsitzender |
| • Dr. Annette Bellmann, Berlin | Stellvertretende DAZ-Vorsitzende |
| • Dr. Roland Ernst, Edewecht | Stellvertretender DAZ-Vorsitzender |
| • Dr. Kai Müller, Seefeld | Stellvertretender DAZ-Vorsitzender |
| • Steffen Schmidt, Leipzig | DAZ-Kassierer |

Hauptaufgabe des DAZ und seines neuen Vorstandes ist zur Zeit die Förderung der Verständigung zwischen den verschiedenen mit der zahnmedizinischen Versorgung befaßten Personen und Gruppen. So bald wie möglich muß ein konstruktiver Dialog zwischen Politik, Kassen und den gewählten Vertretern der Zahnärzteschaft beginnen. Nur so ist eine von allen dringend gewünschte echte Strukturreform erreichbar.

partnern in Niedersachsen. Warum soll nicht die Politik in verfahrenen Situationen vermitteln, zu runden Tischen einladen? Mancher DAZler hat dies nach der für die Mehrzahl der Zahnärzte verwirrenden und frustrierenden Entwicklung in 1998 gerade von einer neu gewählten, diesbezüglich noch ganz unverbrauchten Bundesregierung erwartet. Stattdessen übernahm Rot-Grün unverändert bereits unter Seehofer entworfene Gesetzesvorschläge. In den Augen vieler Zahnärzte eine Abstrafungsaktion – ein Thema, das mehrfach in der Veranstaltung vorgebracht wird.

Nachbesserungen am Gesetz beschlossen

Während man als Teilnehmer noch solcherart Gedanken nachhängt, hat Andrea Fischer zum umstrittenen Thema „Professionalisierung“ übergeleitet. „Glauben Sie, daß ehrenamtliche Zahnärzterevertreter ausreichen?“, wendet sie sich an das Publikum, wohl wissend, daß über alle Verbände hinweg die im Reformgesetz vorgesehene Umstrukturierung der zahnärztlichen Körperschaften abgelehnt wird. Um den Praxisbezug zu erhalten, habe die Koalition inzwischen nachgebessert und Nebentätigkeiten von KZV-Vorständlern in der eigenen Praxis als zulässig ins Gesetz aufgenommen.

Nachbesserungen aufgrund von Kritik hat es, wie Andrea Fischer berichtet, inzwischen auch bei anderen Regelungen des Gesetzes gegeben. Beispielsweise sollen die Vorschriften zur Datensammlung und –verarbeitung von Datenschützern überarbeitet und patientenbezoge-

ne Daten nur „pseudonymisiert“ weitergegeben werden. Bzgl. der heiß diskutierten GOZ-Begrenzung auf 2,3 soll es eine Ausnahme geben – eine Forderung, die der DAZ gebetsmühlenartig wiederholt aufgestellt hat. Für adhäsiv befestigte Seitenzahnfüllungen in Säure-Ätz-Technik soll der Faktor 3,5 gelten. Hier eines der wenigen Male, wo die Ministerin zu ihrem Spickzettel greift, sich entschuldigend, daß sie bei solchen fachlichen Details nicht mitreden könne und wolle und dergleichen auch normalerweise nicht Sache der Politik sei. Schnellstmöglich solle der Bundesausschuß tätig werden und die Begrenzungen (und damit auch diesen an sich systemfremden Eingriff der Politik in Selbstverwaltungsangelegenheiten) überflüssig machen.

Über Nachbesserungen – so die Ministerin – hat die Koalition auch bei dem für die Medizinberufe heißesten Eisen, dem Thema Globalbudget, nachgedacht. So soll der Sachverständigenrat zukünftig in regelmäßigen Berichten die Frage beleuchten, wie sich der medizinische Bedarf entwickelt und ob ggf. das Globalbudget verändert werden muß. Aber eine Rückkehr zu sektoralen Grenzen werde es nicht geben. Auch wenn man – was gerade sie als Westberlinerin leicht nachvollzieht – sich „hinter Mauern ganz gut einkuscheln kann“.

Klares Bekenntnis zu begrenzten GKV-Leistungen

Kein Wunder, daß mehrfach gefragt wird, wie die ständig fortentwickelten medizinischen Möglichkeiten und das begrenzte Budget in Einklang gebracht werden

sollen. Für Andrea Fischer ist klar: die Leistungen der GKV sind begrenzt und müssen es sein. Aufgabe der Politik sei es, zu entscheiden, was solidarisch und was über Selbstbeteiligung finanziert wird. Thematisieren müsse man hier zuerst den Bagatellbereich und Leistungen mit zweifelhaftem medizinischen Nutzen. Gerade in der Zahnmedizin sei bereits akzeptiert, daß viele Leistungen privat finanziert werden müssen.

Die Diskussion setzt nach Ansicht von Andrea Fischer heute leider meist am falschen Punkt an, wie sie an einem Beispiel verdeutlicht. Man redet z.B. über Nierentransplantate und Dialyse. Statt zu fragen: wieso haben wir so viele Nierenkranke? Von da käme man zum Diabetes – zu schlechter Diabetes-Behandlung. Und auch da könnte man, den Gedanken der Ministerin fortspinnend, noch einen Schritt weitergehen und nachhaken, wieso nicht mehr erworbene Diabetes-Erkrankungen vermieden werden. Also: Konzentration auf qualitativ bessere Vorbeugung, Frühbehandlung, Behandlung primärer Erkrankungen zur Vermeidung der immens aufwendigen Therapie schwerwiegender Folge-Erkrankungen. Bei Zahnärzten dürfte ein solcher Ansatz auf offene Ohren stoßen – haben sie ihn doch schließlich schon in Forschung und Arbeitsalltag aufgenommen, konsequenter jedenfalls als jeder andere Bereich der Medizin.

Keine Fürsorgepflicht für Leistungserbringer

Trotz aller Übereinstimmung bzgl. der grundsätzlichen Begrenztheit von Kassenleistungen und der Notwendigkeit

einer präventiven Orientierung bleiben Globalbudget und Honorarbegrenzungen natürlich Thema auch im weiteren Verlauf der Diskussion. Einer, der die Grünen im letzten Jahr wegen ihrer Gesundheitspolitik gewählt hat und sie beim nächsten Mal – so bekundet er – trotz ihrer Gesundheitspolitik wählen wird, spricht vom Hamsterrad und von Ärzten in Notwehrsituation. Bei diesem Thema hat schon mancher Politiker sich genüßlich zurückgelehnt und seinen ärztlichen Zuhörern vorgehalten: Anbieterdominierte Nachfrage! Sie selbst und Ihre Kollegen treiben die Kosten hoch! Nicht um Patienten geht es, sondern um Konkurrenz unter Kollegen! – Frau Fischer enthält sich solcher Bewertungen, fühlt sich jedoch andererseits auch nicht berufen, Verantwortung für die Einkommenssituation von Zahnärzten zu übernehmen. Schließlich werde keiner zu diesem Beruf gezwungen. Ob sie wohl versteht, was ein norddeutscher Zahnarzt meint, der als Konsequenz aus dem Sicherstellungsauftrag eine Fürsorgepflicht des Staates im Sinne einer wenigstens kostendeckenden Vergütung für Mediziner fordert? Erläuternd sei dazu gesagt, daß es mancherorts ungünstigere Verträge zwischen KZVen und Kassen als anderswo sowie eine abenteuerliche Art der Verteilung budgetierter Honorare durch die KZVen gibt. Praxen mit einer bestimmten Patientenstruktur werden systematisch und in existenzbedrohendem Maße benachteiligt. Leider eines der weniger ruhmreichen Beispiele dafür, was die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Kassen (bzw. speziell die zahnärztliche Selbstverwaltung) aus ihren gesetzlichen Möglichkeiten macht. Den Zahnarzt auf dem Lande mit großem Ein-

Gemeinsam die Zahnheilkunde reformieren !

Zusammenarbeit von Wissenschaft, Zahnärzten und Finanzverwaltern ist gefordert.

Die Bundesregierung ist angetreten, eine echte Strukturreform einzuleiten. Die Zahnheilkunde soll patienten-, präventions- und qualitätsorientierter werden.

Diese Aspekte haben auch das standespolitische Wirken des DAZ in den letzten 20 Jahren geleitet. Gern hat der DAZ deshalb die Gesprächsangebote der Regierenden bereits in einem sehr frühen Stadium des Reformprozesses angenommen.

Der DAZ konnte nachvollziehen, daß die Regierung nach den Ereignissen des letzten Jahres den Kontakt mit der verfassten Zahnärzteschaft gemieden hat.

Auf Dauer ist ein ernsthafter Gedankenaustausch auf Bundesebene jedoch unerlässlich. Sein Fehlen ist Ursache für die mangelnde Akzeptanz des Gesetzentwurfes bei den Zahnärzten. Ohne deren aktive Mitarbeit sind gesetzgeberische Bemühungen nicht umzusetzen.

Eine echte Strukturreform muß mit einer Neuorientierung des zahnmedizinischen Studiums beginnen. Die Qualität der heutigen Ausbildung, die noch aus der „Reparatur-Ära“ stammt, und die Menge der neuaprobieren Zahnärzte verhindern Strukturveränderungen.

Auf dem Leistungssektor kann die Reform der Zahnheilkunde dann in drei Schritten erreicht werden:

1. Neubeschreibung einer modernen Zahnmedizin nach Zeit- und Aufwandsstudien durch Wissenschaftler und Praktiker
2. Definition einer Modellpraxis (nach Schweizer Vorbild) und Bewertung der Leistungen unter aktuellen betriebswirtschaftlichen Kriterien durch neutrale Sachverständige
3. Festlegung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung durch Gesetzgeber und Kostenträger

Die ständige Dynamisierung dieser Schritte muß gesetzlich festgeschrieben werden.

Wissenschaftler, Zahnärzte und Krankenkassen müssen sofort gemeinsam und nicht konkurrierend beginnen, um den ehrgeizigen Zeitplan auch nur annähernd einhalten zu können.

Der Versorgungsbedarf der Patienten steht im Vordergrund der Gesundheitspolitik.

Der Staat gibt die Rahmenbedingungen vor, die von der Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ausgestaltet werden.

Eine einseitige Verschiebung staatlicher Aufgaben zu den Krankenkassen, die als Verwalter eines Globalbudgets mit übermäßigen Rechten ausgestattet werden, bringt das System in Schiefelage.

Die Entrechtung der Leistungsträger, z.B. durch „professionalisierte Körperschaften“ oder übermäßig einengende Mehrkostenregelungen, führt zum Verlust von Unrechtsbewußtsein. Eine höhere Regelungsdichte, mit noch mehr Sanktionen belegt, produziert lediglich neue und andere Umgehungsstrategien.

Der DAZ fordert die Regierungskoalition auf, mit der Opposition abgestimmt einen Rahmen zu gestalten, in dem Wissenschaft, Zahnärzte und Krankenkassen von Anfang an gemeinsam die Aufgabenstellung angehen. Führungsqualität zeigt sich im Zusammenführen unterschiedlicher gesellschaftlicher Kräfte zum Nutzen von Synergieeffekten. Das Auseinandertreiben der Lager muß ein Ende haben!

Nur so ist eine, von allen dringend gewünschte, echte Strukturreform erreichbar.

zugsgebiet verpflichtet der Sicherstellungsauftrag, alle Patienten zu versorgen, auch wenn die Behandlungen zahlreich und aufwendig sind und der maximal erreichbare Budgetanteil dem in keiner Weise entspricht. „Kaufen Sie doch meine Praxis“, schlägt der eben erwähnte Zahnarzt Andrea Fischer vor. Auch von den Berliner Zuhörern würden vielleicht manche gern die vielgerühmte Freiberuflichkeit gegen ein sicheres Angestelltenverhältnis eintauschen und sich dem Angebot anschließen. Aber sie haben Pech: die Ministerin lehnt ab - charmant, aber bestimmt. Die Verstaatlichung der Zahnheilkunde - kein Thema für die Grünen.

Neuer Leistungskatalog muß Bedingungen erfüllen

Für Andrea Fischer ist es Aufgabe der Politik, vernünftige Rahmenbedingungen für zahnärztliches Arbeiten zu setzen. Hauptelement dieser Rahmensetzung ist bei der aktuellen Reform für sie die Novellierung des Leistungskataloges. Eindringlich versucht sie ihren Zuhörern zu vermitteln, daß ein neuer Leistungskatalog genau in ihrem, im zahnärztlichen Interesse sei. Aus DAZ-Kreisen wird dies gern aufgegriffen, hat man doch schon seit Jahren für eine präventionsorientierte Überarbeitung des BEMA plädiert. Jedoch ist nicht jede mögliche BEMA-Veränderung ein Fortschritt. Vielmehr sind Mindestanforderungen zu beachten, wie sie u.a. auch die später von der DAZ-Mitgliederversammlung verabschiedete Resolution enthält:

1) In Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft muß zunächst eine

umfassende Beschreibung der modernen Zahnheilkunde erfolgen.

- 2) Mit Hilfe einer Musterpraxis, unter Einbeziehung von Zeitmeß- und anderen Aufwandsstudien und unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Kriterien müssen neue Leistungsbewertungen ermittelt werden.
- 3) Im letzten Schritt müssen die Krankenkassen festlegen, welche der bewährten Leistungen sie - mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Mittel - in den Katalog für gesetzlich Versicherte aufnehmen.

Die ständige Dynamisierung dieser Schritte muß gesetzlich festgeschrieben werden.

Dabei muß sich die Honorierung von Leistungen in erster Linie am tatsächlichen Aufwand orientieren; in einem geringeren Maße kann eine steuernde Komponente eingebaut werden (d.h. tendenziell bessere Bewertung gesundheitspolitisch erwünschter Leistungen). Auf keinen Fall darf es aus Sicht der DAZ-Diskutanten so weiter gehen, wie es sich jetzt mehr und mehr einzubürgern droht: Honorierung nicht nach Aufwand sondern nach Kassenlage.

Für Stagnation bei GOZ-Novellierung gibt es keine Entschuldigung

Gleiches wird im Gespräch mit Andrea Fischer auch bzgl. der privaten Gebührenordnung GOZ, die nicht in der Verantwortung der Selbstverwaltung, sondern des Gesundheitsministeriums liegt, gefordert. Erneut ist die Ministerin konfrontiert mit der Frage nach ihrer Fürsorgepflicht gegenüber Zahnärzten. Sie verweist auf die ostdeutschen Bundes-

länder, an denen bereits mehrere GOZ-Novellierungsversuche ihres Vorgängers gescheitert seien und bei denen man sich „blutige Nasen holen“ würde.

So differenziert und weitgehend unparteiisch Andrea Fischer sonst die Verhältnisse im Gesundheitswesen analysiert, scheint sie doch hier die Scheuklappen dessen zu tragen, der selbst auf einer Seite (als beihilfegebende Bundesbehörde) in das Geschäft verwickelt ist. Wie die Bewertungen von Leistungen für gesetzliche Patienten müssen sich in einem fairen System auch die Honorare für nach der GOZ erbrachten Leistungen nach dem Aufwand des Zahnarztes und seiner Praxis richten. Und zwar unabhängig davon, wer auf Refinanzierer-Seite betroffen ist: ein Patient selbst, eine private Versicherung oder ein Beihilfegeber. Zahnarzt-Honorare und Erstattungshöhen der Beihilfe sind getrennte Dinge. Bei leeren Beihilfe-Kassen lassen sich Erstattungssätze reduzieren oder luxuriösere Leistungen ausgrenzen. Die Armut der Ost-Bundesländer spricht nicht gegen, sondern eher für eine Reform im Bereich der GOZ. Und natürlich für eine Reform der Beihilfe.

Ab nächstem Jahr neue Reformschritte geplant

Die besondere Sicht der Zahnärzte in Ostdeutschland beleuchtete am Schluß der Debatte ein Chemnitzer DAZ-Kollege. Unter anderem (Details finden Sie auf Seite 14) versucht er, übrigens nicht als einziger, die Aufmerksamkeit auf die problematische Einnahme-Situation der GKV und mögliche Abhilfen zu lenken. Das Einnahme-Thema soll jedoch, wie

Frau Fischer deutlich macht, bei dieser Reform explizit ausgeklammert bleiben. Erst will man andere Probleme angehen und vorhandene Mittel besser ausnutzen. Schließlich sei irgendwann jeder Topf leer, egal, wieviel man hineinpackt. Aber für die Zukunft wird hier durchaus Handlungsbedarf gesehen. Andrea Fischer verspricht, daß man noch „manche Fässer aufmachen will und daß manche davon stinken werden“. Welche Aussicht!

Auch wenn in Zusammenhang mit dem rot-grünen Gesetz immer wieder von Struktur-Reform die Rede war, muß man am Ende des spannenden Vormittags erneut feststellen, daß viele der geplanten Maßnahmen wohl eher vorläufige Schritte als grundlegende und endgültige Struktur-Veränderungen darstellen. Andrea Fischer zumindest wird damit kein Problem haben. Denn sie geht, wie man bei der lebhaften und dennoch disziplinierten Diskussion miterleben konnte, die Themen des Gesundheitswesens zwar mit Leidenschaft und Temperament, jedoch ohne ideologische Verbohrtheit und Fixierung auf Schlagworte an. Sie denkt in Strukturen, in zeitlichen Abläufen, orientiert sich an der Frage, was man angesichts einer konkreten Vorgesichte (und einer bestimmten Bewußtseinslage der Bevölkerung) umsetzen kann und was nicht – ggf. noch nicht. Tabus scheint sie nicht zu kennen. Vergütungsformen, Zuschuß-Modalitäten, Patienten-Selbstbeteiligung, Kompetenzen von Gremien u.ä. sind für sie Instrumente im Rahmen einer von der Politik mitzugestaltenden Entwicklung, aber keine Glaubensinhalte. Und sie gibt auch zu, für manche wichtige Fragen noch gar keine Antwort auf Lager zu haben.

Politische Phantasie und Dialogbereitschaft gefragt

So zum Beispiel zur stärkeren Beteiligung der Patienten. Das „Ob“ ist für sie klar, aber das „Wie“ keineswegs. Die Sozialwahlen in ihrer jetzigen Form hält sie nicht für der Weisheit letzter Schluß, Geschädigten-Initiativen haben ihre Einseitigkeiten, auch Gruppen chronisch Kranker oder Mitarbeiter von Verbraucherorganisationen sind nicht gerade legitimierte Vertreter von Kranken und Gesunden. Da ist „politische Phantasie“ gefragt – wie bei vielen Problemen und Themen, die diese Reform nicht befriedigend regelt und die noch Stoff liefern für ganze Generationen von Strukturreformern.

Zwischendurch klang bei Andrea Fischer an: Wenn wir das hinter uns haben, ist erst mal „Ruhe im Karton“.

Ruhe? Mit Sicherheit nicht! Aber vielleicht finden die für die zahnmedizinische Versorgung Verantwortlichen zu einer besseren Diskussions- und Streitkultur - in dem Sinne, wie wir es bei der DAZ-Jahrestagung mit Ministerin Fischer erlebt haben.

Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin

Lesetip: Ursprünglich war geplant, an dieser Stelle auch das Manuskript der Fischer-Rede zu veröffentlichen; leider erreichte uns das Papier des Ministeriums jedoch nicht rechtzeitig. Es kann – ebenso wie die Veröffentlichungen einiger anderer Medien über die Veranstaltung – bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden. Die Zusammenschau der verschiedenen Berichte zeigt, welche Themenvielfalt in den gut 3 Diskussionsstunden mit der Ministerin zur Sprache kam.

AUS DER PRESSE

Fortsetzung ungesetzlicher Kassenpraktiken

Das Bundesversicherungsamt (BVA) rügt in seinem Jahresbericht 1998, der am vergangenen Donnerstag vorgelegt wurde, erneut in scharfer Form die gesetzlichen Krankenkassen. So würden Kosten für neue, nicht anerkannte Behandlungsverfahren erstattet, obwohl dies eindeutig rechtswidrig sei. Der Präsident des BVA Rainer Daubenbüchel schilderte einen Fall, in dem alleine eine Krankenkasse in der Zeit von Januar bis Mai 1998 ihren Versicherten 390.000 DM für homöopathische Behandlungen, Phytotherapie, anthroposophische Medizin usw. unrechtmässig erstattete. Experten rechnen den Schaden bundesweit auf mehrere hundert Millionen Mark jährlich hoch. Das BVA ist als Aufsichtsbehörde zuständig für alle Sozialversicherungsträger, die in mehr als drei Bundesländern tätig sind und regelt auch die Höhe des Risikostrukturausgleiches (RSA) zwischen den Kassen. Das Amt wird seinen Sitz stufenweise bis Mitte des Jahres 2000 von Berlin nach Bonn verlegen.

Einen Krankenkassenvergleich zum Thema Kostenerstattung "Alternativmedizin" (Titel: Wann zahlt meine Kasse?) finden Sie in der neusten Ausgabe der Zeitschrift "Fit for Fun".

Quelle: "FAZ" vom 22.10.99; "Fit for Fun" November 99

Prinzip Hoffnung - ungeordneter Rückblick zur Jahrestagung

20 Jahre DAZ - 9. Jahrestag der deutschen Einheit - fiktiver 50. Jahrestag der DDR, was macht man mit solchen Daten im Kopf?

Erstens: Noch vor gut 10 Jahren hätte ich nicht mal im Traum daran gedacht, einem/r Minister/in einfach so gegenüberzusitzen und dann auch noch durchaus kritische Worte sagen zu können. Das muß wohl Demokratie sein.

Zweitens: Persönliches Engagement, konstruktive Kritik und Selbstkritik, Zivilcourage und Mut, gegen den Strom zu schwimmen, können doch weiterhin sehr viel bewirken. Vor allem in einer Demokratie.

Drittens: Zehn Jahre ist die DDR nun Geschichte und doch kommt es mir so vor, als ob viele Gedankengänge eine unheilvolle Renaissance erleben. Ist das auch noch Demokratie?

Man hätte so vieles diskutieren können mit Frau Fischer. Ich habe mir lange den Kopf zerbrochen über das Was und Wie, denn ich bin alles andere als ein Naturtalent im Reden bzw. Schreiben.

Als letzter Redner aus dem brechend vollen Saal hatte ich dann das Glück, einige Gedanken los zu werden, vielleicht zu viele auf einmal. Mit Sicherheit war die weit fortgeschrittene Zeit (Frau Fischer blieb erheblich länger als geplant) zu einem wesentlichen Teil Schuld dar-

an, daß nur kurz geantwortet wurde. Ich will deshalb meine Gedanken noch einmal an dieser Stelle formulieren - vielleicht hat auch die Ministerin Zeit, das *forum* zu lesen.

Überlegung 1: Warum fehlt an allen Ecken und Kanten das Geld? Doch nicht in erster Linie, weil das Gesundheitswesen so teuer ist - sondern weil die Sozialkassen durch 4 Mill. Arbeitslose völlig ausgelagert sind.

Und gleich noch eine Zahl vom Bund der Steuerzahler: 60 Milliarden DM werden pro Jahr verschwendet. Über diese und andere Realitäten (Stichwort: Absicherung unserer Staatsdiener) wird diskret der Mantel des Schweigens gelegt.

Überlegung 2: Budgetierung führt zur Verschlechterung der medizinischen Versorgung. Man nehme als Beispiel ganz einfach die DDR. Dieses Gesundheitswesen war de facto budgetiert und obendrein zentralistisch reguliert. Die Geschichte hat hierzu ein eindeutiges Urteil gefällt. Mehr muß man wohl dazu nicht sagen.

Überlegung 3: Wenn schon zu wenig Finanzmittel, dann müssen Prioritäten gesetzt werden. Beispiel: *Krankheiten verhindern statt teuer behandeln* sollte die Devise sein. Also Stärkung der Prophylaxe. Im letzten Jahr sollen ca. 650 Millionen DM für Prophylaxemaßnahmen in der Zahnmedizin ausgegeben worden

sein. Das klingt gewaltig, ist aber umgerechnet nicht mal 10 DM pro Kopf.

Beispiel: Mindestens 50% der Behandlungskosten werden durch eine nachgewiesenermaßen ungesunde Lebensweise verursacht. Warum subventionieren diejenigen, die sich selbst gesund erhalten und das in der Regel noch teuer aus der eigenen Tasche bezahlen, diejenigen, die sich wesentlich ungesund verhalten (Tabak, Alkohol, nachgewiesenermaßen ungesunde Lebensmittel, Risikosportgeräte...)? Warum wird hier nicht nach dem Verursacherprinzip gehandelt? Es werden doch enorme Mittel gebunden, die für die Prophylaxe und die Therapie echter Krankheiten dringend nötig sind.

Ich verstehe Frau Fischer, wenn Sie sagt, daß im Moment jede noch so kleine Zusatzabgabe politisch nicht machbar wäre, glaube aber trotzdem, daß die Menschen in diesem Lande dies akzeptieren würden, wenn es nur verständlich und ehrlich gesagt wird.

Überlegung 4: Die Kosten und der Frust ließen sich deutlich senken, wenn man der ausufernden Bürokratie und Regulierungswut Einhalt gebietet oder noch besser sie auf ein absolut nötiges Maß zurücknimmt.

Zum Beispiel durch eine eindeutige Gebührenordnung. Oder warum wird der Patient nicht als, mit Verlaub, Kontrollinstanz genutzt - Stichwort: Kostenerstattung. Wir haben es mit mündigen Bürgern zu tun, denen man durchaus zutrauen sollte, daß sie ihren Arzt zur Rechnungslegung befragen können und dazu nur im Ausnahmefall einer externen Hilfe bedürfen. Schließlich ist der Patient bei der Zahnbehandlung life da-

bei. Nebeneffekt: Im sensiblen Bereich der Rechnungslegung erweist sich die Güte der Arzt-Patientenbeziehung. Ich würde sogar soweit gehen, die Gebührenordnung (gleich die der Autowerkstatt oder vom Schlüsseldienst ... als Vergleich dazu) im Wartezimmer auszulegen - den meisten Patienten würde wohl das große Staunen kommen.

Überlegung 5: Eigentlich eine Frage. Haben die Kassen auch ein Globalbudget? Woher nehmen die meisten Kassen das viele Geld für eine völlig überzogene Werbung (Plakate, Zeitschriften, Fernsehen...)? Haben die Menschen das Geld etwa dazu eingezahlt? Mit Werbung ist nach meiner Kenntnis noch niemand wieder gesund geworden.

Überlegung 6: Globalbudget heißt auch - für begrenzte Mittel nur begrenzte Leistungen - oder alle Leistungen zu begrenzter Qualität.

Drei alte Volkswahrheiten: "Qualität hat ihren Preis" und "Nur das Beste (wohl-gemerkt nicht das Teuerste!) ist am billigsten" und "Ich bin zu arm, um mir etwas billiges zu leisten."

Wer Qualität liefern soll, muß wenigstens betriebswirtschaftlich in einigermaßen ruhigem Fahrwasser schwimmen können.

Dabei bezieht sich zahnärztliche Behandlungsqualität nicht nur auf den handwerklichen Aspekt. Viel wichtiger wird die Möglichkeit einer umfassenden Diagnose (Stichwort: Funktionsdiagnostik), Aufklärung des Patienten (Stichwort: Höhe und Abrechenbarkeit der Beratungsgebühr) und dem Einsatz moderner wissenschaftlich abgesicherter Therapien (Stichwort: minimalinvasive Zahn-

heilkunde oder implantatgetragene UK-totale Prothese bei atrophiertem Kiefer).

Überlegung 7: Alle, die Leistungen aus dem Gesundheitswesen beziehen, müs-

"SZ": Dreßler bietet Ärzten im Alleingang Kompromiss an

München, 29. September (AFP) -

Der SPD-Sozialexperte Rudolf Dreßler hat nach einem Bericht der "Süddeutschen Zeitung" vom 29. September den Ärzten im Streit um die Gesundheitsreform offenbar im Alleingang einen Kompromiss angeboten. Demnach sollten die Mediziner vom Jahr 2000 an zehn Prozent weniger Arzneien verschreiben, dafür aber von einer Pauschalhaftung bei übermäßigen Verordnungen befreit werden. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, Winfried Schnorre begrüßte laut "SZ" den Vorschlag Dreßlers, der offenbar nicht mit Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) abgestimmt wurde.

Kritik äußerte dagegen dem Blatt zufolge der AOK-Bundesverband.

Das Verhältnis zwischen Dreßler und Fischer gilt als gespannt.

sen auch bereit sein, einen angemessenen Beitrag einzuzahlen (Stichwort: Beamtenstatus; Beihilfe). Es kann doch nicht sein, daß der Steuerzahler neben seinen Kassenbeiträgen per Steuer die Krankheitskosten anderer mitfinanziert. Soll das sozial und demokratisch sein? Der Aussage von Frau Fischer, daß die Zahnärzte vielleicht gar nicht glücklich wären, wenn eine Abrechnung über Beihilfe wegfällt, kann ich für mich nicht

bejahen. Ich vermute eher, daß sich dann die finanzielle Situation im Gesundheitswesen deutlich entspannt. Von einem positiven politisch/sozialen Signal ganz zu schweigen.

Überlegung 8: Professionelle Körperschaften schaffen neue Funktionärschichten, die nach allen Erfahrungen irgendwann den Bezug zur Realität verlieren, bis hin zur Entstehung von Betonköpfen.

Es gibt durchaus auch sehr positive Beispiele für eine kollegennahe, effiziente und sachkundige Körperschaft - auch oder gerade in dieser Zeit im Konsens einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Ich spreche hier pro domo für Sachsen. Ich denke, eine Gesundheitsministerin sollte sich davon und von den speziellen Sorgen des Ostens einmal vor Ort überzeugen.

So viele Probleme sind noch zu klären, sind nicht angesprochen worden. Was hat der Vormittag dann eigentlich gebracht? Ich denke sehr viel. Es wurde miteinander gesprochen, leidenschaftlich aber sachlich diskutiert - beide Seiten hörten sich zu. Die Tür, welche fest und für lange Zeit verschlossen war, konnte um einen Spalt geöffnet werden. Es wurde eine kleine Vertrauensbasis geschaffen, wie eine kleine Oase - nun gilt es diese politische Wüste urbar zu machen. Doch dazu bedarf es der Anstrengung aller. Der DAZ hat dieses Wochenende einige Bewässerungsgräben gezogen, einige zarte Pflänzchen gesetzt und Pläne zur Diskussion gestellt.

*Dr. Ralf Eisenbrandt
Chemnitz*

Zahnmedizinische Qualität. Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



Medizinische Mund- und Zahnpflege
aus der **elmex** Forschung

Stellungnahme zu ausgewählten Paragrafen des Gesetzentwurfes, die den Bereich zahnärztliche Versorgung betreffen

Bei der DAZ-Jahrestagung (JHV) am 2.10.1999 stellte Gesundheitsministerin Andrea Fischer einige umstrittene Punkte klar und gab einige inzwischen von der Koalition beschlossene Änderungen bekannt, die nachträglich in die Stellungnahme eingefügt wurden.

Der vorliegende Gesetzentwurf bekundet die Absicht, *Prävention, Frühbehandlung und Qualitätssicherung* in der Zahnheilkunde größeres Gewicht zu verleihen. Diese Zielsetzungen werden vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) seit seiner Gründung propagiert und von ihm im Reformkonzept begrüßt. Sie haben inzwischen auch in der übrigen Zahnärzteschaft zahlreiche Befürworter gewonnen.

Der Gesetzentwurf stößt dennoch unter Zahnärzten auf erheblichen Widerstand, weil er in verschiedenen, aus zahnärztlicher Sicht regelungsbedürftigen Punkten unklar bleibt und Entscheidungen der Zukunft überläßt. Gleichzeitig gelten einige für die Zahnärzte deutlich einschränkende Regelungen ab sofort und sind bis ins Detail ausformuliert. Die gewünschte Wende zu mehr Prävention und Qualität soll offensichtlich ausschließlich durch mehr Einsatz und/oder Einkommensverzicht seitens der Zahnärzte ermöglicht werden.

Hinzu kommen nicht nur für den zahnmedizinischen Bereich geltende Regelungen, die von den im Gesundheitswesen Tätigen als *neue Reglementierung* ihres Verhaltens und als *Zunahme der Bürokratisierung* verstanden werden. Der DAZ hat sich seit jeher für qualitätssichernde Maßnahmen, für die Aufstellung von und Orientierung an Behandlungsleitlinien u.ä. ausgesprochen. Jedoch ist er - im Gegensatz zum Gesetzentwurf - der Meinung, daß nur in enger und positiver Kooperation mit den jeweiligen Leistungserbringern ein effizienterer, zielgenauer Einsatz der vorhandenen Ressourcen und die Verringerung von nicht effizienter Behandlung erreichbar ist.

Am bedrohlichsten wird die Fortsetzung und Zementierung der *Budgetierung* angesehen, neuerdings in Form eines Globalbudgets. Dabei wendet sich der DAZ nicht grundsätzlich dagegen, daß für Kassenzahnheilkunde nur eine begrenzte Finanzmenge bereitgestellt werden soll. Klar ist jedoch, daß für begrenzte Mittel nicht unbegrenzte Leistungen erbracht werden können. Dazu müssen die zahnärztlichen Körperschaften Instrumente zur Mengenbegrenzung einsetzen können; gegenüber den Versicherten dürfen keine unerfüllbaren Leistungszusagen mehr gemacht werden.

Zwar wurde das Gesetz nach vielen Änderungen inzwischen mit der Koalitionsmehrheit vom Bundestag beschlossen, die Ablehnung im Bundesrat und die Anrufung des Vermittlungsausschusses sind aber sicher. Da damit erneute Beratungen und Anhörungen zu erwarten sind, bringen wir nachfolgend noch einmal unsere Änderungsvorschläge und Kritikpunkte.

Zu den einzelnen Bestimmungen:

§ 21- Gruppenprophylaxe

Positiv zu werten ist, daß die *Gruppenprophylaxe ausgeweitet* werden soll auf bis zu 16jährige Jugendliche in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist. Auf diese Weise kann "aufsuchende", strukturierte und zielorientierte Prophylaxe organisiert werden. Das ist bei den Jugendlichen sicherlich anspruchsvoller als bei den Kindern, ist aber umsetzbar und sehr notwendig.

Die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen auf "Flächendeckung" der Gruppenprophylaxe könnte in vielen Fällen zu reinen Alibibetätigkeiten ohne Präventionseffekt führen. Der DAZ schlägt dagegen eine *Verpflichtung der Beteiligten auf Ziele, Qualität und Professionalität* der Gruppenprophylaxe vor. Wichtig ist, Rechtssicherheit für den besonders effizienten Einsatz von Hilfspersonal zu schaffen.

Außerdem spricht sich der DAZ dafür aus, *weitere präventionsbedürftige Gruppen* einzubeziehen. Deren Betreuung kann effizient durchgeführt werden. So sollte eine aufsuchende Prophylaxe auch in Seniorenheimen und anderen Einrichtungen stattfinden und weitgehend von Prophylaxepersonal durchgeführt werden.

Am wesentlichsten ist jedoch eine zusätzliche Schwerpunktsetzung, nämlich die Gruppenprophylaxe analog zu § 20 SGB V zur *umfassenden Mundgesundheits-Förderung* zu erweitern und damit nicht mehr nur "Krankheitsverhütung" und individuelle "Verhaltensprä-

vention" sondern "*Verhältnisprävention*" anzustreben. (Mit "Verhältnisprävention" ist die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse gemeint, also z.B. kein Verkauf von Zucker-Süßwaren in Schulkiosken sondern statt dessen Angebot gesunder, für die Kinder dennoch attraktiver Pausensnacks.) Grundlegendes Element eines solchen umfassenden Ansatzes ist die *Vernetzung und Kooperation* all derer, die diese präventive Strategie in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich unterstützen können.

Alles steht und fällt jedoch mit den Finanzierungsmöglichkeiten. Schon jetzt sind gruppenprophylaktische Aktivitäten davon bedroht, daß Beteiligte meinen, unter dem Globalbudget würde ab nächstem Jahr nicht mehr genügend Geld fließen. Hier ist dringend eine Klarstellung gefordert!

(Aussage von Andrea Fischer bei der JHV: auch die (Gruppen-)Prophylaxe unterliegt der Budgetierung.)

§ 22 - Individualprophylaxe

Gegenüber früheren Entwürfen wird durch Streichung von Absatz 4 die Individualprophylaxe (IP) für Erwachsene, die noch nicht einmal umgesetzt worden ist, wieder aus dem Sozialgesetzbuch eliminiert - für die Versicherten wahrlich kein Zeichen einer verlässlichen Gesundheitspolitik. Unser Verband hat bei diesem Paragraphen seit jeher vor ineffizienter "Gießkannen-Prophylaxe" im Erwachsenenbereich gewarnt. Jedoch sind individuelle Vorbeugungsleistungen mit Kassenzuschuß oder als Kassenleistung nicht grundsätzlich unsinnig. Als Inhalte für die im NOG II neu verankerte

IP hat der DAZ mit Blick auf die geringen finanziellen Mittel für erwachsene Personen insbesondere die *Förderung der Keimzahlreduzierung* (durch Hygiene und Spüllösungen) und der *Schmelzhärtung (durch Fluoride)* vorgeschlagen, wobei eigene häusliche Bemühungen der Patienten im Vordergrund stehen sollten. Darüber hinaus hält er die *Frühdiagnostik von Parodontalerkrankungen* für eine sinnvolle Kassenleistung, während allerdings die parodontale Erhaltungstherapie in der Verantwortung des Patienten liegen sollte.

Der Bundesausschuß sollte den Auftrag erhalten, unter besonderer Berücksichtigung der Anspruchsberechtigung und des Leistungsinhalts nach evidenzbasierten und sozialmedizinischen Gesichtspunkten IP-Positionen zur Umsetzung des § 22 zu definieren.

§ 28 - Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Durch das strikte Verbot von Kassenzuschüssen für *funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen* sowie für *Implantate und Suprakonstruktionen* (von bestimmten Ausnahmen abgesehen) durch das Beitragsentlastungsgesetz 1996 wurde eine Versorgungslücke geschaffen. Es gibt Patienten, die der vorgenannten Leistungen bedürfen, um normal und schmerzfrei zu leben und/oder einen funktionstüchtigen Kauapparat zu haben. Der DAZ hat verschiedentlich auf die Folgen dieser Regelung hingewiesen und vorgeschlagen, die Diagnostik und Therapie von schmerzhaften Kiefergelenkserkrankungen sowie mindestens Zuschüsse für Suprakon-

struktionen auf zum Erhalt der Kaufunktion nötigen Implantaten in den Leistungskatalog aufzunehmen, ggf. unter verschärften Begutachtungsvorschriften. Der neue Gesetzentwurf läßt die Versorgungslücke bei Kiefergelenkserkrankungen weiter bestehen. Dies ist kein Problem der Zahnärzte, die bei einem Teil ihrer Patienten ihre Behandlung privat liquidieren. Jedoch ist dies durchaus ein Problem für die betroffenen Patienten. Zum Teil werden sie inadäquat (von Ärzten anderer Fachrichtungen im Rahmen der Sachleistung) therapiert, zum Teil müssen sie die Behandlung einer ernsthaften Erkrankung, die in anderen Körperregionen Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung wäre, privat bezahlen.

Bzgl. der Implantatversorgungen soll der Ausnahmekatalog neu bestimmt werden (vgl. § 30 a,b). Unbefriedigend bleibt die Situation z.B. für finanziell schlecht gestellte Menschen mit hochgradig atrophiertem Kiefer, die vielleicht zukünftig einen (100%-)Zuschuß für die Suprakonstruktion bekommen, die Implantatpfeiler aber nicht selbst bezahlen können.

§ 29 - Kieferorthopädische Behandlung

Die Möglichkeit von *Zwischenbegutachtungen* kieferorthopädischer Behandlungen sowie die Orientierung an objektiv überprüfbaren *Indikationsgruppen* ist zu begrüßen.

§ 30 - Zahnersatz

Wie oben ausgeführt, durfte in der Vergangenheit bei außervertraglichen Implantatversorgungen auch die Suprakonstruktion von den Krankenkassen nicht

bezuschußt werden. Die vorgesehene Regelung bietet dem Bundesausschuß die Chance, diesem unbefriedigenden Zustand abzuweichen. Um einer Kostenlawine vorzubeugen, sollten die Richtlinien für eine Bezuschussung - die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung vorausgesetzt - hier die in dieser Situation übliche konventionelle Zahnersatzversorgung zugrunde legen (z.B. Totalprothese bei zahnlosem Kiefer) und dabei auch die Gewährleistung regeln.

§ 64 - Vereinbarungen mit Leistungserbringern

Die Erweiterung der Möglichkeiten zur Vereinbarung von Modellvorhaben auf andere Gruppierungen als nur KVen und KZVen ist als Chance anzusehen in Fällen, wo die Körperschaften für sinnvolle Modelle nicht zu gewinnen sind.

§ 71 - Beitragssatzstabilität

Aus DAZ-Sicht sind der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, die Bindung an die Grundlohnsumme und auch die Festschreibung der bisherigen Einnahmequellen der GKV kein Dogma. Insbesondere die auch vom Sachverständigenrat empfohlene und aus Gerechtigkeitsgründen naheliegende Heranziehung anderer Einkommensarten zur Beitragsbemessung könnte zur Finanzierung der von den Menschen gewünschten medizinischen Leistungen beitragen.

§ 77 - Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

Mit der Neufassung des Paragraphen wird die Zusammenlegung kleinerer KZVen

von oben angeordnet. **Solche Entscheidungen muß die zahnärztliche Selbstverwaltung selbst treffen**, wenn erforderlich.

§ 79 - "Professionalisierung" der zahnärztlichen Selbstverwaltung

Die vorgesehene "Professionalisierung" wird vom DAZ und der Mehrzahl der zahnärztlichen Verbände negativ bewertet. Nicht erkennbar ist, worin der *Effizienzgewinn* der vorgesehenen weitreichenden Umstrukturierung liegen soll, bzw. ob nicht die große Gefahr besteht, daß genau das *Gegenteil* erreicht wird (siehe Verwaltungskostenentwicklung in der GKV). Für die Zahnärzteschaft gilt, daß berufsintern bereits heute die geplanten "hauptamtlichen" KZVen als verlängertes Arm der Aufsichtsbehörden empfunden werden. Allerorten sprießen *zahnärztliche Vereine* aus dem Boden, die nach Inkrafttreten des Gesetzes als "Gegenstrukturen" die Aufgabe zahnärztlicher Interessenvertretung übernehmen werden.

Bei den immensen Aufgaben, die das Reformgesetz an die Selbstverwaltung delegieren will, halten wir die absehbare Isolierung und damit Blockade der "professionalisierten" KZVen, die jegliche Akzeptanz in der Kollegenschaft verlieren werden, für kontraproduktiv. Die moderaten Ansätze, die sich zur Zeit und zum ersten Mal nach vielen Jahren ideologischer Verkrustung in etlichen "ehrenamtlichen" KZV-Bereichen herausbilden, werden bedroht. Die Umsetzung des neuen Gesetzes wird sich in einer Flut von Ersatzvornahmen und endlosen Streitereien verlieren.

Im übrigen sei darauf verwiesen, daß anders als bei den Krankenkassen, wo die Vertreterversammlung (VV) jeweils nur eine Institution vertritt, die VV bei den Zahnärzten die Interessen von jeweils bis zu mehreren tausend Einzelpraxen vertritt. Die heute vorhandene und wahrgenommene parlamentarische Funktion der KZVen, auseinanderstrebende Meinungen innerhalb der Vertragszahnärzteschaft auszugleichen, einzubinden und auch zu disziplinieren, wird nur noch eine sehr begrenzte Wirkung entfalten können, wenn die durch ehrenamtliche Vorstände und repräsentative Vertreterversammlungen garantierte Meinungsvielfalt sowie Orts- und Praxisnähe der FunktionsträgerInnen nicht mehr gegeben ist.

§ 80 - Wahlen

Die Einführung des **Verhältnismahlrechts**, eine schon länger vom DAZ erhobene Forderung, wird als überfällige Demokratisierung der zahnärztlichen Körperschaften begrüßt.

§ 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

Die *Überarbeitung und Modernisierung des BEMA* ist eine alte DAZ-Forderung und überfällig. Die Orientierung an einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung wird unterstützt, die honorarneutrale Zusammenfassung zu Leistungskomplexen für bestimmte Fälle ebenfalls. Allerdings dürfen wichtige qualitätssichernde Einzelleistungen nicht verloren gehen. Hierfür sind detaillierte Leistungsbeschreibungen unabdingbar.

Zu kritisieren ist, daß der Gesetzgeber die beiden Aspekte

- 1) **Neudefinition des Leistungskataloges nach medizinischen Kriterien**
- 2) **Neufestlegung der Bewertungen nach Aufwand**

nicht klar trennt bzw. hier nicht eine sinnvolle Abfolge vorgibt.

In § 87 Abs. 2d geht es trotz diverser medizinischer Begriffe *nicht* um eine Neuformulierung des BEMA, sondern lediglich um mögliche *Zusammenfassung* von Leistungen und die Neufestsetzung von *Bewertungen*. Die überfrachtete Formulierung im Gesetzentwurf "Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten.", schafft dabei mehr Verwirrung als Klarheit. **Zunächst ist inhaltlich zu bestimmen, welche Leistungen überhaupt Aufnahme in den BEMA finden.** Hier sind die Richtlinien des Bundesausschusses im Sinne von § 92 Abs. 1a und die Abgrenzung zum Bereich, für den die NUB-Richtlinien nach § 135 gelten, gefordert. Wenn eine Leistung als zum BEMA zugehörig definiert ist, dann hat ihre Bewertung nichts mehr mit Fragen der Präventionsorientierung, sondern lediglich mit dem zur Erbringung der Leistung nötigen **Aufwand** zu tun. Über den Aufwand lassen sich auch gerechte Relationen zwischen Leistungen unterschiedlicher Fachbereiche wie z.B. Zahnersatz und Kieferorthopädie finden.

Zu begrüßen ist, daß der Gesetzentwurf der **"erforderlichen Arbeitszeit"** eine zentrale Rolle zuweist und daß wissenschaftlicher Sachverstand hinzugezogen werden soll. Jedoch ist dies allein nicht ausreichend, denn es gibt auch noch anderen zur Leistungserbringung erforderlichen Aufwand, z.B. den Einsatz nötiger Hilfskräfte, Geräte und Materialien.

Leider sieht der Gesetzgeber anders als bei der Entwicklung von Gebührenordnungen in Nachbarländern wie der Schweiz oder den Niederlanden nicht vor, bei der Bewertungsfindung die betriebswirtschaftliche Basis zahnärztlicher Praxen zu berücksichtigen, z.B. durch Orientierung an den Ergebnissen einer *Modellpraxis*. **Stimmige Zeitrelationen von Leistungen zueinander bleiben solange wertlos, wie die nach Budgets ausgerichteten Honorare eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht erlauben.**

Der DAZ schlägt die klare *Trennung* der inhaltlichen Neuorientierung des BEMA und der Festlegung der Bewertungen vor und fordert für letztere die Hinzunahme *betriebswirtschaftlicher Kriterien*. (Ministerin Fischer wies am 2.10.1999 darauf hin, daß der für die BEMA-Novellierung vorgesehene Zeitraum bis zum 31.12.2001 verlängert werden soll.)

§ 87 a - Honorarverteilungsmaßstab

Die Regelungen zum Honorarverteilungsmaßstab sind eindeutig auf Budgets abgestellt, die als strukturelle Maßnahme abzulehnen sind, ja sogar *sinnvolle Strukturänderungen blockieren*.

Ansonsten spiegeln die vorgesehenen Maßnahmen die heute in vielen KZV-Bereichen praktizierte Honorarverteilungsrealität wider. Zu begrüßen ist, daß *Regelleistungsvolumina zu festen Punktwerten vergütet* werden sollen, was im Gegensatz zu floatenden Punktwerten eine gewisse *Planungssicherheit* schafft.

Vorgesehen ist, daß die Kassenärztliche Vereinigung "den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam erstmalig bis zum 30. Juni 2000 zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab" anwendet. Diese Regelung gilt augenscheinlich auch für Zahnärzte, d.h. die Kostenträger sollen ein *Mitspracherecht* bei der zahnärztlichen Honorarverteilung erhalten. Hierfür sieht der DAZ keine sachliche Berechtigung und beklagt eine Verletzung des Subsidiaritätsprinzips. Eine Information an die Kassen reicht aus.

(Hierzu führte A. Fischer bei der JHV aus, daß die mitentscheidende Rolle der Kassen bei der Honorarverteilung inzwischen von Tisch sei; die Kassen seien nur „ins Benehmen“ zu setzen.)

Entscheidend für die Akzeptanz der Degressionsregelungen (§ 87 a, Abs. 5) ist aus DAZ-Sicht, daß die durch Degression gewonnenen Beträge zurück in das zahnärztliche Budget fließen.

Der DAZ hat vor einigen Jahren selbst die Degression als ein Instrument der Umverteilung in die Diskussion gebracht, durch das die Rationalisierungsvorteile großer Praxen zur Stützung kleiner Praxen genutzt und zugleich die übermäßige und qualitätsfeindliche extreme Umsatzausdehnung bestimmter Praxen gebremst wird. Die Weitergabe

dieser Honorareinsparungen an die Krankenkassen und damit die (sukzessive) Minderung der für Zahnmedizin zur Verfügung stehenden Mittel lehnt der DAZ sowohl im Interesse der Zahnärzte als auch der Patienten ab.

§ 87 b - Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Durch Heraufsetzen der Begrenzung für Mehrkosten bei Mehraufwand vom 1,7fachen auf den 2,3fachen GOZ-Satz hat der Gesetzgeber bereits auf die berechnete Kritik von zahnärztlicher Seite reagiert. Insbesondere bei geschichteten Kunststoff-Füllungen, die in starkem Maße von Patienten nachgefragt werden und in indizierten Fällen eine substanzschonende, prophylaxeorientierte Versorgungsform darstellen, hätte die 1,7 Begrenzung eine Halbierung (!) der Honorare im Vergleich zum heutigen Status bedeutet. Immerhin basiert die heute übliche Honorarhöhe auf analogen BEMA-Positionen (13 e bis 13 g), die aufwandsgerecht durch Schiedsamtentscheidung unter neutralem Vorsitz festgelegt wurden. **Die 2,3-Regelung verpflichtet zur Erbringung unter diesem Niveau.** Angesichts der Terminierung der Begrenzung bis zur Erstellung der Richtlinien des Bundesausschusses wird die Regelung hingenommen werden. Sie wird jedoch von den Zahnärzten als unnötige Gängelung empfunden und mindert die Akzeptanz der Reform. Nicht übersehen werden sollte im übrigen, daß jede Begrenzung die Zahnärzte in den *neuen Bundesländern* schärfer als in den alten trifft, da sie, trotz ähnlicher Unkosten, auf einem abgesenkten GOZ-Niveau von 86% abrechnen müssen!

(Laut Andrea Fischer hat man sich inzwischen von Regierungsseite darauf verständigt, bei mittels der Säure-Ätz-Technik gelegten Seitenzahnfüllungen den höheren GOZ-Faktor von 3,5 als Obergrenze vorzusehen.)

§ 92 - Richtlinien der Bundesausschüsse

Die Ergänzungen mit Blick auf eine präventionsorientierte Versorgung sind zu begrüßen. Der DAZ hält es für erforderlich, daß der Bundesausschuß bei der Neufassung der Richtlinien auch prüft, welche Leistungen zukünftig zum BEMA gehören sollen. Wünschenswert ist die Aufnahme effizienter moderner Methoden; zu prüfen ist, ob Leistungen aus dem Kassenkatalog gestrichen werden können.

§ 103 - Zulassungsbeschränkungen

Wenn in zulassungsbeschränkten Regionen bei Erreichen der Altersgrenze, Tod des Praxisinhabers, Verzicht usw. auf Antrag z.B. der Krankenkassen Praxen geschlossen werden sollen, müssen der ehemalige Inhaber oder seine Erben eine Entschädigung erhalten. Jedoch wird es aus Sicht der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bzw. ihrer Mitglieder, als Willkür empfunden, daß sie die Hälfte dieser "Stillelegungsprämie" zahlen sollen.

Einer zu hohen Zahnärztdichte kann nicht durch Niederlassungsbeschränkungen, sondern ihr muß durch Zugangsbeschränkungen vor Studienbeginn begegnet werden! Nur dies ist vertretbar gegenüber denen, die die lange Zahnarztzubereitung auf sich nehmen,

und gegenüber der Gesellschaft, die die teure Ausbildung finanziert. Hier kann sich jedoch der Bundesgesetzgeber gegenüber Ländern und Hochschulen seit Jahren nicht durchsetzen. Der DAZ wendet sich dagegen, daß für dieses Versäumnis nunmehr die Zahnärzte finanziell haften sollen.

§106 - Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zahnersatzversorgungen und kieferorthopädische Behandlung sind vor Behandlungsbeginn genehmigungsbedürftig. Der Kostenträger hat alle Möglichkeiten, Indikation und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen oder im Rahmen des Begutachtungsverfahrens überprüfen zu lassen. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans mit Zuschußfestlegung beinhaltet demzufolge die Anerkennung der Indikation. **Eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ist damit systemwidrig und abzulehnen.**

§106 a - Abrechnungsprüfung

Die unter dem Begriff "Tagesprofile" zu subsumierenden Arbeitsentwürfe kollidieren für den zahnärztlichen Bereich mit den vorgesehenen Bestimmungen des neuen Absatzes 2d des § 87. Dort ist eine Neufassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gefordert. Dieser begrüßenswerte Ansatz ist mit einem Zeitziel von 18 Monaten, also dem 30.6.2001, versehen. Dagegen soll der § 106 a mit seinen Überprüfungen plausibler Leistungsmengen pro Tag bereits zum 30.3.2000 greifen. Die Bestimmung "plausibler Leistungs-

mengen" zu diesem Zeitpunkt kann daher nur nach subjektiven Einschätzungen vorgenommen werden, was sich bei seriöser Herangehensweise verbieten sollte. **Für den zahnärztlichen Bereich sollten Tagesprofile erst nach der Neufestlegung der Bewertungen diskutiert werden.**

§ 136 /136 b - Qualitätssicherung

Die Neufassung ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine mögliche *Mängelbegutachtung* über den zweijährigen Gewährleistungszeitraum hinaus trägt der Tatsache Rechnung, daß sich auch grundlegende Mängel an Zahnersatz häufig erst nach Ablauf der zweijährigen Gewährleistungspflicht manifestieren. In diesen Situationen blieb den Versicherten bisher nur der bekanntermaßen ausgesprochen hindernisreiche Weg einer privatrechtlichen Auseinandersetzung. Die Neuregelung ermöglicht einen weniger aufwendigen, unbürokratischeren Umgang mit Konfliktfällen.

Die Förderung von *vertraglichen Vereinbarungen mit definierten Qualitätszielen* zwischen Krankenkassen und Zahnärzten (Stichwort: verlängerte Gewährleistung) bietet Möglichkeiten für neue Strukturen. Ausdrücklich sind als primäre Vertragspartner die Landesverbände der Krankenkassen und die entsprechenden KZVen benannt und erst in zweiter Linie auf zahnärztlicher Seite Gruppen oder Einzelpersonen, was das Streben einiger Krankenkassenverbände nach Einzelverträgen deutlich relativiert. Die Mitwirkungspflicht der Versicherten bei solcherart Verträgen müßte eindeutig geregelt werden, nicht zuletzt, um Mechanismen der Patientenselektion zu vermeiden.

Daß bei Hebung der Qualität gleichzeitig Einsparungen zu erreichen sind, ist unwahrscheinlich. **Vielmehr muß das Qualitätsniveau selbst als Wert angesehen werden.** Der DAZ wendet sich gegen die Einschränkung, daß bei nachgewiesenen Einsparungen offenbleibt, *wieviele* an die KZVen zurückfließt, und daß ihnen vorgeschrieben wird, die zurückfließenden Mittel allenfalls für weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen zu verwenden. Dies muß zu unsinnigen und formalistischen Regelkreisen führen.

Unverständlich bleibt die Aussage, daß die Krankenkassen hier auch "Rückflüsse aus der Degressionsregelung" einsetzen können. Die finanzielle "Beteiligung" der KZVen an den erzielten Einsparungen kann ja wohl nicht bedeuten, daß sie *mehr* als den eingesparten Betrag bekommen. Wieso sollten hier also zusätzlich(?) Degressionsrückflüsse eingesetzt werden?

Der DAZ kann hier nur seine bzgl. § 87 a erhobene Forderung wiederholen: Die durch Degression eingenommenen Beträge sollen unmittelbar in das Zahnmedizin-Budget fließen und von den KZVen zur Honorarverteilung eingesetzt werden können. Mit Qualitätssicherung haben sie nichts zu tun.

§142 - Globalbudget

Prinzipiell ist eine Budgetierung abzulehnen, da sie bereits durch ihre Existenz das wirtschaftliche Interesse der Krankenkassen, bei den dringend notwendigen zielgerichteten Strukturveränderungen mitzuwirken, reduziert. Das gilt auch für das neue Element "Globalbudget".

Darüber hinaus liegt der gesamte *Gestaltungsspielraum für das Globalbudget bei den Krankenkassen*, was zu sehr einseitig motivierten und wenig kontrollierbaren Umschichtungen der "Unterbudgets" für bestimmte Leistungsbereiche führen kann.

Als zentrales gesetzgeberisches Motiv für das Globalbudget wird genannt, es ginge darum, die *Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen* zu verbessern und dafür zu sorgen, daß "das Geld der Leistung folgt". Die Zahnmedizin bildet allerdings einen weitgehend *separaten Block* innerhalb des Gesundheitswesens mit wenig kostenrelevanten Überschneidungen zu anderen ärztlichen Fachrichtungen, Kliniken und Versorgungsstrukturen. Von daher wäre - wenn denn ein Globalbudget realisiert werden soll - ein **sektorales (Global)budget Zahnmedizin** die dafür angemessene Struktur. Dieses sollte in toto zur Verfügung gestellt und auf die einzelnen Länder-KZVen heruntergebrochen werden, da konstruktive Ansätze zur Steuerung des Leistungsgeschehens am ehesten auf dezentraler Ebene zu erwarten sind. Auf keinen Fall darf das zukünftige Zahnmedizin-"Globalbudget" ausschließlich an den *untypischen Zahlen der Jahre 1998* (vorübergehende Umstellung auf Festzuschüsse) *und 1999* (erneute Systemänderung und Verunsicherung der Patienten und der Zahnärzte) festgemacht werden!

Grundsätzlich gilt: Anstatt Budgets zu etablieren und vermutlich zu zementieren, sollte der gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen besser ausdrücklich *die* ge-

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-W4-Z054-02

meinschaftliche Verantwortung für die Steuerung der Leistungsmenge übertragen werden, was zu einer einverständlichen Neudefinierung der Leistungskataloge und verbesserten Honorarverteilung führen kann.

§ 275 - Begutachtung und Beratung

Nach Ansicht des DAZ sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) *ergänzend* nur dort tätig werden, wo die gemeinsame Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen sich nicht in der Lage zeigt, ihren Aufgaben im gegenseitigen Einvernehmen nachzukommen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und das vertragliche Gutachterwesen sind zwar in weiter zurückliegenden Jahren unterschiedlich effizient gewesen, befinden sich jedoch inzwischen in vielen KZV-Bereichen eindeutig auf dem Weg der Besserung, bspw. in der Beschreibung der erforderlichen Gutachterqualifikation.

Gesichert ist im Vergleich zum MDK, daß das vertragliche Gutachter- und Schlichtungswesen durch seine "kurzen Wege", unkomplizierten Verfahren und preiswerten Abläufe nicht nur dem Patientenschutz am ehesten nützt, sondern aufgrund der Praxishöhe der GutachterInnen, dokumentiert durch langjährige und aktuelle eigene Praxistätigkeit, auch eine hohe Akzeptanz in der Kollegenschaft und bei den Krankenkassen findet.

Insofern sollte für die *Regelbegutachtung* unkomplizierter Fälle insbesondere im

Bereich Zahnersatz und Kieferorthopädie weiterhin das vertragliche Gutachterwesen bevorzugt werden, während der MDK nach Meinung des DAZ durchaus einen Beitrag bei der Beurteilung so-

Das nächste "Fischer-Kind" hat schon einmal einen Namen. Das hinter vorgehaltener Hand diskutierte Szenario eines Scheiterns der "GKV-Gesundheitsreform 2000" im Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat nimmt konkrete Formen an. Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages Klaus Kirschner (SPD) kündigte für den Fall der Ablehnung der Reform durch die unionsgeführten Bundesländer eine zustimmungsfreie Version mit der Bezeichnung "Beitragsversicherungsgesetz" an. Begründung: Man müsse Zeit gewinnen und: "Die Regierung kann es sich unter keinen Umständen leisten, von der Union als handlungsunfähig vorgeführt zu werden", so Kirschner. In CDU/CSU-Kreisen wird der rot-grüne Gesetzentwurf mittlerweile als "mission impossible" apostrophiert.

Quelle: "Neue Passauer Presse" vom 16.10.99; "Die Woche" vom 22.10.99

zialmedizinisch komplexer Fälle leisten kann. An seine Gutachter sind die gleichen Qualifikationsanforderungen wie beim Vertragsgutachterwesen im Hinblick auf langjährige Praxistätigkeit, nachgewiesene Fortbildung, sozialmedizinische Kenntnisse und Erfahrungen auf dem zu beurteilenden Gebiet zu stellen.

**§ 284, § 293, § 294, § 303 a
(Sozialdaten/Leistungserbringerdaten/
Datenaufbereitung etc.)**

Umfang und Art der Datenübermittlung im Medizinbereich werden neu geregelt. Aus DAZ-Sicht ist sehr fraglich, ob der hier entstehende Mehraufwand wirklich den erwarteten *Effizienzgewinn* bringt. Ziel des Gesundheitswesens ist die medizinische Versorgung von Menschen, nicht das Hin- und Herschieben von Papier oder die Füllung elektronischer Archive. Die Anforderungen an die Zahnarztpraxen hinsichtlich Datensammlung und -aufbereitung dürfen nicht weiter hochgeschraubt werden - schon jetzt ist auch in gut strukturierten Betrieben der *bürokratische Aufwand unangemessen hoch*.

Datenschützer sehen die entstehenden riesigen Datenpools äußerst kritisch. Trotz verschiedener Anonymisierungsvorschriften lassen sich individuelle Arzt- und Patientenprofile erstellen, die mißbraucht werden können.

Vor allem die Gesetzlichen Kassen haben zukünftig Zugriff auf große Datensammlungen. Im DAZ gibt es konkrete Erfahrungen damit, daß Krankenkassen Erkenntnisse aus den ihnen zur Verfügung stehenden Daten ignoriert haben, wenn sie keinen direkten Vorteil in der Auswertung der Daten sahen. In vielen Fällen wurden Leistungen entgegen gesetzlichen Bestimmungen gewährt. Es wurden gesetzwidrige Abrechnungen von Leistungserbringern toleriert, wenn die Kasse dabei Vorteile für sich erwartete. Erkennbare Qualitätsmängel wurden nicht verfolgt. Modellhafte Vorschläge zur Verbesserung der Versor-

gung der Patienten wurden nicht aufgegriffen. Die Kassen haben in diesen Fällen weder den Interessen ihrer Versicherten gedient, noch sich für die Verbesserung der Qualität und die Weiterentwicklung des Systems stark gemacht. Von Interesse war nur der *Wettbewerbsvorteil* gegenüber Konkurrenten. **Mehr Daten bei den Kassen bewirken nicht automatisch Verbesserungen im Gesundheitswesen!**

Zunächst sollten den Vorschlägen der Datenschützer entsprechend nötige Sicherungen eingebaut werden. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einzurichtende Arbeitsgemeinschaft zur Datenaufbereitung sollte verpflichtet werden, in ihren regelmäßigen Berichten sowohl Datenschutzprobleme zu beleuchten wie auch die Effizienz und Notwendigkeit der Datensammlungen zu belegen.

(Nach massiver Kritik durch die Datenschutzbeauftragten soll laut Aussagen von A. Fischer vorgeschrieben werden, daß die Patientendaten „pseudonymisiert“ und bei den Verbänden getrennt von den einzelnen Kassen gesammelt werden.)

Artikel 20 GOZ, § 5 a

Im Rahmen der Reform soll der Personenkreis der im *privaten Standardtarif* Versicherten um 10 Jahrgänge vermehrt werden. Die für diesen erweiterten Kreis von Standardtarif-Versicherten vorgesehene GOZ *Begrenzung auf 1,7 ist aus DAZ-Sicht nicht hinnehmbar*. Der Gesetzgeber selbst hat ja bei gesetzlich Versicherten in Zusammenhang mit der Mehrkostenregelung inzwischen den

Höchstfaktor von 1,7 auf 2,3 heraufgesetzt. Die 1,7-Grenze bedeutet die Versorgung Privatversicherter zu Honoraren unter BEMA-Niveau. Angesichts der 11 jährigen Untätigkeit des Verordnungsgebers bzgl. Anpassung der GOZ an die wirtschaftliche Entwicklung sind hier noch krassere Vergütungsverluste vorprogrammiert.

Im übrigen sollte berücksichtigt werden, daß die Zahnärzte in den *neuen Bundesländern* aufgrund des nach wie vor geltenden GOZ-Abschlages verstärkt benachteiligt sind.

Zusätzlicher Vorschlag des DAZ

Da der Gesetzgeber im Rahmen der Reform auch Bestimmungen ändert, die den Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) betreffen, sei hier ein langjähriges Versäumnis angesprochen, das im Zug der Reform mit angegangen werden könnte.

Die von der GKV mitfinanzierte *zahnmedizinische Gruppenprophylaxe* (§ 21) kommt seit ihrer Einführung auch privat-versicherten Kindern und Jugendlichen zugute. Trotz langjähriger Verhandlungen (z.B. durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ) **verweigern die PKV-Unternehmen eine Beteiligung an der Finanzierung** mit Verweis darauf, daß sie nicht gesetzlich verpflichtet sind. Darum der Vorschlag an den Gesetzgeber:

Die Privaten Krankenversicherer sind durch eine gesetzliche Regelung zu verpflichten, sich an den Kosten der Gruppenprophylaxe entsprechend der Zahl

der bei ihnen versicherten Kinder und Jugendlichen zu beteiligen. Die Mitwirkung der PKV an der Gestaltung der gruppenprophylaktischen Aktivitäten ist zu ermöglichen.

Soweit unsere Anmerkungen zu einzelnen Paragraphen des Gesetzentwurfes.

Appell zum Schluß

Angesichts der zunehmenden Kontroversen um den Gesetzentwurf halten wir es für elementar wichtig, ein positives Reformklima zu schaffen. Ohne die Motivierung der im Gesundheitswesen Arbeitenden - darunter der Zahnärzte - kann es keine Fortschritte geben. Von daher appellieren wir an den Gesetzgeber, die sachlichen Kritikpunkte von zahnärztlicher Seite zu berücksichtigen und Zahnärztinnen und Zahnärzten echte Mitwirkungsmöglichkeiten zu eröffnen.

*Wolfram Kolossa
DAZ-Vorsitzender*

Letzter Stand:

Wie jetzt (11.11.99) zu hören ist, sollen die Teile des Gesetzes, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen, geändert werden - vor allem das Globalbudget und der Übergang der Krankenhausfinanzierung von den Ländern und Kommunen auf die Krankenkassen.

Niedersächsische Verhältnisse - *die Zweite*

Fortsetzung aus *forum* 65, S.22

Die Kollegen in Niedersachsen können hoffen - der Prozess läuft endlich:

Sie erinnern sich: Im *forum* 64 hatte Kollege Ernst, Edeweck, die Millionendefizite der KZV Niedersachsen angeprangert und war daraufhin von der KZVN mit einer Strafandrohung zu einem Widerruf aufgefordert worden. Im *forum* 65 wurden dann die Fakten ausführlich ausgebreitet und gleichzeitig im Internet veröffentlicht (Mai 99). Danach geschah lange nichts - außer daß Mitglieder des KZVN - Vorstandes öffentlich behaupteten, die Staatsanwaltschaft in Köln ermittele gegen Kollegen Ernst und es liefe ein Verfahren gegen ihn. Allein dem betreffenden Kollegen war davon nichts bekannt.

Mitte September erfuhr er durch einen Anruf seines örtlichen Polizei - Kommissariats, daß eine Strafanzeige der KZVN gegen ihn laufe, aber aus verfahrenstechnischen Gründen keine Einzelheiten bekanntgegeben werden dürfen. Um diesen unbefriedigenden Zustand zu verkürzen, wandte sich der nun neugierig Gemachte telefonisch an den Staatsanwalt in Köln, um von dort - am 17.09.99 - endlich eine Kopie der Strafanzeige nebst Begründung zu bekommen. Und ganz beiläufig - die Mühlen der Justiz arbeiten langsam aber unerbittlich - war zu erfahren, daß der in der Sache wohl etwas ratlose Staatsanwalt inzwischen die Staatsanwaltschaft in Hannover beauftragt hat, zu ermitteln, ob denn an dem Vorwurf der Veruntreu-

ung von Kollegengeldern in Millionenhöhe, die Kollege Ernst behauptet hatte, nicht doch etwas dran sei. So wird jetzt ohne unser Zutun endlich gegen die Richtigen ermittelt. Nebenher war aber gemunkelt worden, es gäbe auch ein Verfahren beim Landgericht in Hannover in der gleichen Sache. Auch davon war Kollegen Ernst nichts bekannt. Ein Anruf beim Gericht Mitte September bestätigte dann das Gerücht. Auf die Frage, warum denn der Betroffene selbst nichts davon wisse, zumal die Klage schon vom 7. Mai datiert sei, erklärte die Sachbearbeiterin, die KZVN habe trotz Aufforderung den Prozesskostenvorschuß nicht entrichtet und dann bliebe ein Verfahren eben liegen und würde nicht weiter bearbeitet.

Kollege Ernst hat daraufhin unverzüglich den Vorstand der KZVN aufgefordert (siehe Seite 32), sofort den Kostenvorschuß zu überweisen, damit das Verfahren endlich seinen Lauf nimmt und gerichtlich geklärt werden kann, ob der Vorwurf der Veruntreuung von mehreren - zig Millionen DM an Kollegenhonoraren üble Nachrede ist oder der Wahrheit entspricht.

Das DAZ - forum wird weiter berichten - über die politischen Konsequenzen allerdings wohl nicht mehr nur noch das DAZ - forum.

An den Vorstand der KZVN

z.Hd. Herrn Dr. Schirbort
Zeißstr. 11
30519 Hannover

Sehr geehrte Herren,

16.09.1999

seit geraumer Zeit liegt Ihnen und der Niedersächsischen Kollegenschaft mein Schreiben "Niedersächsische Verhältnisse" vor. Seit dem sind die Anfragen nach den Konsequenzen aus den erhobenen Vorwürfen nicht verstummt. Die Fragen nach der persönlichen Haftung der Verantwortlichen für das mehr als hundert Millionen DM große Honorar-Defizit der Kollegenschaft seit 1994 werden immer drängender.

Funktionsträger der KZVN beantworten diese Fragen mit dem Hinweis, es seien Verfahren gegen mich in Gang, die Staatsanwaltschaft ermittle gegen mich und man wolle nicht in schwebende Verfahren eingreifen.

Weder von der Staatsanwaltschaft, noch von einem Gericht liegen mir bis heute Klageschriften vor, zu denen ich Stellung beziehen könnte. Eine Anfrage beim Landgericht Hannover hat allerdings ergeben, daß seit dem 7. Mai 99 eine Klage der KZVN gegen mich vorliegt, der notwendige Prozeßkostenvorschuß trotz Aufforderung vom 21. Mai 99 aber noch nicht gezahlt sei. Damit ist das Verfahren noch nicht rechtshängig und ich davon nicht informiert.

Es gibt für mich für Ihr Verhalten nur zwei Erklärungen.

1. Ihre Rechtsvertretung ist (so vertrottelt, daß sie) nicht in der Lage (ist), ihre Mandantschaft binnen 5 Monaten ordnungsgemäß zu vertreten oder
2. Sie wollen die öffentliche Auseinandersetzung um die Verantwortung für die den Kollegen fehlenden mehr als hundert Millionen DM Honorare mit diesem simplen prozessualen Trick vermeiden.

Ich fordere Sie auf, nochmals in die Taschen der Kollegenschaft zu greifen und den Prozeßkostenvorschuß umgehend zu entrichten, damit das von Ihnen angeblich gegen mich angestrebte Verfahren endlich beginnen kann.

Die Niedersächsische Kollegenschaft hat ein Recht darauf zu erfahren, wer das politische und wirtschaftliche Desaster in Bund und Land wirklich zu verantworten hat.

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

SPD will Vereinigung der Zahnärzte auflösen

**Streit um Honorare eskaliert -KZVN: Verhalten undemokratisch
Sozialexperte Schwarz wirft der Vereinigung "Rechtsbruch" vor.
Die CDU will die Selbstverwaltung erhalten.**

Der Streit um die Honorare der ZÄ geht in die nächste Runde. Der Arbeitskreis für Sozial- und Gesundheitswesen der SPD-Fraktion im Niedersächsischen Landtag hat beschlossen, die KZVN aufzulösen. Ein entsprechender Antrag soll bereits im Oktober-Plenum des Landtags vorgelegt werden, kündigte Arbeitskreisvorsitzender Uwe Schwarz (Bad Gandersheim) gestern in Hannover an. Die SPD-Fraktion reagierte damit auf einen Beschluss der KZVN, vorerst keine Honorare an ZÄ in NDS mehr verteilen zu wollen. Ausserdem hatte die Vertretung der rund 4800 niedergelassenen Zahnärzte im Land nach dem Schiedspruch zur Honorarverteilung Klage eingereicht. Schwarz warf der KZVN "permanenten Rechtsbruch" vor. In allen anderen Bundesländern hätten die KZVen keine Probleme bei der Verteilung der Honorare, meinte der SPD-Sozialexperte. Er schlug vor, anstelle der KZVN eine "Verrechnungsstelle für die Zahnärzte" zu schaffen. Damit würden auch die rund 300 Arbeitsplätze bei der Vereinigung gesichert. Die KZVN kritisierte das Verhalten der SPD-Fraktion als "undemokratisch". Der Verband lasse sich nicht im Handstreich auflösen, sagte ihr Geschäftsführer Rudolf Theiner, da ein Bundesgesetz die KZVen garantiere. Theinert kritisierte die Honorarkürzungen, die eine vernünftige Behandlung

erschweren. Für Standardleistungen, wie etwa Zahnlöcher füllen, stünden pro Jahr etwa 1,1 Milliarden DM zur Verfügung. Die CDU im Landtag will dem Vorstoß der Sozialdemokraten nicht zustimmen. "Die SPD will offenbar auf allen Ebenen den Weg in den Krankenkassen-Staat", so CDU-Fraktionsvize Rita Pawelski. "Wir wollen die Selbstverwaltung erhalten." Die Union appellierte an alle Beteiligten, sich an rechtsstaatliche Spielregeln zu halten. Es sei ein "völlig unhaltbarer Zustand", dass die ZÄ jetzt überhaupt keine Honorare erhalten sollen.

*Stefan Idel
Hannover*

ich bin am sonntag von muenchen nach karlsruhe über die A8 und B10 gefahren: rationiert gehoeren autos, tankstellen, parkhaeuser, nicht medikamente, praxen, krankenhaeuser. im grunde ist die diskussion ueber die zu teure, angeblich unbezahlbare medizin angesichts dieser kaum noch zu beschreibenden ressourcenverschwendung pervers. kann mir jemand erklaren, warum man bei daimler am band mehr verdient als als krankenschwester auf station? das zur eigenen wertbestimmung.

per e-mail: w.-g.esders, 76133 karlsruhe

Markttransparenzstudie schafft wenig Durchblick

Bedeutende Fragestellungen zur Qualitätssicherung verfolgte die im April diesen Jahres erschienene Studie »Markttransparenz beim Zahnersatz« des Instituts für angewandte Verbraucherforschung e.V. (IFAV) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Die im Jahr 1998 geltende Festzuschußregelung war Ergebnis der gesetzgeberischen Überlegungen, durch die Einführung der GOZ für die Abrechnung des Zahnersatzes bei gesetzlich Versicherten und die Freigabe der Preise für Zahntechnik mehr marktwirtschaftliche Prinzipien in diesem Teil des Gesundheitswesens einzuführen. Dabei wurde einerseits vorausgesetzt, daß durch vermehrte Vergleiche der Behandlungsangebote verschiedener Zahnärzte seitens der Patienten ein verstärkter Wettbewerb innerhalb der Zahnärzteschaft mit kostensenkenden und qualitätssteigernden Folgen stattfinden würde. Andererseits wurde angenommen, daß Zahnärzte angesichts einer identischen Befundsituation eines Patienten fachlich wie auch für den Laien vergleichbare Therapieansätze finden. Schließlich war eine weitere Grundannahme, daß die von Zahnärzten angebotene Qualität der Arbeit wie auch die Qualität der Befundung selbst einem einheitlichen Standard entspricht.

Im Rahmen einer verdeckten Markterhebung wurden 20 Probanden mit sehr unterschiedlichem Zahnersatzbedarf zu

jeweils 10 verschiedenen Behandlern geschickt, wo durch letztlich Daten aus 199 verschiedenen Praxen zusammenkamen. Die Probanden, die überwiegend innerhalb des über verschiedene Regionen Deutschlands verteilten Mitarbeiterstabes des IFAV gefunden wurden, mußten neben ihrer Mitgliedschaft in der GKV mindestens eine klare Indikation für anzufertigenden Zahnersatz erfüllen.

In einer Vorabschulung wurden die Probanden gründlich auf die Zahnarztbesuche vorbereitet. So sollte jeder neben ganz objektiven Beobachtungen des Untersuchungsumfanges jedes Zahnarztes auch einen subjektiven Eindruck von der Beratungsqualität vermerken und auch eine eigene Einschätzung über Sinn oder Unsinn eines Zweitmeinungsmodells abgeben. Aus Gründen der Praktikabilität wurde die objektive Beurteilung des Umfangs der Befundung auf wenige Kriterien beschränkt: allgemeine Anamnese, Verwendung von Spiegel/Sonde, Sondierung von Taschentiefen, Verwertung des jeweils mitgebrachten Panoramaröntgenbildes sowie die Vitalitätsprüfung der Zähne.

Die Ergebnisse und insbesondere die Schlußfolgerungen der vorliegenden Studie, die das WIdO aus sämtlichen erstellten Heil- und Kostenplänen sowie den Angaben aller Probanden ableitet, dürfen allerdings angesichts einer teilweise unglücklichen Anlage der Studie

nicht im wesentlichen unkommentiert bleiben [1], sondern bedürfen vielmehr einer äußerst kritischen Würdigung. Ein Auftragsverriß à la zm [2] verschafft auf der anderen Seite natürlich aber auch keine Legitimation, die Inhalte der Studie erst gar nicht zur Kenntnis zu nehmen.

Defizitäre Befunderhebung

Große Defizite sehen die Autoren der Studie bereits in der Befunderhebung der 199 Zahnärzte, die sie richtigerweise als die bedeutsamste Grundlage für eine adäquate Zahnersatzplanung einstufen, sofern sich diese an dem wirklichen Gesundheitsbedarf des Patienten ausrichten soll. Wenn in einem Drittel aller Praxen kein Anamnesebogen ausgefüllt und abgefragt wird, ca. ein Fünftel der Behandler ausschließlich einen Befund mit dem Mundspiegel aufnahmen, in etwa drei Viertel aller Fälle keine Vitalitätsprüfung vorgenommen wurde, um nur die wichtigsten Zahlen zu nennen, so mag dieses zusammengenommen äußerst defizitär und als Verstoß gegen die Zahnersatzrichtlinien erscheinen.

Stark ausschlaggebend für dieses Ergebnis dürfte jedoch die Tatsache sein, daß alle 199 Behandler von dem jeweiligen Probanden vorher informiert worden waren, daß sie lediglich für eine Zweitmeinung aufgesucht würden. In ihrer Bewertung berücksichtigen die Autoren zwar auch diesen Umstand, der eine der Grundprämissen für ihre Studie darstellt, jedoch bleibt die tatsächliche Gewichtung dieser Tatsache äußerst schwammig. So kann bei-

speilsweise überhaupt nicht angegeben werden, wieviele Behandler ihre Befundung und Planung tatsächlich im Bewußtsein der Zweitmeinung vornahmen.

Wenn man die Bedeutung einer Zweitmeinungsbefragung mit genügend Bezug zum realen Praxisalltag wertet, so erscheint es m.E. außerordentlich plausibel, daß in vielen Fällen auf die letzte Absicherung der Befunde, nicht zuletzt aus Zeit- und Kostengründen, verzichtet wurde und manches Befunddetail, auch unter der Annahme einer langjährigen Berufserfahrung, nicht sofort erhebenswert erschien. Eindeutig richtig ist die Forderung der Autoren natürlich, wenn es um real anzufertigenden Zahnersatz geht. Denn wenn dann nicht spätestens bei Behandlungsbeginn eine Gesamtplanung durch einen Gesamtbefund abgesichert ist, und zwar einschließlich ausreichender Anamnese, eingehender klinischer und röntgenologischer Inspektion, Erhebung des Parodontalbefundes sowie Abklärung der Vitalität der zu behandelnden Zähne, dann kann nicht nur nicht mehr von einer befundorientierten Behandlungsplanung gesprochen werden, sondern dann werden Sorgfaltpflichten außer Acht gelassen und das Behandlungsergebnis dem Zufall überlassen.

Angesichts des lange bekannten und in nicht wenigen Praxen zu beobachtenden Mißverhältnisses zwischen wenig abgerechneten PA-Behandlungen auf der einen und vielen ZE-Behandlungen auf der anderen Seite kann zwar ganz im Sinne der Autoren der Studie gefolgert werden, daß viele ZE-Versorgungen an der eigentlichen Befundsituation vorbe-

gehen. Dieses aus den Beobachtungen der Studie selbst abzuleiten ist aber kaum möglich. Eine erste richtige Schlußfolgerung hieraus wäre allerdings, daß ein Zweitmeinungsmodell, wenn es so praktiziert wird, keinem Patienten einen Vorteil verschafft.

Vergleichbarkeit der Behandlungsplanungen

Ein weiteres zentrales Thema der Studie ist die Vergleichbarkeit der Behandlungsplanungen. Zwar erkennt die Studie bereits bei den Befundgrundlagen eine enorm große Varianz und dürfte demzufolge gar keine weiteren Fragestellungen mehr anschließen, da sich so die Varianz bei den Planungen zwangsläufig nur weiter erhöhen kann. Verschärfend kommt ein weiterer, ganz gravierender Mangel der Studie hinzu, der von vornherein eine enorme Abweichung zwischen einzelnen Heil- und Kostenplänen erwarten läßt: Neben der Befundsituation, die einen Zahnersatz erforderlich macht, weisen die meisten Probanden noch eine ganze Fülle weiterer krankhafter Befunde auf, die prima vista den Blick auf die sinnvollste Zahnersatzplanung unweigerlich verstellen.

Genau aus diesem Grunde wurde in vielen Praxen denn auch vernünftigerweise erst gar kein Heil- und Kostenplan erstellt. Wenn in solchen Fällen von den Autoren dann eklatante Abweichungen anderer Planungen konstatiert und diese gar statistisch ausgewertet werden, dann kommt dieses dem Vergleichen von Äpfeln und Birnen nahe. Das Ziel der Studie, verschiedene ZE-Planungen zu vergleichen, wurde durch die klare

Unwägbarkeit vieler Befundsituationen ad absurdum geführt. Die Verweigerung eines Heil- und Kostenplanes in diesen Fällen nötigt Respekt und keine Kritik ab. Die Auswahl der Probanden hätte, um wirklich aussagekräftige und vergleichbare Ergebnisse zu erzielen, weitaus sorgfältiger erfolgen müssen. Dabei hätte darauf geachtet werden müssen, daß für jeden Zahnarzt leicht überschaubare Kriterien für die Pfeilerselektion gegeben waren. Jedwede Notwendigkeit nennenswerter konservierender oder parodontaler Vorbehandlungen mußte zwangsläufig die Inhomogenität der Planungen heraufbeschwören.

Nur in sehr wenigen Fällen konnten daher klare Über- bzw. Unterversorgungen dingfest gemacht werden. So war beispielsweise bei Probandin Nr. 7 nur die Lücke des fehlenden 26 mit einer dreigliedrigen Brücke von 25 auf 27 zu schließen, wobei die Lücke des ebenfalls fehlenden 24 verengt war. Sieben weitere Zähne hätten zur Kariesbeseitigung lediglich Füllungen benötigt. Vier von neun Behandlern beschränkten sich bei ihrer Planung auch auf diesen Lückenschluß, wobei die Krone auf 27 nur einmal als keramisch verblendete Krone geplant wird. Zwei weitere Behandler erkennen den 25 als 24 und verdoppeln damit die berechnete Länge des Brückengliedes, wobei diese Auslegung angesichts der von den Autoren nicht wirklich dokumentierten Lückengröße nicht als deutliche Varianz kritisiert werden darf. Während ein weiterer Behandler ebenfalls eine Überkronung des 28 für unumgänglich hält, fallen zwei von neun Behandlern mit Planungen von weiteren acht bzw. sogar neun Kronen allerdings

DAZ nicht beteiligt an WIDO-IFAV-Markttransparenz-Studie

Im "Berliner Zahnarzt" 9/1999 konnte der Leser unter der Überschrift "Patientenberatung - mal ganz anders" von einer angeblich vom "Tandem VdZM/DAZ" durchgeführten Studie erfahren, die vom Leitartikler nicht nur als unqualifiziert und überflüssig, sondern als ausgesprochen schädlich für den zahnärztlichen Berufsstand bewertet wird.

Der hier mit angesprochene Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund fordert den KZV-Verantwortlichen dringend auf, erst die Fakten zu recherchieren, ehe er mit unzutreffenden Behauptungen über den DAZ an die Öffentlichkeit tritt.

Richtig ist: Die Studie wurde in Auftrag gegeben vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIDO) und vom Institut für Verbraucherforschung (IFAV). Weder Autor Dr. Bauer noch Autor Hans Huber sind Mitglieder des DAZ, noch stehen sie dem DAZ nahe. Unser Verband hat von der Studie erstmalig bei ihrer Veröffentlichung erfahren.

Grundsätzlich ist der DAZ aufgeschlossen gegenüber Projekten, die dazu dienen, zahnärztliche Therapie zielgenauer einzusetzen, ihre Qualität zu verbessern, die Transparenz für alle Beteiligten zu erhöhen. Jedoch hält er den Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studie für ebenso ungeeignet wie den methodischen Ansatz. In der Interpretation der Ergebnisse kommt er zum Teil zu anderen Bewertungen als die Autoren. Der Berliner KZV sei zu ihrer Beruhigung versichert: unsere Mitglieder haben andere Anliegen, als verlorengegangenen Pöstchen nachzutauern. Die Lage in vielen Praxen ist ernst. Wer wie der Vorstand der KZV Berlin in der Verantwortung steht, unter budgetierten Bedingungen und im Angesicht millionenschwerer Rückzahlungsforderungen die Interessen der Kollegenschaft zu wahren, der sollte sich auf seine schwierigen Aufgaben konzentrieren - durch Polemik fern der Tatsachen wird von den wirklichen Problemen nicht abgelenkt.

Im übrigen muß man in der Berliner KZV über die Aktivitäten und Motive des DAZ nicht spekulieren: man kann uns jederzeit direkt ansprechen. Wir sind bereit, in Berlin wie auf Bundesebene mit zu konstruktiven Lösungen beizutragen. Zum Beispiel laden wir Sie herzlich ein zu unserer Veranstaltung mit Andrea Fischer am 2.10.1999 in Berlin im Abacus Tierpark Hotel - sicher eine gute Gelegenheit, der Ministerin u.a. die Berliner Probleme vorzutragen.

Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender

krass aus dem Rahmen. Hier wurde eine „Amalgamsanierung“ vorgeschlagen, ohne daß allerdings irgendwelche Symptome bei der Patientin vorhanden gewesen wären.

Während bei so unterschiedlichen Planungen natürlich die veranschlagten Kosten von Praxis zu Praxis erheblich voneinander differieren, gibt es aber auch bei den vom Behandlungsumfang her identischen Plänen interessante Abweichungen. So glaubten fünf Zahnärzte, die Behandlung nicht ohne Situationsmodelle durchführen zu können. Ähnlich fragwürdig war die Planung individueller anatomischer Abformungen in fünf Fällen und der Ansatz von funktionsanalytischen Leistungen in zwei Fällen.

Bei Proband 17 galt es, eine beidseitige UK-Freundsituation zu versorgen (fehlende Zähne 33, 37, 38, 46, 47 und 48, 34 extraktionsbedürftig). Zu erwarten wäre in dieser Situation die Planung eines teilweise herausnehmbaren Ersatzes, wobei die Autoren selbst im Rahmen dieser Vorgabe durchaus verschiedene Ansätze gelten ließen. So wurde eine rein herausnehmbare Modellguß-Klammerprothese genauso für funktionsfähig gehalten wie die über zwei Einzelkronen, aber auch über 4 Konuskronen abgestützte kombinierte Arbeit.

Eine krasse Unterversorgung ließ sich in zwei Fällen feststellen, bei denen nur die Freundsituation im IV. Quadranten versorgt werden sollte, und zwar im einen Fall mit einem Kronenblock 44/45 nebst Anhänger für 46, im anderen Fall mit einer Modellgußprothese ausschließlich zum Ersatz von 46 und 47. Beide

„Lösungen“ lassen die unverzichtbare Versorgung des III. Quadranten völlig außer acht. Noch ein dritter Plan erkennt die Extraktionsbedürftigkeit des Zahnes 34 und sieht dagegen dessen Überkronung für einen mesialen Anhänger zum Ersatz von 33 vor. Zur krassen Überversorgung kommt es in einem Fall, wo eine fortlaufende Kronen-/Brückenkonstruktion von 36 bis 46 geplant wird und ohne jede Indikation die Überkronung der Frontzähne gleich mit vorgesehen wird.

Die wenigen klaren Befunde der Studie lassen zwar eine ähnlich große Streuung der Therapievorschlüsse erahnen, wie sie auch aus manchen anderen Untersuchungen schon erkennbar wurden. Eine nähere statische Auswertung, die von den Autoren versucht wird, kann aus den vorgenannten Gründen aber nicht den Anspruch auf Seriosität erheben. So kann der erhebliche Beratungs- und Kontrollbedarf, der mit großer Sicherheit für einen nicht geringen Teil der Zahnärzte besteht, mit eindeutigen Belegen leider nicht untermauert werden. Lediglich die Beliebigkeit bei der oft ohne tatsächlich objektivierbaren Grund geplanten Anfertigung von Situationsmodellen bzw. individuellen Abformungen bei sehr geringem Zahnersatzbedarf oder den Mißbrauch bei der Empfehlung umfangreicher funktionsanalytischer Maßnahmen in klarer Abwesenheit entsprechender Befunde untermauert die Studie eindrucksvoll.

Abweichungen bei den Laborkosten

Selbst bei identischem Umfang der Zahnersatzplanung wiesen viele der un-

tersuchten Heil- und Kostenpläne enorme Abweichungen bei den veranschlagten Laborkosten auf. Da aber in der Regel keine detaillierten Kostenvorschläge vorlagen, war es den Autoren nur möglich, sehr allgemein auf die enorme Uneinheitlichkeit der Kostenschätzungen und damit ihre relative Wertlosigkeit für die Patienten hinzuweisen. Auch in dieser Hinsicht bringt die Studie also nichts wirklich Quantifizierbares oder Neues an den Tag, was nicht in der Praxis schon lange bekannt ist. Wenn schon die Auslegung der GOZ in vielerlei Varianten geschieht, so ist leider erst recht die Verwendung des BEB alles andere als einheitlich. Einem förmlichen Wildwuchs an Abrechnungsmethoden muß selbstverständlich auch im Laborkostenbereich der Riegel vorgeschoben werden.

Der Eindruck der Probanden

Die subjektiven Eindrücke der 20 Probanden dieser Studie sind am besten für eine vernünftige Auswertung geeignet. Dabei ist das von den Autoren oft gefundene Mißverhältnis zwischen einem positiven Gefühl des Patienten sogar bei letztlich unbrauchbaren Zahnersatzvorschlägen wegen des zuvor Gesagten allerdings nicht ohne weiteres haltbar.

Das Gefühl einer guten Beratung hatten dennoch nur knapp 60 Prozent der Probanden. Dieses Ergebnis ist besonders unter dem Aspekt für unseren Berufsstand enttäuschend, als es sich eindeutig nicht aus einer zu kurzen Untersuchungs- und Beratungszeit erklären läßt, die mit durchschnittlich 22 Minu-

ten eher als sehr erfreulich zu werten ist. Mehr als 40 Prozent waren demnach mit der Beratung und Zuwendung selbst unzufrieden, wobei sogar die Hälfte der Zahnärzte von ihren Patienten schlechte Noten für die Gründlichkeit der Untersuchung erhielten.

Während die Probanden speziell darauf geschult worden waren, die einzelnen Befundmaßnahmen der aufgesuchten Behandler zu kontrollieren, und so zu einer enorm schlechten Einschätzung der Untersuchungsqualität gelangten, dürfte der „Normalpatient“, der diese Kriterien nicht kennt, nur die Freundlichkeit und Zugewandtheit seines Zahnarztes bewerten und diese daher manchmal mit Kompetenz verwechseln. Dieses mag erklären, warum in anderen Studien beim Wert der subjektiven Zufriedenheit der Patienten bessere Ergebnisse zustande kamen.

Fazit

Die Studie kommt trotz erheblicher methodischer Mängel zu der sicher richtigen Schlußfolgerung, daß bei Abwesenheit einheitlicher Befundgrundlagen und der sich u.a. daraus ergebenden Therapievelfalt ein Zweitmeinungsmodell wertlos ist. Sofern nicht auch für die Zweitmeinung gründliche Befunde erhoben werden, ist eine entsprechende Beratung und auch das im Sinne der zahnärztlichen Körperschaften verstandene „Zweitmeinungsmodell“ für den Patienten und die Krankenkassen unbrauchbar, da keine wirklich verwertbaren Alternativplanungen und damit keine Kontrollen der Erstplanung möglich gemacht werden.

Auch die Schlußfolgerungen aus diesem Fazit müssen als richtig und darüberhinaus als dringend nötig bewertet werden:

— Erstellung eines Kriterienkataloges, der präziser als bisher den Übergang von konservierender zu prothetischer Versorgung beschreibt und, z.B. mit Hilfe eines Punktesystems, verbindliche und allgemeinverständliche Bedingungen für die Ausgestaltung von Zahnersatz festlegt. Gerade für Patienten schaffen erst diese einheitlichen Kriterien die notwendige Transparenz zur Begründung einzelner Versorgungsformen.

— Erweiterung des Gutachterwesens dahingehend, daß jeder Patient eine Zahnersatzplanung eingehend kontrollieren lassen kann.

Einen sehr sinnvollen Vorschlag der Autoren zur Verringerung der Therapievelfalt stellt die Einführung einer sogenannten „Großen Befunderhebung“ dar, die von Zahnärzten bei allen Neupatienten durchgeführt und dann alle vier bis fünf Jahre wiederholt werden sollte. Hierbei sollten alle relevanten Befunde des stomatognathen Systems klinisch und röntgenologisch genauestens dokumentiert und auch dem Patienten in Kopie mitgegeben werden. Alle Behandlungsmaßnahmen und ihr therapeutischer Nutzen können dann anhand dieser Grundlage nachvollzogen werden, wobei sich sowohl Patient als auch Behandler an diesem Befund wie an einem „Pflichtenheft“ zu orientieren hätten.

Auch für die Planung von PAR- und ZE-Behandlungen lieferte eine regelmäßige,

ausführliche Befundung wichtige Hinweise. Die lückenlose Führung der Befundberichte sowie die dort dokumentierten notwendigen zahnerhaltenden Sanierungen und Prophylaxemaßnahmen könnten weit besser und gerechter für die Vergabe eines Bonus Verwendung finden als das bisherige Bonussystem, das quasi die Inanspruchnahme einer ZE-Versorgung belohnt.

Eine, wie ich glaube, überfällige Forderung gehört nicht zu den Schlußfolgerungen der vorliegenden Studie: stichprobenartige Kontrollen der Heil- und Kostenpläne unter Hinzuziehung der Patienten, und zwar nicht nur initiiert von Kassenseite mit Hilfe der dort vorhandenen schwarzen Zahnarztlisten, sondern von den zahnärztlichen Standesvertretungen selbst. Wo Mißbrauch im bedeutenden Maße zunimmt und zahnärztliche Behandlungen nicht mehr mit dem notwendigen Augenmaß geplant und durchgeführt werden, können effektiv nur noch gezielte Kontrollen helfen. Auch die Patienten müssen die Gelegenheit zu einer unparteiischen Zweitmeinung bekommen, indem ihnen die Beratungsstellen in weit umfangreicherem Maße als bisher zugänglich gemacht werden. Die dort tätigen Zahnärzte müssen die Kompetenz erhalten, eigene eingehende Untersuchungen durchführen zu können und eventuell entstehende Diskrepanzen in der Behandlungsplanung mit den betroffenen Behandlern und den Patienten auszuräumen.

Allein die Einführung eines derartigen konsequenten Kontrollsystems, d.h. allein die theoretische Möglichkeit, daß ein Heil- und Kostenplan einer wirklich

kritischen Prüfung unterzogen wird, dürfte die Qualität der Behandlungspläne nach oben schnellen lassen und die Notwendigkeit dieses Systems letztlich auf die Minderheit der Praxen beschränken, die tatsächlich eines ständigen Eingreifens von außen bedürfen. Über den Anteil dieser Praxen gibt es in

der WIdO-Studie an manchen Stellen vage Andeutungen: er dürfte irgendwo zwischen 10 und 30 Prozent liegen.

Dr. Eberhard Riedel, München

[1] der artikulatur Nr. 68, 1999, S. 18 ff.

[2] Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 17, 1999, S. 20 ff.

Qualitätszirkel

Das Konzept des ZBV München

Seit vielen Jahren beschäftigt sich der DAZ mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung und als ich kürzlich einen Kollegen bat, mir doch alte *forum*-Hefte mit Beiträgen zur Qualitätssicherung zu überlassen, waren das mehr als 50 Hefte, die sich mit diesem Thema beschäftigten.

Nun erfreut sich aber der Begriff »Qualitätssicherung« bei vielen Kollegen nicht gerade größter Beliebtheit, sondern ist ausgesprochen negativ besetzt (der DAZ kann ein Lied davon singen), wird er doch meist mit Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien in Verbindung gebracht. Auch die Qualitätsprüfungen, wie sie bisher von der KZV mittels ihrer Qualitätsausschüsse (der sog. Q-Ausschüsse) durchgeführt wurden, machten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht beliebter, fühlten sich die geprüften Kollegen doch häufig in der Rolle von Delinquenten, ohne die Kriterien, nach denen die Ergebnisqualität geprüft werden sollte, eindeutig nachvollziehen zu können (siehe auch S. 42).

Wir wissen alle, daß Qualitätssicherung in die Hände des Berufsstandes gehört und freiwillig erfolgen sollte, damit sie gar nicht erst »von oben« verordnet werden muß. Die Übernahme dieser Qualitätssicherung ist eine der satzungsgemäßen Aufgaben des ZBV, der sich damit in letzter Zeit verstärkt auseinandergesetzt und ein Konzept entwickelt hat, das ich hier kurz vorstellen möchte:

Gedacht sind freiwillige Zirkel von etwa zehn Teilnehmern, die sich in ein- bis zweimonatigen Abständen zu einer zwei- bis dreistündigen Sitzung treffen. Dabei wird die Sitzung von einem Moderator »geleitet«, der als *primus inter pares* fungieren soll.

Die Treffen sollen themenzentriert und zielgerichtet ablaufen, was sie ganz maßgeblich von Stammtischen unterscheidet. Es soll aber auch keine akademische Fortbildung sein, wo ein »Guru« seinen Zuhörern Expertenwissen vermittelt, das dann in der eigenen Praxis nicht umsetzbar ist. Wichtig ist eine lockere Atmosphäre, die zum tätigen

Mitmachen einlädt und Spaß an den Treffen. Ideal wäre ein wachsendes Vertrauensverhältnis der Teilnehmer, das dazu führt, daß auch Mißerfolge und Fehler diskutiert werden können. Hier müßte der Moderator wohl mit gutem Beispiel vorangehen. Hauptanliegen ist eine Vernetzung des fachlichen und betriebswirtschaftlichen Wissens aller Teilnehmer.

Dies soll, außer zur Reflexion und zum Erfahrungsaustausch auch zu einer positiven Motivation bezüglich der eigenen Arbeit führen, Routine und Alltagsblindheit durchbrechen und die Kollegen, gerade in der heutigen Zeit, wieder ein Stück näher zusammenrutschen lassen.

Es ermöglicht sowohl eine eigene Standortbestimmung, als es auch das Einzelkämpferdasein bekämpft.

Auch wenn primär Strukturqualität (Fortbildung, Geräte, Praxisorganisation) und Prozessqualität (Befund, Diagnose, Therapie, Dokumentation) in den Zirkeln zur Sprache kommen, dürfte sich das automatisch auch auf die Ergebnisqualität auswirken. Bessere Ergebnisqualität wäre so ein Ergebnis von positiven Impulsen und nicht von Strafandrohungen.

Ein Besuchssystem der Kollegen gegenseitig in ihren Praxen, wie früher beim DAZ üblich, ist bisher nur vage angedacht, könnte sich aber aus funktionierenden Qualitätszirkeln durchaus auch entwickeln.

*Dr. Dr. Ursula Frenzel
München*

Inquisition statt Instruktion

Ein weiterer Bericht über den Fachausschuß Q der KZV Bayern

Im Sommer 1998 wurde ich von der KZVB gebeten, Röntgenbilder und Krankenblattauszüge nach München zu schicken. Es handelte sich um eine "Sachliche Überprüfung von abgerechneten Zahnersatz-Behandlungen". Auf die telefonische Rückfrage, wozu dies sein sollte, wurde mir die Antwort gegeben, die Patienten und ich wären per Los ausgewählt worden. Nach etlicher Zeit erhielt ich die Unterlagen wieder zurück mit dem Kommentar, es gäbe noch Fragen dazu und ich würde zu einem Gespräch eingeladen.

Dann kam der Tag der Tage: der 18. Nov. '98. Zwei "Kollegen" und eine Schreibkraft saßen mir gegenüber. Keine der drei Personen hielt es für notwendig, sich mir namentlich vorzustellen.

Als erstes kam eine Fotokopie meiner gesamten Leistungsstruktur auf den Tisch - nicht wie im Brief erwähnt - nur Fragen zu den Patienten. Dazu Fragen, wie lange ich die Praxis hätte, wieviel Angestellte ich hätte. In der Zwischenzeit ließen sich die Herren ihre mitgebrachten Brezen und Kaffee schmecken. Ich kam mir vor wie bei einem Verhör. Da ich unter Kronen keine Füllungen abgerechnet hatte, wurde mir von einem der Inquisitoren vorgeworfen, ich hätte die Karies darunter nicht entfernt. Am Ende

der Vorstellung wurde mir erklärt, dass ich schriftlichen Bescheid erhalte über die nicht 100% richtliniengemässen Versorgungsungen. Am 12. Januar der Bescheid, der am 15. Januar 99 abgeschickt wurde, lautete dann über eine gehörige Summe, die ich an die KZVB, nicht an die Krankenkassen zurückzahlen habe.

Mit meinem Rechtsanwalt legte ich daraufhin Einspruch ein: Und nun nahm das Spektakel seinen weiteren Lauf: In einem Schreiben zitiert die KZVB verschiedene Paragraphen und Gerichtsurteile, die die Rechtmässigkeit des Ausschusses beweisen sollen. Nachdem diese Stellen nicht beweiskräftig waren, kam die Begründung, dass die AOK den Antrag auf Überprüfung durch den Fachausschuss Q gefordert habe. Ein diesbezügliches Schreiben der AOK existiert aber nicht.

Bei Rückfragen bei der AOK wurde mir versichert, dass die AOK keinen Einfluss auf den FaQ hat und sie nur Anträge stelle, wenn in einzelnen Fällen ein Schaden vorläge, was in den vorliegenden Fällen nicht der Fall war. Außerdem waren die Patienten Mitglieder verschiedener Krankenkassen!

In Gesprächen mit anderen Kollegen kristallisierte sich ein Verdacht heraus: Alle, die bisher vom FaQ Betroffen waren, sind oder waren zu der Zeit nicht Mitglieder in einem bestimmten Zahnärztlichen Verband.

Sollte da ein Karteivergleich gemacht worden sein?!

*Dr. Harald F. Bauer
Herzogenaurach*

Vertragen Sie Amalgam?

Wissenschaftliche Beratungsstelle in München eröffnet

Die wissenschaftliche Beratungsstelle für Unverträglichkeitsreaktionen auf Dentalmaterialien (Ber-U-dent) steht ab 1. Oktober 1999 allen betroffenen Patienten zur Verfügung. In Zusammenarbeit der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) mit der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätszahnklinik München, wurde diese Beratungsstelle eingerichtet.

"Wir haben die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung festgestellt, da viele Patienten die Ursache ihrer oft chronischen Erkrankungen in den Zahnmaterialien gesehen haben, teilweise aber auch durch unseriöse Institutionen beraten wurden", so Dr. Janusz Rat, zuständiges Vorstandsmitglied der BLZK. "In Anlehnung an die Erfahrungen der Universität Münster wurde ein Untersuchungsprogramm auf wissenschaftlicher Basis entwickelt, mit dem Patienten Hinweise erhalten, ob ihre Beschwerden auf verwendete Zahnmaterialien zurückzuführen sind oder nicht", so Privatdozent Dr. P. Pospiech von der Universitätszahnklinik München. Dabei gehe es jedoch nicht nur um Amalgam. Auch andere Dentalmaterialien können zu Befindlichkeitsstörungen führen.

Neben den klassischen Nachweismethoden stehen eine Reihe neuartiger Testverfahren zur Verfügung, die teilweise noch auf ihre Reproduzierbarkeit geprüft werden. Ein wesentlicher Teil der

Untersuchungen beruht auf der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachrichtungen, die von der Ber-U-Dent koordiniert werden soll.

Patienten, interdisziplinär orientierte Ärzte und Zahnärzte und Patientenberatungsstellen sind eingeladen, die individuellen Probleme wissenschaftlich abklären zu lassen, um ggf. notwendige Zahnsanierungen einzuleiten oder umgekehrt unnötige Behandlungen zu vermeiden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Praxen und der Klinik wird dabei angestrebt, um gemeinsam durch die adäquate Diagnostik und Therapie den betroffenen Patienten zu helfen.

Im Rahmen dieses Projektes stehen aus der Poliklinik für Prothetik Priv.-Doz. Dr. med. dent. P. Pospiech und Dr. med. dent. J. Kugel, sowie seitens der Bayerischen Landes Zahnärztekammer Dr. med. dent. Hans Roth zunächst telefonisch freitags von 8.30 Uhr bis 12.00 Uhr zur Beratung und Terminvereinbarung zur Verfügung.

Ber-U-dent

Tel. 089/ 51 60 76 70

Außerhalb dieser Zeit können Anfragen mittels Anrufbeantworter (089/ 51 60 76 71) oder per Fax (089/ 51 60 76 72) erfolgen.

Für Rückfragen:

Dr. Janusz Rat Vorstandsmitglied und Referent für Public Relations, Fallstr. 34, 81369 München, Tel. 089/ 72 480 211, Fax 089/ 72 480 220, email: jrat@blzk.de

Amalgam:

Kassen müssen Austausch nicht zahlen

Wer intakte Amalgam-Füllungen loswerden möchte, der muss auch künftig selber dafür zahlen. Die Krankenkassen brauchen die Kosten dafür grundsätzlich nicht zu tragen. Das hat das Bundessozialgericht jetzt in einem Grundsatzurteil entschieden.

Kassenpatienten haben keinen Anspruch darauf, ihre umstrittenen Amalgam-Zahnfüllungen wegen gesundheitlicher Beschwerden auf Kosten der Krankenkassen austauschen zu lassen. Ein Zusammenhang zwischen Depressionen oder Gelenkschmerzen und dem Quecksilber in den Füllungen sei wissenschaftlich nicht ausreichend bewiesen. Dies stellten die Richter in Kassel am Mittwoch klar.

Solange es nur eine hypothetische Möglichkeit gebe, dass die Beschwerden mit einem Wechsel der Füllmaterialien gelindert werden könnten, dürften die Kassen nicht in die Pflicht genommen werden. Damit wies das höchste deutsche Sozialgericht die Klage eines Mannes ab, der unter anderem über Depressionen, Müdigkeit, Gelenkschmerzen und Nervosität geklagt und diese Beschwerden auf seine Amalgam-Füllungen zurückgeführt hatte. Eine Quecksilber-Allergie lag jedoch nicht vor.

Solange die Wissenschaft über die Nebenwirkungen von Amalgam-Füllungen streite, sei es nicht Sache des Gerichts, für eine Seite Partei zu ergreifen, begründeten die Richter ihr Urteil. Krankenkassen müssten nur für Behandlungskosten aufkommen, wenn die Notwendigkeit eines Eingriffs bestehe. Dies setze jedoch

eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Heilerfolgs voraus. Davon könne wegen der fehlenden Beweise bei Patienten mit Amalgam-Füllungen nicht ausgegangen werden.

Mit ihrer Entscheidung hoben die BSG-Richter ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen auf. Das LSG hatte die Krankenkasse dazu verurteilt, die Kosten für den Austausch der Füllungen zu tragen, weil dies eine "gute Möglichkeit" sei, die Beschwerden des Patienten zu lindern oder zu heilen. Eine weitergehende Erfolgsaussicht als diese "gute Möglichkeit" könne in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ver-

langt werden. Dem widersprachen die BSG-Richter, da der Zusammenhang zwischen dem Amalgam und den gesundheitlichen Beschwerden nur eine ungesicherte Annahme sei.

Im konkreten Fall hatte es die Krankenkasse abgelehnt, gut 1200 Mark für den Tausch intakter Amalgam-Füllungen gegen Zementfüllungen zu zahlen. Der Anwalt des Klägers nannte das BSG-Urteil "bedauerlich". Nach seiner Ansicht hat der Richterspruch die Diskussionen um Amalgam-Füllungen vorerst beendet.

(C) SPIEGEL ONLINE - 06. Oktober 1999

Paro® BRUSH-STICK JETZT IM GROSSEN GRATISTEST:

EIN "GESCHENK" DES HIMMELS!

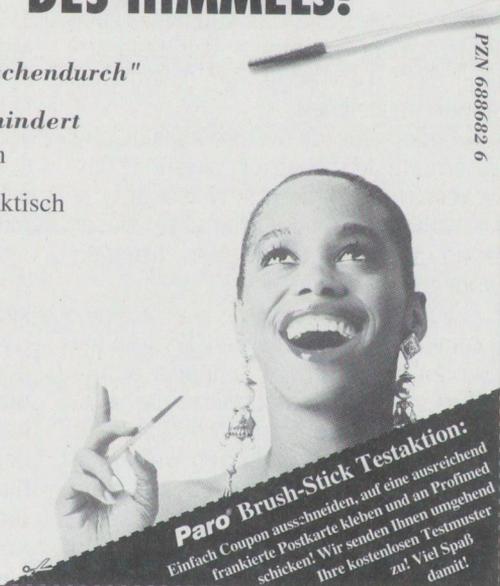
Die *Mikro-Zahnbürste* für "zwischen durch"

- **befreit** von Speiseresten, *vermindert* Plaquebildung und Mundgeruch
- **ermöglicht** den Zugang zu praktisch allen Zahnzwischenräumen
- **so einfach** wie ein Zahnholz
- wiederverwendbar, vielseitig

PROFIMED

Dentalvertriebs- und Prophylaxe-GmbH

Neue Straße 11 · 83071 Stephanskirchen
Tel. 0 80 31/7 10 17 · Fax 0 80 31/7 25 08



PZN 688682 6

Paro® Brush-Stick Testaktion:
Einfach Coupon ausschneiden, auf eine ausreichend frankierte Postkarte kleben und an Profimed schicken! Wir senden Ihnen umgehend Ihre kostenlosen Testmuster zu! Viel Spaß damit!

Impaktierte Weisheitszähne prophylaktisch entfernen - eine berechtigte Maßnahme?

übersetzt und gekürzt v. Dr. Kai Müller aus: *NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York, Vol 3, Issue 2, October 1998*

- Die Entfernungshäufigkeit dritter Molaren in Großbritannien variiert beträchtlich.
- Rund 35% der prophylaktisch entfernten Weisheitszähne in GB sind gesund.
- Die operative Entfernung dritter Molaren ist nur gerechtfertigt, wenn ein Langzeitvorteil für Patienten zu erwarten ist.
- Es ist nicht möglich, zuverlässig vorherzusagen, ob dritte Molaren pathologische Veränderungen entwickeln, wenn sie nicht entfernt werden.
- Es gibt keine randomisierten kontrollierten Studien, die das Langzeitergebnis frühzeitig entfernter- mit belassenen, nicht pathologischen Weisheitszähnen vergleichen.
- Nachdem es für die prophylaktische Entfernung impaktierter Weisheitszähne keine brauchbaren Beweise gibt, ist die routinemässige Entfernung dieser Zähne aus prophylaktischen Gründen kaum gerechtfertigt.

In GB wurden in den Jahren 1994-95 bei über 96000 Patienten Zähne in ambulanter- oder tagesstationärer Behandlung chirurgisch entfernt. Die Kosten für die Entfernung impaktierter Weisheitszähne beliefen sich auf 30 Millionen Pfund im Jahr im National Health Service und ca. weitere 20 Millionen Pfund im privaten Bereich. Dabei variiert die Operationshäufigkeit in GB stark. Es gibt

Untersuchungen, die zeigen, dass wirtschaftlich weniger leistungsfähige Bevölkerungsschichten mit schlechtem Gebisszustand weniger häufig ihre Weisheitszähne verlieren als bessergestellte mit gesunden Zähnen.

Es werden mehrere Gründe für die frühe Entfernung symptomfreier oder nicht-pathologischer dritter Molaren angegeben, die meisten davon können sich nicht auf verlässliches Beweismaterial stützen:

1. sie hätten keine nützliche Aufgabe im Mund
2. sie könnten das Risiko für pathologische Veränderungen und Symptome vergrößern
3. das Risiko für schwerwiegende Komplikationen nach Entfernung würde sich mit dem Alter der Patienten erhöhen

Andererseits wurde die Wahrscheinlichkeit zukünftiger pathologischer Veränderungen übertrieben. Viele impaktierte oder retinierte Weisheitszähne brechen normal durch, und viele impaktierte Weisheitszähne verursachen niemals nennenswerte klinische Probleme. Darüberhinaus ist die operative Weisheitszahnentfernung keineswegs risikofrei, die Komplikationen und Beschwerden danach können beträchtlich sein. Deshalb sollte die prophylaktische Weisheitszah-

nenntfernung nur vorgenommen werden, wenn der Vorteil des Patienten dabei beweisbar ist.

Die Menge der Weisheitszahnoperationen bei asymptomatischen Patienten ist schwer zu schätzen und ist definitionsabhängig. Eine Befragung in GB bei 181 Fachärzten ergab, daß 35.1% der entfernten Weisheitszähne gesund waren. Andere verlässliche Quellen sprechen von Raten von 20% bis 40%, obwohl auch Raten von unter 4% genannt wurden.

Pathologische Veränderungen, die mit impaktierten Weisheitszähnen in Verbindung gebracht werden

Es gibt keine Langzeitstudien über die prophylaktische Entfernung. Darum hängt die Extraktionsentscheidung von der Einschätzung einer möglichen pathologischen Entwicklung in der Zukunft-, den angenommenen Vorteilen frühzeitiger gegenüber späterer Operation und der Einschätzung des Operationsrisikos bei Zähnen ab, die niemals extrahiert werden müßten.

Die Pericoronitis ist die häufigste Indikation für die Operation und tritt hauptsächlich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Eine Untersuchung berichtet, daß innerhalb von vier Jahren 10% der Weisheitszähne eine Pericoronitis entwickeln.

Nur wenige impaktierte Weisheitszähne verursachen eine Karies bei zweiten Molaren, obwohl die Schätzungen variieren (1% bis 4.5%). Sorge vor dem Entstehen einer Karies bei zweiten Molaren ist keine Rechtfertigung für eine prophylaktische Weisheitszahnentfernung. Wurzelresorptionen bei zweiten Molaren durch impaktierte Weisheitszähne

kommen in weniger als 1% der Fälle vor. Eine Untersuchung sagt aus, daß das Resorptionsrisiko gering sei und am wahrscheinlichsten bei jungen Patienten vorkommt, bei denen die Morbiditätsrate im Operationsfall angeblich ohnehin geringer ist.

Der Zusammenhang zwischen frontalem Engstand und impaktierten Weisheitszähnen ist nicht signifikant und erfordert die Weisheitszahnentfernung nicht.

Zysten entstehen sehr selten und stellen keine Operationsindikation dar. Das Risiko für maligne Entartungen im Zahnfollikel ist vernachlässigbar und ist keine Indikation für die prophylaktische Weisheitszahnentfernung.

Komplikationen und Risiken nach Operationen

Der potentielle Vorteil, eine Operation zu unterlassen, ohne große Risiken einzugehen, muß den Risiken gegenübergestellt werden, die mit der Operation verbunden sind. Patienten sollten darüber vollständig aufgeklärt werden.

Häufige Komplikationen sind

1. Traumatisierung sensibler Nerven (Parästhesien)
2. trockene Alveolen
3. Infektionen
4. Blutungen
5. Schmerzen

Seltener finden sich Trismus, Mund-Antrum-Verbindungen, bukkale Fetthernien und iatrogene Kieferfrakturen. Die Schädigung sensibler Nerven tritt in 5% bis 20% der Fälle auf. Das Vorkommen trockener Alveolen variiert zwischen 0% und 35% und nimmt mit mangelnder chirurgischer Erfahrung und Tabakgebrauch zu, wenn dies eine prophylakti-

sche Weisheitszahnentfernung auch nicht rechtfertigt.

Prophylaktische Entfernung gerechtfertigt?

Eine neuere Evaluation von Veröffentlichungen kommt zu dem Schluß, dass es wenig verlässliche Gründe für die prophylaktische Entfernung impakterter dritter Molaren gibt. Zwei Entscheidungsanalysen kommen zu dem Schluß, dass im Durchschnitt und auf lange Zeit Patienten besser fahren, wenn nur Weisheitszähne mit pathologischen Befunden entfernt werden.

Zwei nordamerikanische Studien bestätigen diesen Schluss. Eine räumte das Fehlen verlässlicher Gründe für die prophylaktische Weisheitszahnentfernung ein, die andere bezeichnet sie als ungerechtfertigt. Sie zeigte, daß impaktierte dritte Molaren bei Jugendlichen am ehesten zu pathologischen Erscheinungen führten, dies aber bei Erwachsenen unwahrscheinlich sei. Dabei wurde auch gezeigt, dass 'ältere Patienten die Extraktion dritter Molaren in der Regel gut vertragen'.

Angesichts des Mangels ausreichender Beweise ist auch die zusätzliche Entfernung weiterer impakterter Molaren während einer Allgemeinanästhesie nicht gerechtfertigt, wenn diese symptomlos sind.

Risiken: Pathologie gegen Chirurgie

In einer Gegenüberstellung der Risiken von pathologischen Veränderungen bei der Belassung impakterter dritter Molaren und Komplikationen nach ihrer chirurgischen Entfernung [15] ergab sich:

bei Jugendlichen (Alter 12-29) eine Komplikationsrate von 11,8% bei Älteren (25-81) von 21,5%.

Als Ergebnis mehrerer Studien lag das Risiko von pathologischen Veränderungen bei älteren Erwachsenen zwischen 0% und 12%.

Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß mit mehr Komplikationen zu rechnen ist, wenn man nicht pathologische Weisheitszähne entfernt, als wenn man sich auf die Entfernung jener Zähne beschränkt, die bereits pathologische Befunde aufweisen (siehe Tabelle). Bei 100 jungen Menschen, denen Weisheitszähne aus prophylaktischen Gründen entfernt werden, leiden 12 an bedeutenden klinischen Komplikationen. Ohne prophylaktische Weisheitszahnentfernung werden bei 12 der hundert Patienten später Weisheitszähne operativ entfernt, von denen nur 3 mit postoperativen Komplikationen rechnen müssen.

Tabelle: Anzahl von Komplikationen nach operativer Weisheitszahnentfernung: ein Vergleich zweier Strategien

Basierend auf einer hypothetischen Kohorte 100 junger Patienten mit asymptomatischen Weisheitszähnen. Die Komplikationsraten und pathologischen Veränderungen basieren auf den Ergebnissen von Daley. [15]

Diese Abschätzung der Risiken bei Entfernung oder Belassung impakterter Weisheitszähne ist notwendigerweise angenähert. Das liegt an der relativ geringen Qualität der Forschung in diesem Bereich und an der Verschiedenheit der angewandten Methoden.

Kieferchirurgen werden öfter Patienten haben (und sich daran erinnern), die

Strategie	Anzahl von Operationen	Häufigkeit von Komplikationen
prophylaktische Entfernung impakterter Weisheitszähne ohne pathologische Befunde	100	12 (100x11,8%)
Entfernung impakterter Weisheitszähne nach Auftreten pathologischer Befunde	12 (100x12%)	3 (12x21,5%)

langdauernde Probleme mit impakterten Weisheitszähnen haben, seltener solche ohne Komplikationen. Sie werden deshalb die Risiken belassener impakterter Weisheitszähne eher übertrieben hoch einschätzen.

Insgesamt gibt es nur geringe Berechtigung, nicht-pathologische impakterte Weisheitszähne zu entfernen.

Empfehlungen

- Forschungsergebnisse legen nahe, impakterte Weisheitszähne nur entfernen, wenn pathologische Veränderungen auftreten.

- Wünschenswert ist eine gründliche experimentelle Evaluation der prophylaktischen Weisheitszahnentfernung. Praxisnäher wären hochqualitative Untersuchungen in solchen Ländern, wo diese Vorgehensweise nicht zur zahnmedizinischen Routine gehört. Dies könnte Licht in das Dunkel der Naturgeschichte impakterter Weisheitszähne bringen.

- Überweisungen und Wartelisten für die operative Weisheitszahnentfernung sollten überwacht werden um eine angemessene Behandlung sicherzustellen.

Literaturverzeichnis beim Übersetzer

Real existierender Schwachsinn

Frau D., AOK-versichert, kommt in meine Praxis, in der Hand eine 10 Jahre alte Krone, die sich vom Zahn 36 gelöst hat. Nach 20 Minuten Arbeit - Krone säubern und polieren, Stumpf säubern und trocknen und Krone wiederbefestigen - geben wir der Patientin einen Heil- und Kostenplan mit über die Position 24a, bewertet mit 16 Punkten= 20,63 DM - natürlich viel zu wenig, wenn man be-

denkt, daß in 20 Minuten bereits mind. 60DM Praxisbetriebskosten entstehen. Die AOK-Sachbearbeiterin stellt, als die Patientin den Heil- und Kostenplan vorlegt, im Bonus-Heft fest, daß der Eintrag für 1993 fehlt - da war die Patientin in den USA und dort u.a. auch beim Zahnarzt. Daraufhin gibt die Sachbearbeiterin der Patientin den Antrag ungestempelt zurück und rät ihr, mich zu fragen, ob ich

ihr nicht den fehlenden Stempel geben könne, da sowohl in Amerika als auch im Folgejahr in meiner Praxis keine Schäden festgestellt wurden. Das alles wegen 5% Bonus, hier also 1,03 DM.

Eigentlich hätte man die Patientin, als sie deshalb nochmals erschien, rauswerfen müssen - da stand aber die Höflichkeit im Weg und die Tatsache, daß Frau D. die Bürokratie nicht kennt: Daß nämlich der genehmigte Antrag erst Ende November mit der KZV abgerechnet werden kann, die ihrerseits mit der AOK abrechnet. Zum Jahresende erhalte ich als Behandler dann von der KZV 12 DM gutgeschrieben. Falls die Patientin bis dahin ihre 9 DM Eigenanteil beglichen hat, endet ein Verwaltungsakt, der - vom Ausstellen des Antrags in unserer Praxis bis zum Austragen des Solls aus der Karteikarte - insgesamt mindestens 10 Personen beschäftigt hat.

Während ich versuche, meinen Zorn über diesen von der Regierung verordneten Schwachsinn abzubauen, lese ich am gleichen Abend im SPIEGEL Nr.44 über den »ausgeplünderten Patienten« auf S.35: »Deutsche gehen 3 mal öfter zum Arzt als die Schweden und schlucken in ihrem Leben 2 mal so viel an Medikamenten wie ein Norweger.

Kein Wunder, denn die Mega-Maschine (Medizinbetrieb) verlangt nach Opfern, die hierzulande Patienten heißen«.

Solch intelligente Schlußfolgerungen des großen deutschen Nachrichtenmagazins zeigen auch dem Einfältigsten: Das Problem sind eigentlich nur die raffgieriger Ärzte. Kapiert?

*Dr. Hanns-W. Hey
München*

Presse-Information

Ärzte-Werbeverbot ist kein Konkurrenzschutz

1. Zahnarzt-Recht-Tag fordert mehr Transparenz für Patienten

Auf dem ersten Deutschen-Zahnarzt-Recht-Tag hat die Stiftung Gesundheit das Verbot berufswidriger Werbung für Ärzte und Zahnärzte bestärkt. »Die Patienten aber haben Anspruch auf Information und Transparenz, stellt die Rechtsprechung fest«, berichtete Dr. Peter Müller, Sprecher der Stiftung Gesundheit auf der Fachtagung in Frankfurt am 20. Oktober 1999.

»Zweck des Werbeverbotes war und ist es, Patienten vor Irreführung und Verunsicherung zu schützen. Es ist nicht seine Aufgabe, Ärzte und Zahnärzte vor Transparenz und Konkurrenz zu bewahren«, so Dr. Peter Müller.

Ein reklamenahes Herausstellen von Ärzten oder Zahnärzten müsse auch künftig unterbleiben; solcherlei Werbung wäre unzulässig und schädlich. Als zulässig dagegen haben die Gerichte in jüngster Zeit unter anderem die Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit, Ärztelisten der Zeitschrift Focus und andere Informationspools für Patienten bewertet.

Der Deutsche Zahnarzt-Recht-Tag ist eine Fachtagung von Juristen und Mitarbeitern von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Veranstalter ist der pmi-Verlag Frankfurt, der u.a. auch den Deutschen Arzt-Recht-Tag und den Deutschen Pharma-Recht-Tag organisiert.

Wir alle geben - damit Kinder leben

...so lautet das Logo unseres "**Missionskreises Kinderdorf Christkönig**",
der sich seit nunmehr 9 Monaten um das Wohl der 261 Kinder
aus den Gefängnissen in Cochabamba/Bolivien sorgt.

- **63 Patenschaften** konnten in 9 Monaten vermittelt werden - das bedeutet 1890 DM pro Monat sicheres Geld für das Kinderdorf.
- **180 kg Hilfsgüter** - 9 Pakete á 20 kg (Format eines großen Umzugskartons) konnten zu Beginn der Sommerferien auf den Weg geschickt werden.
Inhalt: Kinderkleidung, Unterwäsche, Schuhe, Medikamente, Zahnbürsten und Zahnpasta, Pflaster und Verbandstoffe, Wolle und Fußballle, Gummitwist und vor allem:

Dentalbedarf für den Zahnarzt im Kinderdorf.

"Ganz dringend werden Verbandstoffe, Desinfektionsmittel, Wundversorgungsmittel, Klammerpflaster und Mittel für die Behandlung von Parasitenbefall benötigt," - so Pfarrer Winter nach seiner Rückkehr "wir sind uns hier überhaupt nicht bewußt, in welch einem Luxus wir leben."

Wir werden noch in diesem Jahr einen kompletten Container nach Cochabamba verschicken können - wir haben noch Platz frei und bitten die Zahnärzte, Zahnkliniken und Dentalfirmen: Wenn Sie uns Dinge schicken können, die Sie entbehren können - lassen Sie es uns wissen. Wir freuen uns über jede noch so kleine Spende, sei es eine Sach- oder auch eine Geldspende.

Ganz besonders freuen würden wir uns, hätten Sie einen

ausgedienten Behandlungsstuhl

den Sie entbehren könnten: Für einen neuen haben wir keine Mittel zur Verfügung. Haben wir Sie sensibilisiert? Der Missionsausschuß baut jetzt auch auf Ihre Mithilfe. Sollten Sie an einer Patenschaft interessiert sein, lassen Sie es uns wissen - wir schicken Ihnen gerne entsprechende Unterlagen.

Weitere Auskünfte: Missionskreis Kinderdorf Christkönig
der Pfarrgemeinde St. Ludgerus Rheine, Welfenstr. 12, 48429 Rheine,
Dechant Bernd Winter, Tel: 05971/71050 Fax: 05971/87452,
eMail: ludgerus.schotthock@t-online.de oder Christa Doumat, Tel. 05971/82224.

Zahlungen werden erbeten auf folgende Konten:
47.01.025 bei der Stadtsparkasse Rheine BLZ 403.500.05 oder
50.82.8500 bei der Volksbank Rheine BLZ 403.600.39

(Spendenquittungen werden umgehend zugesandt)
Wir wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Digitales Röntgen in der Zahnmedizin von Siemens

Ärgernisse mit der Rechtwinkeltechnik

Die bis jetzt angewandten Röntgenverfahren basieren auf der Belichtung und Verarbeitung von Filmen, Kassetten und Folien, die digitale Dental-Radiographie ist dagegen filmlos.

Digitales Röntgen wird seit ca. 6 Jahren von der Industrie angeboten, so daß eigentlich eine Praxisreife erreicht sein müßte, um gute Ergebnisse zu erzielen.

Die positiven Merkmale des digitalen Röntgen sind:

1. Bereitstellung des fertigen Röntgenbildes nach 7 sec. (Zeitersparnis)
2. keine Verwendung von Röntgenfilmen
3. keine Verwendung von Entwickler- und Fixierlösungen (umweltfreundlich)
4. keine anfallenden Kosten für die Entsorgung von Filmen und Röntgenlösungen
5. geringere Strahlenexposition
6. Bearbeitungsmöglichkeit und Optimierung der Bildqualität
7. langfristige Archivierung der Bilddateien ohne Qualitätsverlust

Als negative Punkte müssen aufgeführt werden

1. teure Anschaffungskosten
2. starrer großer Sensor mit festem Verbindungs-Kabel zum Rechner
3. Manipulierung des Röntgenbildes
4. Rechtwinkeltechnik nicht in allen Bereichen anwendbar

Der Kauapparat gehört zu den aufnahmetechnisch problematischsten Regio-

nen des menschlichen Körpers, was für die konventionelle und die digitale intra-orale Röntgentechnik gilt. Es kommt auf ein optimales Positionieren des Patienten, des gewählten Bildträgers und des Zentralstrahls an, was mit der Rechtwinkeltechnik am besten zu erreichen ist.

Zu diesem Punkt möchte ich in dem Beitrag meine Gedanken und Erfahrungen diskutieren.

Mit dem Neubeginn und der Niederlassung in eigener Praxis im Jahr 1991 und der Neuanschaffung des Röntgengerätes Heliodont MD von Siemens hat sich das Praxisteam der Rechtwinkeltechnik bedient.

Nach anfänglich großen Schwierigkeiten und mit viel Geduld und Übung gelang es uns, die Technik so zu beherrschen, daß wir Aufnahmen von absoluter Qualität erzielten, die die Vorzüge der Rechtwinkeltechnik deutlich machen.

In Gesprächen mit anderen Kollegen wurde mir dagegen immer wieder bestätigt, Rechtwinkeltechnik bei Röntgenaufnahmen bereite vielen Helferinnen große Schwierigkeiten.

1998 erweiterte ich meine Praxis mit einem digitalen Röntgengerät und war zunächst von den vielen Vorteilen begeistert.

Wir mußten aber auch bald feststellen, daß die Rechtwinkeltechnik mit dem starren Sensor viele Probleme aufwarf.

Das Positionieren des Sensors bereitete trotz viel Geschick an ungünstigen Stellen unlösbare Einstellungen.

Das Problem entsteht durch die mitgelieferten Sensorhalterungen, die in der Tiefe zu lang sind und dadurch zu weit in den Vestibulumraum ragen. Bis zum fünften Zahn kann das der Patient tolerieren, ab dort wird es bei den meisten Patienten durch den Muskelzug in Richtung Weisheitszahn enger im Vestibulum. In diesem Bereich ist eine optimale Positionierung deshalb unmöglich.

Die Firma KKD, Hersteller von Rechtwinkeltechnikaltern, ist bis jetzt nicht in der Lage, eine abgeänderte Variante auf den Markt zu bringen, die diese Einstellungssituation verbessern könnte.

In der Praxis den Patienten zur Unterstützung aufzufordern, scheitert an folgenden Punkten:

1. Der Sensor ist zu glatt, so daß die Position nicht vom Patienten gehalten werden kann.
2. Der starre Sensor erzeugt auf der Schleimhaut einen Druck, der Schmerzen verursacht.
3. Patient ist ungeschickt

Das Resümee ist, daß eine Helferin den Sensor hält und eine andere Helferin den Auslöser betätigt. Diese Praktiken haben sich in den meisten Praxen eingeschlichen sind jedoch unakzeptabel.

Es kann doch nicht sein, daß eine Firma wie Siemens eine Neuentwicklung für viel Geld anbietet und an einem Pfennigartikel, der den neuen Gegebenheiten nur angepaßt werden muß, scheitert.

Der Zahnarzt, der einerseits der Behandler ist und gleichzeitig Röntgenschutzbeauftragter, steht im Zwiespalt.

Als Behandler verlangt er eine Röntgenaufnahme mit Qualität, die aber nur zu erreichen ist, indem man sich über die Röntgenschutzverordnung hinwegsetzt.

Wie sieht es in der Praxis aus? Die meisten bestehen auf Qualität des Röntgenbildes, das ist aber nur zu erreichen, wenn gegen die Röntgenschutzverordnung verstoßen wird.

Siemens ist nicht die einzige Firma, die Sensoren für das digitale Röntgen herstellt. Mir ist leider bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bekannt, ob es eine Firma gibt, die eine Rechtwinkeltechnikhalterung herstellt und alle Forderung für eine bessere Positionierungsmöglichkeiten des Röntgensensor erfüllt.

Aus der Not habe ich selber Hand angelegt und die Halterung eingekürzt und mit Kunststoff neu fixiert. Ich habe mir dadurch die Positionierung vereinfacht, aber nicht alle Probleme beseitigt.

Für die Endodontie habe ich bei einem Kollegen eine Halterung gesehen, die leider nur als Prototyp hergestellt wurde, der Hersteller ist leider unbekannt.

Ich hätte gerne Informationen, ob die Kollegen bessere Alternativen zu dieser Problematik gefunden haben oder andere Ideen mit einbringen können.

Gibt es Firmen, die sich dieser Sache annehmen und diese Erfahrungen in die Praxis umzusetzen versuchen.

Ich wäre sehr dankbar, wenn dieser Artikel ein Anstoß für eine Diskussion ist und hoffe auf einen regen Austausch.

*Dipl. - Med. Steffen Schmidt,
Leipzig*

Ignoranz

Manchmal muß man sich fragen, ob die Dentalindustrie für die Bedürfnisse der Zahnärzte produziert - oder ob es den Herren herzlich egal ist, ob ein Gerät nach dem Kauf in der Praxis auch wirklich so zu benutzen ist, wie es die schönen Hochglanzprospekte versprechen.

Konkret: vor eineinhalb Jahren habe ich ein ZEG-Ultraschallhandstück der Firma Satelec gekauft, natürlich die neueste Generation Suprasson- mit Licht.

Nach sechs Wochen passierte es das erste Mal, daß sich, weil jemand leicht gegen das im Cart-Köcher steckende Instrument stieß, das Handstück abgog vom Schlauchaufsatz - kein Wunder, dort ist die gesamte Handstücklänge von mehr als 13 cm mit einem 3mm kurzen, feinen Kunststoffgewinde auf dem Basisteil verschraubt, eine Befestigung, die für jeden, der die Hebelgesetze kennt, offenkundig nicht halten kann.

Der Dentalverkäufer bestätigte diese Einschätzung, reparierte bislang dreimal großzügig den immer wieder auftretenden Schaden auf eigene Kosten, verwies aber zurecht darauf, daß das Problem die Fa. Satelec lösen müßte. Da von dort keine Reaktion kam, sprach ich die Vertreter der Firma bei der IDS in Köln an und schlug vor, das Handstück mit einem Metallgewinde zu befestigen - oder zumindest für eine Übergangszeit eine metallene Überwurfmuffe herzustellen, um Gewinde und Handstück zu schützen. Am IDS-Stand versprach man mir, sich um das Problem zu kümmern, sich mit Siemens in Verbindung zu setzen, wo das Handstück angeblich produziert wird und mir - bis das Problem gelöst sei - kostenlosen Ersatz zu schicken.

Das war im Frühjahr - seitdem war Schweigen, keine Reaktion von Satelec, weder ein Ersatzteil, noch Brief oder Telefonat. Jetzt, bei einer Dental-Ausstellung in München habe ich erneut bei Satelec das Problem angesprochen: ja, das sei bekannt, liege aber an Siemens. Der Herr am Satelec-Stand sprach's, nickte mir freundlich zu und wandte sich dem nächsten Kunden zu, der sich möglicherweise für das gleiche Instrument interessierte - natürlich, das ist schließlich die neueste Technik und verspricht nicht nur die Entfernung von Zahnstein, sondern auch die Schonung der Augen.

Da das Gewindeproblem von Satelec also erkannt, aber nichts dagegen getan wird, kann ich nur davor warnen, ein Gerät zu erwerben, das mechanisch so mangelhaft verarbeitet ist - und dessen Mangel von Satelec (und wohl auch von Siemens) schlicht ignoriert wird nach dem Motto: was geht uns ein Problem an, das der Zahnarzt nach dem Kauf eines Gerätes in seiner Praxis hat?

Dr. Hanns-W. Hey, München

ROEKO Guttapercha-Spitzen von Rückrufaktionen **n i c h t** betroffen

Aufgrund von Anfragen verunsicherter Zahnärzte zu Rückrufaktionen verschiedener Hersteller sieht ROEKO sich zu folgender Klarstellung veranlaßt:

ROEKO Guttapercha-Spitzen, mit oder ohne CE-Kennzeichnung, haben zu keinem Zeitpunkt die Obergrenze für Cadmium von 10 ppm erreicht. Die gemessenen Werte lagen weit unter dieser Grenze.

Der Einsatz von NE-Metallen in der zahnärztlichen Prothetik

Ein Erfahrungsbericht

Mit Beginn des Jahres 1998 wurde für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung die Kostenerstattung für zahnärztliche Prothetikleistungen eingeführt. Die Zuzahlungen der Krankenkassen orientierten sich an therapiebezogenen Festzuschüssen. Unmittelbar sichtbare Folge für den Patienten war einerseits der recht erheblich angestiegene Eigenanteil im Bereich festsitzenden und kombinierten Zahnersatzes und andererseits der transparente Preisvergleich zwischen verschiedenen Behandlern und zahntechnischen Labortorien. Beide Faktoren ließen „preiswerten“ Zahnersatz verstärkt nachfragen. Der Patient wünscht Qualität und möchte auch was sparen. An dieser Einstellung hat sich auch nach zwischenzeitlicher Rückkehr zum Sachleistungsprinzip nichts geändert.

Ein erheblicher Posten auf der Laborrechnung sind die Aufwendungen für das Edelmetall. Bei einer 5-gliedrigen Brücke im Seitenzahnggebiet summieren sich die Materialkosten leicht zu einer Höhe von ca. 800,-DM (5gr./ Krone und Brückenglied zum Tagespreis von 32,-DM/gr.).

Die mögliche Kostenersparnis veranlaßte mich 1998 vermehrt Nichtedelmetalle (NE) einzusetzen. Ich verwendete folgende Legierungen bzw. Metalle:

1. Wiron 99
2. Keralloy KB –nickelfrei-
3. Titan

Wiron 99

Wiron 99 ist eine biozertifizierte, extraharte (Typ 4) silberfarbene Legierung. Das Material ist sehr leicht (8,2gr./cm³), sehr hart (Vickershärte:180) und spröde. Die Massenanalyse weist für die Hauptkomponenten aus:

Ni	65,0 %
Cr	22,5 %
Mb	9,5 %

In einem viermonatigen Untersuchungszeitraum wurden 102 Einheiten als Einzelkronen, Teilkronen und Brücken eingegliedert.

Verträglichkeit

Eine vorab durchgeführte telefonische, sicher nicht repräsentative Nachfrage bei 6 Hautärzten in unserer Region ergab keinen Fall einer stattgehabten Nickelkontaktallergie im Bereich der Mundhöhle. Bei den eigenen Patienten gab es keinen Hinweis auf eine lokalallergische Reaktion. 2 Patienten wiesen mich nach Zementierung der Restaurationen auf eine gesicherte Nickelallergie hin. Auch bei diesen beiden Versorgungsbearbeitungen beobachtete ich keine Auffälligkeiten. Bei einer Kronenversorgung klagte die Patientin über Metallgeschmack.

Eine Erklärung der guten Kompatibilität des Wiron 99 (insbesondere der potenti-

ellen Allergene Nickel und Chrom) ist sicher in der sehr festen Einbindung dieser Bestandteile in das Legierungsgitter zu finden.

Passung, Ästhetik

Zu Beginn meiner Arbeit mit NE-Prothetik hatte ich mich mit dem massierten Vorurteil des gewerblichen Labors auseinander zu setzen. Gemeinsame Fortbildung mit einem interessierten ZTM haben die eingangs (bewusst?) mäßige Qualität der Kronen auf ein Niveau gehoben, welches sich, bis auf das werkstoffkundlich bedingte Fehlen der Finierung der Kronenränder, nicht von guter Edelmetallprothetik unterscheidet.

Im Einzelnen: Die Restaurationen lassen sich problemlos auf Kontrollmodelle umsetzen, die Ränder sind glatt. Im Munde werden auch dünn auslaufende Präparationsgrenzen regelmäßig sicher erreicht. Das an zarten Edelmetallrändern zu beobachtende Phänomen, dass kontrahierende Keramik den dünnen Metallrand zum Massenmittelpunkt gleichsam „wegzieht“, fiel mir beim WIRON nicht auf.

Der ästhetische Eindruck verblendeter NE-Restaurationen ist durchaus ohne Fehler. Voraussetzung ist ausreichendes okklusales/labiales Platzangebot. Im unverblendeten Bereich ist die Oberflächenpolitur im Vergleich zum Edelmetall aufwendiger.

Keralloy KB

Keralloy KB ist eine edelmetallfreie Aufbrennlegierung auf Kobalt-Chrom-Basis, frei von Nickel, Beryllium und Gallium.

Zusammensetzung in Masse %:

Co: 65,5%

Cr: 20,0%

Mo: 6,0%

Die physikalischen Daten entsprechen grob denen des Wiron, mit dem Unterschied deutlich geringerer Härte (Vickers: 275). Der Hersteller leitet hier eine besondere Eignung für Primärkonstruktionen in der Konustechnik ab. In der eigenen Praxis wurden 14 Kronen/Brücken auf Basis Keralloy KB eingegliedert. Die Entscheidung für Keralloy fiel wegen dermatologisch nachgewiesener und vom Patienten nachdrücklich betonter Nickelallergie. Brückengerüste müssen wegen der geringen Härte recht massiv modelliert und sollten auf 2 Prämolarenbreiten begrenzt werden. Präparationsgrenzen sind wegen des „Creepings“ dünner verblendeter Ränder in deutlicher Hohlkehle auszubilden. Die Passungen waren nicht zu beanstanden. Ein Brückengerüst wurde nach erneuter Abformung wiederholt, liess sich dann jedoch akkurat eingliedern. Der Fehler war nicht in der Legierung zu suchen. Die Politur erscheint etwas matt, ist jedoch „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig.“

Titan

Titan wird nicht als Legierung, sondern mit einem Reinheitsgrad von 99,8% als solides Metall eingesetzt. Dieses empfiehlt sich durch seine nachgewiesene Biokompatibilität (weltweit kein Fall von Titanallergie publiziert), Korrosionsbeständigkeit, minimale Wärmeleitung, Röntgendurchlässigkeit, universelle Einsetzbarkeit in Prothetik und Implantologie, hohe mechanische Festigkeit, geringes

Gewicht und last but not least seinen geringen Preis. Eigene Erfahrungen mit Titan sind bislang spärlich. Lediglich 2 Frontzahnbrücken wurden bislang von mir eingesetzt. Ein Gerüst war in Fräs-technik (ähnlich dem Cerec-Verfahren für Keramik) hergestellt worden. Ein zweites in Titangußtechnik. Die Titanfräsung wurde mit Entwicklung des Titan-guss verlassen. Beide Brücken passten auf Anrieb gut, waren federleicht und ästhetisch Wiron-Verblendungen ebenbürtig. Gelegentlich auftretende recht unerklärliche Abplatzungen der Verblendungen werden häufig zu unrecht der Titankeramik angelastet: Grundlage der Aufbrennfähigkeit von Titan sind nicht Haftoxyde, sondern die oberflächliche Passivierungsschicht. Das Gerüst muß nach dem Abstrahlen und vor dem Abdampfen zur Rekonstruktion dieser Schicht mindestens 15 Minuten unbearbeitet bleiben. Missachtung dieser Ruhephase kann Keramikbrüche zur Folge haben. Für weitere Beurteilungen fehlen mir im Moment noch die praktischen Erfahrungen.

Zusammenfassung

Die Verwendung von NE-Metallen hat sich in meiner Praxis als kostengünstige Alternative zum Edelmetall etabliert. In der Hauptsache wird gegenwärtig noch WIRON 99 eingesetzt. Klinische Nachteile wurden nach Ablauf eines nunmehr zweijährigen Erfahrungszeitraums nicht beobachtet. Vorbehalte bestehen gegen Ni-freie Legierungen (Keralloy KB). Geringe Härte, schwierige Polierbarkeit, Creeping begrenzen hier die Einsetzbarkeit. Verwendung nur bei nachgewiesener Ni-Allergie, sozialer Härtesituation und Nichtverfügbarkeit von Titantechnologie.

Wenn mir bislang auch langfristige Erfahrungen mit Titan fehlen, stimmt mich mein erster Eindruck sehr optimistisch. Schwerpunkt der Beurteilung dürfte die ästhetische Brillanz und Haltbarkeit der Titankeramik sein. Auch vor dem Hintergrund zunehmender (Titan-)implantatgestützter Prothetik und gesteigerten Kostenbewusstseins der Patienten vermute ich für die nähere Zukunft eine weite Verbreitung von Titanrestorationen, welche Wiron schon aus Gründen der Bio-kompatibilität substituieren dürften.

ZA Volkmar Lehrke, Nienburg

Ersatzkassen rebellieren Die "Zahlerkassen" bauen sukzessive einen rigiden Widerstandskurs gegen die Plaene der Bundesgesundheitsministerin auf. So kuendigte der Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse (BEK) Eckart Fiedler an, gemeinsam mit den anderen Ersatzkassen "alles zu mobilisieren, um das Gesetz zu Fall zu bringen". Es sei "geradezu unverschaeamt, was hier erneut auf unsere Beitragszahler zukommt". Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK) prophezeite: "Wenn wir die Altschulden der Konkurrenz zahlen sollen, werden wir Fischer die Gefolgschaft (sic!) aufkuendigen". Er forderte, die verschuldeten Ost-AOKs unverzueglich unter Bundesaufsicht zu stellen. Der Ministerpraesident Baden-Wuerttembergs Erwin Teufel (CDU) drohte Verfassungsklage gegen den erneuten West-Ost-Finanztransfer an. Grund: "Der Bund kann eine Krankenkasse auf Landesebene nicht per Gesetz zu Finanzspritzen zu Gunsten Kassen anderer Bundeslaender verdammen."

Quellen: u.a.: "Handelsblatt" vom 18.10.99; "taz" und "Welt" vom 19.10.99; "Hamburger Abendblatt" vom 20.10.99; "FAZ" vom 22. und 23.10.99; www.newsaktuell.de vom 22.10.99

Kasperltheater in Nürnberg

Hurra, hurra, der Bader auf dem Jahrmarkt ist da! So könnte man den Stand des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken beschreiben, der sich mit einigen Kollegen auf der Consumenta '99, der größten Verbrauchermesse Deutschlands in Nürnberg prostituierte. In einer Ecke der Halle 6 im Messezentrum Nürnberg gab der ZBV Mittelfranken seinen Namen (und sein Geld?) für eine Show der Aktion "Prodente" her. Einige Zahntechnische Labors aus dem Raum waren mit Ihren Schildern auf der rechten Seite zur Stelle; auf der anderen

Seite die Industrie mit Reklame für Implantatsysteme. Dazwischen, in der Ecke, ein Großbildschirm, auf dem Life an Kunden-Verzeihung-Patienten die Aktion "Schöne Zähne" demonstriert wurde. Dazu ein Laden mit einer Auswahl an Zahnputz utensilien. In dem Halbdunkel (damit auch der Bildschirm bestens zu sehen sei) hüpfen jede Menge Leute herum, die Broschüren von "Prodente" verteilen. Auf Einwände gegen die Aktion wurde mir entgegnet, daß hier die Kunden (oder Patienten?) bestens und mit deren Begeisterung informiert würden.

Bisher kenne ich keine Gruppe in gesamten Spektrum der übrigen Mediziner, die einen solchen Affentanz zur Schau gestellt hatten; oder hat je auf einer Ver-

brauchermesse ein Orthopäde, ein HNO-Arzt oder ein Chirurg (bei einer Herzklappenoperation) sich so produziert? Ich glaube, mit dieser Aktion hat die Zahnärzteschaft (die 3 Säulen) sich gegenüber der gesamten restlichen Ärzteschaft der Lächerlichkeit preisgegeben.

Übrigens, etwa drei Stände weiter war der Stand der BARMER. Die werden der Begehrlichkeit ihrer Versicherer bestimmt nicht nachgeben, diese Leistungen in den Leistungskatalog zu überführen.

Zusätzliche Frage: Darf ein ZBV als Veranstalter für Fremdwerbung überhaupt auftreten?

*Dr. Harald F. Bauer
Herzogenaurach*

*Das schöne Lächeln Ihrer Patienten
ist unsere beste Empfehlung*

*...denn meisterliche Qualität ist auf
Dauer einfach preiswerter*

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg
Tel. 0941/791521

Ihre Zahn technikermeister

B. Paula
B. Hoffmann
W. Lipinski

Informationen über Kariesvorbeugung mit Fluorid jetzt auch im Internet

Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ informiert über Karies und Vorbeugungsmöglichkeiten

Wie entsteht Karies und wie lässt sich Karies vermeiden. Auf diese und andere Fragen finden interessierte Verbraucher jetzt auch im Internet eine Antwort. Unter der Adresse <http://www.Kariesvorbeugung.de> gibt die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde eine Fülle von Informationen über Ursachen und Entstehung von Zahnkaries und über Vorbeugungsmöglichkeiten.

Vorbeugen ist besser als Bohren: unter diesem Motto werden beispielsweise die vier Säulen der Kariesprophylaxe vorgestellt wie eine sinnvolle Ernährung, eine gewissenhafte Zahnpflege, die Zufuhr von Fluoriden und die regelmäßige zahnärztliche Kontrolle. Desweiteren erfährt der Betrachter, warum Fluorid ein so wichtiger Schutzfaktor für gesunde Zähne ist, welche Formen der Fluoridzufuhr in den verschiedenen Altersgruppen empfohlen werden und was es mit fluoridiertem Speisesalz auf sich hat.

Vorgestellt werden ferner aktuelle Informationsschriften über die Kariesprophylaxe, und zwar sowohl für Verbraucher als auch für Ärzte, Prophylaxekräfte und Fachkräfte der Ernährungsberatung. Alle vorgestellten Schriften sind kostenlos und können mittels E Mail direkt bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe angefordert werden.

Neu im Informationsschriftenangebot ist u. a. das Falblatt für die Verbraucherauf-

klärung »Pflege und Ernährung - Bausteine für gesunde und schöne Zähne«. Es gibt Tipps, die vom richtigen Putzen der Zähne mit dem richtigen Zubehör über die verschiedenen Möglichkeiten der Fluoridanwendung bis zum zahnfreundlichen Essen und Trinken inklusive des Umgangs mit Süßigkeiten reichen.

Das Falblatt gibt es kostenlos bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, Telefon: 06152/81466, Fax: 06152/81788, E-Mail: daz@Kariesvorbeugung.de

Mundtrockenheit erhöht Kariesrisiko

Für Fluoride ist es auch im Alter nicht zu spät - Guter Schutz vor Zahnwurzelkaries

Mundtrockenheit kann Karies auslösen. Darauf verweist die Zahnexpertin Privatdozentin Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien von der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde, Erfurt, auf der 7. Aachener Diätetik Fortbildung des Vereins zur Förderung der gesunden Ernährung und Diätetik (VFED) e.V., die vom 8. -10. Oktober im Universitätsklinikum in Aachen stattgefunden hat. Der Grund: Bei zu geringer Menge kann der Speichel seine reinigende Spülfunktion nicht mehr erfüllen. Es bilden sich Beläge, unter denen Karies entstehen kann.

Ursache für die mangelnde Speichelbildung sind neben einer zu geringen Flüssigkeitsaufnahme häufig Medikamente. Gegenwärtig sind mehr als 400 Medikamente bekannt, so die Expertin, die Mundtrockenheit verursachen. Dazu zählen beispielsweise Arzneimittel gegen Bluthochdruck, Allergien, Asthma, Parkinson, aber

auch Antidepressiva, Beruhigungs- und Entwässerungsmittel. Insbesondere bei Senioren ist Mundtrockenheit als Nebenwirkung von Medikamenten ein Problem. Sie tritt bei ihnen im Vergleich zu jüngeren Patienten mehr als doppelt so häufig auf und begünstigt hier auch die Zahnwurzelkaries, die gerade bei älteren Menschen ein besonderes Problem darstellt.

Darüber hinaus stellen Medikamente mit hohem Zuckergehalt einen weiteren Risikofaktor zur Auslösung von Karies dar. Privatdozentin Heinrich-Weltzien fordert daher auch für ältere Menschen die konsequente Anwendung von Fluoriden, die nachweislich in hohem Maße karies-schützende Eigenschaften besitzen. Der Schutzeffekt von fluoridhaltigen Zahnpasten wurde in einer Vielzahl von Untersuchungen bewiesen, so dass der tägliche Gebrauch entsprechender Pasten auch für Senioren die präventive Standardmaßnahme sein sollte.

Für Patienten mit Mundtrockenheit ist zusätzlich die tägliche Anwendung von Fluoridgelen oder von fluoridhaltigen Mundspüllösungen wichtig, um gegen Karies vorzubeugen. Eine optimale Schutzwirkung vor Karies wird erzielt, wenn zuätzlich zu diesen Pflegemaßnahmen fluoridiertes Speisesalz im Haushalt verwendet wird. Dieses Salz gilt nicht nur als preiswerte, sondern auch als sichere Fluoridquelle, denn Salzen vergisst schließlich kaum jemand.

Fazit der Expertin: Nach wie vor sei zu beobachten, dass die Vorzüge der Fluoride von älteren Patienten, aber auch von Zahnärzten unterschätzt werden. Dabei lohnt es sich in jedem Lebensalter, mit

Fluoriden, guter Mundhygiene und regelmäßigen Zahnarztbesuchen eine effektive Kariesvorsorge zu betreiben. Patienten mit Mundtrockenheit sollten außerdem auf regelmäßige und reichliche Flüssigkeitszufuhr achten.

*Verein zur Förderung der
gesunden Ernährung und Diätetik,
Aachen*

Intraorale Milchsäureproduktion während des Abbaus verschiedener Nahrungsmittel mit unterschiedlichem Kohlenhydratgehalt

*Zusammenfassung einer Studie von
Linke, Moss, Arav und Chiu aus der
Zeitschrift für Ernährungswissenschaft
Band 36, Heft 2 (1997)*

Nach dem Genuß von sechs zucker- und/oder stärkehaltigen Nahrungsmitteln (Schokoladeriegel, Kartoffelchips, gefüllter Keks, Würfelzucker, Rosinen und Geleebohnen) wurde der Kohlenhydratabbau und die Säureproduktion im Mund über zwei Stunden verfolgt und analysiert. Jedes Nahrungsmittel wurde an acht Probanden in Zeitintervallen von 30 min. untersucht. Die Freisetzung von Glukose und die Bildung von Milchsäure im Mund wurden mittels HPLC-Analyse qualitativ und quantitativ über zwei Stunden verfolgt und statistisch ausgewertet. Innerhalb der ersten 30 Minuten wurde Milchsäure in folgender Rangordnung produziert: (höchster Wert) Rosinen >Schokoladeriegel >Würfelzucker >Geleebohnen >gefüllter Keks >Kartoffelchips (niedrig-

ster Wert); nach 120 Minuten änderte sich diese Rangordnung wie folgt: Kartoffelchips >Geleebohnen >Würfelzucker >Schokoladenriegel >gefüllter Keks >Rosinen. Die Menge der produzierten Milchsäure war linear abhängig von der Menge der von den Speisen freigesetzten Glukose. Gekochte Stärke wurde im Mund über Maltotriose und Maltose zu Glukose abgebaut. Klebrige (zuckerhaltige) Nahrungsmittel (Schokoladenriegel) verlassen die Mundhöhle schneller als Nahrungsmittel, die gekochte Stärke enthalten (Kartoffelchips); letztere produzieren daher über einen längeren Zeitraum (2h) im Munde mehr Milchsäure.

Deutsche Gesundheitshilfe untersucht neue Ansätze in der Krebstherapie Gewinnt Vitamin C klinisch an Bedeutung?

Geforscht wird viel und seit vielen Jahren, wenn es darum geht die Geißel der Menschheit, den Krebs, wirksam zu bekämpfen. Wissenschaftlich und weniger wissenschaftlich. Schwerpunktindiziert oder unterstützend. Schulmedizinisch oder alternativ.

Für die Deutsche Gesundheitshilfe stellt sich daher immer wieder die Frage - besonders aus Sicht von Ärzten und Patienten: was ist tatsächlich dran an sog. neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen?

- Was können die Kliniken oder die niedergelassenen Fachmediziner tatsächlich mit den "medical news" in der Krebstherapie anfangen und wie lassen sich diese neuen Möglichkeiten in Klinik und Praxis umsetzen?

Und - last but not least - wie sieht es mit den Kosten für die Solidargemeinschaft aus? Denn gerade diese Frage - wie teuer werden nun neue medizinische Erkenntnisse für den Fall der Anwendung in Diagnostik und Therapie und inwiefern sind sie anwendbar in den Bereichen Prävention und Prophylaxe - wird in Zukunft richtungsweisende Akzente für alle neuen gesundheitlichen Maßnahmen setzen.

Vitamin C (Ascorbinsäure) - nur ein weißes Pulver aus der Drogerie oder Apotheke? Nur eine Nahrungsergänzung, die Ihr Patient bereits seit Jahren -- für wenige Mark sogar im Supermarkt kaufen kann?

Oder ein - in wissenschaftlich optimierter Darreichungsform - zunehmend unverzichtbarer Baustein anerkannter biologischer Krebs-Abwehrstrategien?

Bereits seit einigen Jahren wird Vitamin C als Adjuvans nicht nur international anerkannt, sondern auch klinisch in der biologischen Krebstherapie bei soliden Tumoren eingesetzt. Durch seine immunstimulierende, schmerzlindernde und das Allgemeinbefinden verbessernde Wirkung gewinnt die parenterale Vitamin C-Gabe zunehmend an Bedeutung. Allein in der Medline-Datenbank erschienen seit 1983 mehr als 3.400 Ausarbeitungen, die sich schwerpunktmäßig mit Vitamin C beschäftigen.

Jüngere Ergebnisse umfangreicher Forschungsaktivitäten zeigen, dass die Verabreichung von hohen Dosen Vitamin C sich positiv auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Krebspatienten auswirken kann.

Ohnehin weisen viele Tumorpatienten einen erheblichen Vitamin C-Mangel auf, so dass gerade unter den derzeit mögli-

chen wissenschaftlich anerkannten Therapieformen (Chemo- und Strahlentherapie) der Vitamin C-Spiegel häufig auf minimale Werte absinkt. Die klinischen Folgeerscheinungen sind bekannt.

Darüber hinaus können zytotoxische Eigenschaften - insbesondere bei speziellen Tumormformen - nachgewiesen werden. Eine 1999 durchgeführte in vitro-Studie zeigte, dass bestimmte Zytostatika in Kombination mit hoch dosiertem Vitamin C bei Mamma- und Lungen-Ca-Zellen zu einer synergistischen zytotoxischen Wirkung führten.

Aber gerade auch die adjuvante Therapie sowie der immer aktueller werdende Präventionsgedanke gewinnen zunehmend international an Bedeutung und sollten deshalb nicht unterschätzt werden. Eine ernsthafte wissenschaftliche Diskussion und Auseinandersetzung mit dieser Thematik erscheint deshalb wünschenswert.

Im Interesse einer erfolgreichen Therapie von Krebspatienten lohnt es sich, alle ernstzunehmenden Immunstabilisatoren umfangreicherer klinischen Prüfungen zu unterziehen.

Der parenterale Einsatz von Vitamin C hat offensichtlich in der Krebstherapie einen Status erreicht, nicht nur ernstgenommen sondern wissenschaftlich weiterverfolgt zu werden.

Ergänzende Fachinformationen (u.a. auch zu Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen) sowie Hinweise und Quellen zu dem Thema "Vitamin C in der Onkologie" erhalten Sie bei der

*Deutschen Gesundheitshilfe (DGH) e.V.
Sektion: Naturmedizin
Fachservice: "Vitamin C in der Onkologie"*

Last-Minute-Impfung: Wann geht's?

- Sinnvoll ist kurzfristiges Impfen gegen
 - **Tetanus**
 - **Diphtherie**
 - **Polio**
 - **Hepatitis A**
 - **Influenza**
 - **Meningokokken-Enzephalitis.**

- Keinen ausreichenden Schutz bietet kurzfristiges Impfen gegen
 - **Japan-B-Enzephalitis**
 - **Tollwut**
 - **FSME**
 - **Hepatitis B** (sofern keine Grundimmunisierung besteht).

Aktion "Frauen ans Netz"

Wie kürzlich die Antwort auf eine Anfrage im Bundestag ergab, sind Frauen als Internetnutzer und in den Kernberufen der Computerbranche deutlich unterrepräsentiert. Mit Blick auf die Bedeutung der Informations- und Kommunikationstechnologie für die Chancen auf dem Arbeitsmarkt wollen in einer konzertierten Aktion jetzt das Bundesbildungsministerium, die Bundesanstalt für Arbeit, die Telekom und die Zeitschrift Brigitte Frauen den Einstieg ins Netz erleichtern. Hierfür sind bundesweit in 101 Städten 1.200 kostenlose Internet-Seminare für Frauen geplant. Infos sind erhältlich über Tel. 0800/3308197

(Quelle: Sozialpolitische Umschau 33/1999).

DAZ-Aktivitäten im Vorbereitungsjahr der „Reform 2000“

1999 waren die verbandspolitischen Aktivitäten des DAZ klar dominiert von der Auseinandersetzung mit dem GKV-Reformgesetz 2000 und der bevorstehenden Tagung mit Gesundheitsministerin Fischer.

Fristgerecht lieferte der DAZ eine **Stellungnahme für die Anhörungen zu dem Gesetz** im Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestages, die erstmalig in Berlin stattfanden. Von den verschiedenen Anhörungstagen im September war der DAZ am 10.9.1999 präsent, als es um die Reform der Zahnmedizin ging. Der SPD-Abgeordnete Prof. Martin Pfaff staunte nicht schlecht, als er den DAZ zum ersten Fragenkomplex aufrief und von Wolfram Kolossa allerlei Kritisches zum Gesetzentwurf der Koalition zu hören bekam. Die zahnärztlichen Sachverständigen, egal von welchem Verband, stimmten in ihrer Kritik in vielen Punkten überein.

Kurz zuvor, Ende August, hatte man sich in Edewecht/Niedersachsen zu einer **DAZ-Ratssitzung** getroffen – zum einen, um die Anhörung vorzubereiten und auch sonst zu überlegen, wie der DAZ weiterhin auf Änderungen und Ausgestaltung der Reform Einfluß nehmen könnte. Zum anderen ging es um die **zahnärztlichen Vereine**, die seit Monaten in allen Regionen wie Pilze aus dem Boden sprießen. Verschiedene DAZler waren bereits angesprochen worden und berichteten von ersten Arbeitstreffen. Dabei scheint es im wesentlichen

zwei Typen von Zusammenschlüssen zu geben. Die einen erinnern an das berühmte „Pfeifen im Walde“, d.h. man will möglichst alle Kollegen vor Ort zusammenschweißen, um sicher zu gehen, daß keiner schwach wird, wenn die Kassen mit Einkaufsmodellen auf Zahnärztesuche gehen sollten. Die anderen sind nahezu das Gegenteil, nämlich mögliche **Vorläuferstrukturen von Verkaufsmodellen von Zahnärzten**. Hier werden konzeptionelle Fragen diskutiert, hier geht es um Qualitätsanforderungen, modifizierte Leistungskataloge, besondere Betreuungsangebote, Honorarforderungen usw. für den Fall, daß die vorhandenen (demnächst vielleicht zwangs-„professionalisierten“) Körperschaften nicht willens oder in der Lage sein sollten, die Interessen der ihnen angehörenden Zahnärzte gegenüber den Vertragspartnern zu vertreten. In diesem Fall möchten die Vereine Verhandlungskompetenz haben und mit einem für die Versicherten attraktiven Angebot günstige Vergütungsbedingungen für die Zahnärzte erzielen. Nicht ganz zufällig interessiert man sich für solche Konstruktionen vor allem in Niedersachsen und in Bayern. Zu den Realisierungschancen solcher Initiativen muß gesagt werden: noch liefert kein bestehendes Gesetz und auch nicht der rot-grüne Gesetzentwurf eine geeignete rechtliche Grundlage für alternative Vertragskonstruktionen. Bei „integrierten Modellen“ (§ 140a), die neu in das SGB V aufgenommen werden sollen, muß zwingend eine hausärztliche Kom-

ponente beteiligt sein, d.h. Zahnärzte, Kieferorthopäden usw. allein könnten ein solches Modell nicht ins Leben rufen. Beim Zusammenschluß mit Humanmedizinerinnen müßten Zahnärzte sich mit diesen ein gemeinsames Budget teilen. Schon dessen Berechnung wäre wahrscheinlich ein Abenteuer, von der Verteilung ganz zu schweigen. Eine naheliegendere Möglichkeit könnten Modellversuche nach den §§ 63 bis 65 SGB V sein, bei denen demnächst auch einzelne Zahnärzte oder Gruppen von Zahnärzten als Vertragspartner in Frage kommen werden. Allerdings fragt sich, ob man allerorten die „normale“ zahnmedizinische Versorgung als Modellversuch mit wissenschaftlicher Begleitung deklarieren und dafür Finanziers finden würde. Vorerst steht es also noch unverändert im Raum – das Vertragsmonopol der KZVen.

Ein ebenfalls sehr wichtiger Punkt der Edewechter Ratssitzung war die Vorbereitung der **DAZ-Jahrestagung** (JHV) am 2.10.1999, die inzwischen stattgefunden und deutliche Beachtung in zahnärztlichen Medien gefunden hat. Zu der Vormittagsveranstaltung mit Andrea Fischer bringt dieses Forum gleich mehrere Berichte und Beiträge. Am Nachmittag des 2.10.1999 stand die DAZ-Mitgliederversammlung (MV) auf dem Programm. Nach einer ausführlichen Nachlese zum Gespräch mit der Gesundheitsministerin und dem Bericht des Vorsitzenden über die Zeit seit der letzten JHV wurde ein **politischer Leittrag des Vorstands** einstimmig verabschiedet (siehe Seite 10). Ein Antrag zur Kooperation mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) wurde nach intensiver Debatte zurückgezo-

gen. Schließlich wurden Termin und Ort der nächsten Jahrestagung erörtert. Nach dem Beschluß der Versammlung soll im Jahr 2000 - genauer am **7.10.2000 - die DAZ-Jahrestagung wieder in Berlin** abgehalten werden. Weil Berlin nach wir vor für viele DAZler ein attraktiver Treff-Ort ist und weil die Berliner DAZ-Studiengruppe sich immer wieder sehr hilfreich an der Vorbereitung beteiligt. Dafür an dieser Stelle herzlichen Dank! Im ebenfalls vorgeschlagenen Weimar soll eine der nächsten DAZ-Ratssitzungen stattfinden.

Wie jedes Jahr mußten bei der MV verschiedene vereinsrechtlich relevante Punkte wie Kassen(prüfungs)bericht, Entlastung des Vorstandes, Prüferwahl für 1999, Haushaltsplanung für 2000 usw. abgearbeitet werden. Dabei wurde ebenso wie zuvor bei der berufspolitisch-inhaltlichen Diskussion deutlich, daß der DAZ zwar eine Menge auf die Beine stellt, die personelle und materielle Basis hierfür aber sehr bescheiden ist. An alle Mitglieder darum der Appell: überlegen Sie, ob Sie nicht die DAZ-Aktivitäten stärker unterstützen können! **Wir brauchen Mitstreiter** – z.B. in der Forum-Redaktion (in der zur Entlastung von Chefredakteur Dr. Hanns-W. Hey im Jahr 2000 Dr. Till Ropers, Dr. Ulrich Happ und die Studiengruppe Oldenburg je eine Forum-Ausgabe redaktionell betreuen werden). Ebenso können wir in den Referaten und Arbeitsgruppen, beim Wahrnehmen von politischen Terminen, beim Kontaktieren potentieller neuer Mitglieder usw. zusätzliche Mitstreiter gebrauchen. Nicht zuletzt wäre es eine große Hilfe, wenn Forum-Leser durch Ansprechen von Firmen für mehr Anzeigeneinnahmen unserer Zeitschrift sorgen würden (s.S. 69).

Einen krönenden Abschluß gab's bei der MV natürlich auch noch: die Wahl des neuen Vorstandes. Wer hier an pfründereiche Posten wie bei großen Verbänden und Körperschaften denkt, dem sei erläutert, daß es sich im DAZ um Ehrenamtlichkeit im absoluten Wortsinne handelt. Von KassiererIn Dr. Swantja Bielski aus Berlin, die nicht wieder kandidierte, abgesehen, trat die bisherige Mann/Frauschaft wieder an, erweitert noch um einen, der de facto ohnehin dazugehörte: Dr. Roland Ernst aus Edewecht, über 10 Jahre lang Vorsitzender des DAZ. Mit Dank an Frau Dr. Bielski und den besten Wünschen an das neue/alte Vorstandsteam schloß die Versammlung.

Der neue DAZ-Vorstand:

— 1. Vorsitzender :

Zahnarzt Wolfram Kolossa, Bahnhofstr.43, 24217 Schönberg/Holstein, Tel. 04344/9020, Fax 04344/3349, E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

— Stellvertretende Vorsitzende:

Zahnärztin **Dr. Annette Bellmann**, Parkaue 37, 10367 Berlin, Tel./Fax 030/559-4147

— Stellvertretender Vorsitzender:

Zahnarzt **Dr. Roland Ernst**, Waldblick 2, 26188 Edewecht, Tel. 04486/6925, Fax 04486/8820, E-Mail Ernst.Roland@t-online.de

— Stellvertretender Vorsitzender:

Zahnarzt **Dr. Kai Müller**, Hauptstr. 26, 82229 Seefeld, Tel. 08152/98720 o.79646, Fax 08152/980880, E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de

— Kassierer : Zahnarzt

Dipl.-Med. Steffen Schmidt, Miltitzer Str. 1, 04430 Leipzig-Burghau-

sen, Tel./Fax 0341/4415982, E-Mail Steffen.Schmidt@t-online.de

Ergänzend sei hinzugefügt: Dr. Kai Müller ist zugleich Koordinator der DAZ-internen online-Kommunikation. Wer in die **DAZ-E-Mail-Liste** aufgenommen werden möchte, setze sich mit ihm in Verbindung. Über weitere Ansprechpartner informiert das neu herausgekommene „Who is Who im DAZ“, anforderbar über die DAZ-Geschäftsstelle. Dort ist im übrigen, wenn ein Mitglied noch mehr über die DAZ-Mitgliederversammlung wissen will, auch das Protokoll der Sitzung am 2. 10.1999 erhältlich.

Soviel für dieses Mal – mit freundlichen Grüßen von

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

Im letzten Forum 66/99 hat Dr. Ulrich Happ aus Hamburg einige Fakten zum Thema Praxislabor zusammengetragen. Ohne detaillierte Analysen wird die Laborgründung schnell zum wirtschaftlichen Flop. Ein interessantes Modell ist möglicherweise eine Praxislabor-Gemeinschaft, bei der allerdings die steuerliche und arbeitsrechtliche Situation vorher genau geklärt werden muß. Interessierte können bei der DAZ-Geschäftsstelle ergänzende Materialien (Hinweise zu Eingliederungs- und Einstellungszuschüssen, eine Lohn- und Gehaltstabelle für Zahntechniker) sowie - zum Prüfen von Alternativen - Infos zum Thema Auslandszahnersatz anfordern. Bitte 5 DM in Briefmarken beifügen.

DAZ wünscht Koalition noch mehr Mut zu Verbesserungen des Reformentwurfs

Fazit der DAZ-Jahrestagung

8. Oktober 1999 - Bei der Jahrestagung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV Virchow-Bund am 2.10.1999 in Berlin diskutierte Gesundheitsministerin Andrea Fischer sachkundig und detailliert mit den überwiegend zahnärztlichen Teilnehmern die Reformabsichten der Regierung und Kritikpunkte und Alternativvorschläge von zahnärztlicher Seite.

Dabei konnte die Ministerin über einige kürzlich von der Koalition beschlossene Änderungsanträge berichten. So ist inzwischen die Mitbestimmung der Krankenkassen über die innerzahnärztliche Honorarverteilung vom Tisch; die Kassen sollen nur noch "ins Benehmen gesetzt" werden. Ebenfalls hat man erkannt, daß die Begrenzung auf GOZ-Faktor 2,3 bei außervertraglichen Adhäsivfüllungen absolut nicht aufwandsentsprechend ist. Neuerdings soll hier in der Übergangszeit bis zum Beschluß des Bundesausschusses Faktor 3,5 als Obergrenze angesetzt werden. Aufgeschlossen zeigte sich Andrea Fischer auch gegenüber der vom DAZ und von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) seit Jahren vorgebrachten Forderung, die Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den Kosten der Gruppenprophylaxe, die auch privat versicherten Kindern und Jugendlichen zugute kommt, gesetzlich zu verankern.

Der DAZ begrüßt diese Vorhaben als Schritte in die richtige Richtung, mahnt jedoch weiterhin dringenden Veränderungsbedarf am Reform-Entwurf an. Die einseitige Verschiebung staatlicher Aufgaben zu den Krankenkassen, die als Verwalter eines Globalbudgets mit übermäßigen Rechten ausgestattet werden, bringt das System in Schiefelage. Die Entrechtung der Leistungsträger, z.B. durch "professionalisierte Körperschaften" oder übermäßig einengende Mehrkostenregelungen, führt zum Verlust von Unrechtsbewußtsein. Eine höhere Reglungsdichte, mit noch mehr Sanktionen belegt, produziert lediglich neue und andere Umgehungsstrategien. Die Deckelung ausnahmslos aller Bereiche, auch der Prophylaxe, erschwert die von allen gewollte Umsteuerung zu einer präventions- und zahnerhaltungsorientierten Versorgung. Die in Aussicht gestellte Modernisierung von Leistungskatalog und Bewertungen ist nur dann ein Fortschritt, wenn betriebswirtschaftliche Kriterien Berücksichtigung finden und das gesetzliche Leistungsangebot den budgetierten Mitteln angepaßt wird.

Abschließend hob der DAZ-Vorsitzende Wolfram Kolossa hervor, daß der sachliche und konstruktive Dialog, wie jetzt bei der Tagung mit Frau Fischer erlebt, unbedingt weitergeführt werden müsse. Derzeit sei zu beobachten, daß verschiedene Beteiligte voneinander abgeschottet an Konzepten für die Zukunft arbeiten. Stattdessen brauche es einen großen "runden Tisch": mit Vertretern der Politik, der Kassen - und mit den gewählten Vertretern der Zahnärzteschaft. Nur gemeinsam sei eine sinnvolle Strukturreform zu verwirklichen.

Kurzmeldungen

Berliner Chefärzte kassieren – den Kliniken entgehen Millionen

Der Bund der Steuerzahler hat die Nebeneinkünfte von 150 Professoren von Charité und Steglitzer Klinikum „Benjamin Franklin“ untersucht. Die Mediziner kassieren jährlich „nebenher“ ca. 62,7 Mio DM für private Behandlungen und nutzen dabei öffentlich finanzierte medizinische Geräte und Einrichtungen. Die Wissenschaftsverwaltung sieht sich nicht in der Lage, die nach der Hochschulnebenberufungsverordnung abzuführenden Gewinnanteile vollständig einzufordern. Bernd Köppl von den Grünen: „So subventioniert die arme Berliner Landeskasse medizinische Millionäre.“ (Berliner Zeitung vom 25.10.1999)

Neue Broschüre und Internetangebot der IfK

Unter dem Titel „Pflege und Ernährung – Bausteine für gesunde und schöne Zähne“ hat die DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) eine neue 12-seitige Broschüre im Leporello-Format herausgebracht. Sie kann kostenlos in größeren Mengen zum Verteilen angefordert werden: Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, Tel. 06152/81466, Fax 06152/81788, E-Mail praxis.press@t-online.de. Oder Sie bestellen gleich via Internet und gucken sich auch noch das neue Web-Angebot der IfK an unter: www.Kariesvorbeugung.de

Sicherheit für medizinische Daten

Intel und die American Medical Association wollen gemeinsam ein elektronisches Ausweissystem für den Transfer medizinischer Daten per Internet entwickeln.

Wie diese sensibelsten aller persönlichen Daten vor Mißbrauch geschützt werden können, damit hat sich auch die bei der EUZ-Kommission in Brüssel angesiedelte „Europäische Gruppe für Ethik der Naturwissenschaften und der Neuen Technologien“ (kurz: „Infoethik“) beschäftigt und Empfehlungen an die EU formuliert (EU-Informationsbrief Gesundheit 4/99).

Fast 9 Mrd. DM für selbstbezahlte Arznei

1998 gaben die Bundesbürger knapp 9 Mrd. DM für freiverkäufliche Medikamente aus, vor allem für Präparate gegen Husten und Erkältung, für Magen- und Verdauungsmittel sowie für Schmerzmedikamente und Vitamin- und Mineralstoff-Produkte (dpa 5.10.1999). Die Ausgaben der Bevölkerung für Medikamente liegen natürlich noch höher – hinzu kommt insbesondere die Medikamenten-Selbstbeteiligung bei verschreibungspflichtigen Mitteln.

Gesundheitsinfos durchs Fernsehen

Zur Senkung der Gesundheitsausgaben soll in Großbritannien ein interaktives Fernsehprogramm zu Gesundheitsfragen, gekoppelt mit einem Rund-um-die-Uhr Call-Center des National Health Service, beitragen. Patienten werden von geschulten Krankenschwestern, die al-

lerdings keine Diagnose stellen, beraten (FR 6.10.1999).

Krankenversicherung für Studenten über 30

Das Bundessozialgericht hat entschieden, daß Studenten über 30 (Grenze der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Studenten), die nebenbei arbeiten, sich freiwillig versichern und ihre Krankenversicherung allein tragen müssen. Werkstudenten sind prinzipiell von der Versicherungspflicht befreit (B 12 KR 1/99).

Rot-Grün will Kassenwahl beschränken

Gewinner der Wahlfreiheit für Versicherte waren bisher in erster Linie die 351 bundesdeutschen Betriebskrankenkassen, die inzwischen über 1 Million Mitglieder mehr aufweisen und sich zur drittgrößten Kassenart gemausert haben. Ihr attraktivstes Merkmal: niedrige Beitragssätze (Beispiel einer für NRW geöffneten Kasse: BKK Krupp Hoesch Stahl AG, Bochum, Beitragssatz 11,0 %). Offensichtlich haben sich größere Kassen beschwert und die „Rosinenpickerei“ der BKK's moniert. Im Rahmen der GKV-Reform 2000 will die Koalition daher die Gründung und Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen zeitlich begrenzt verbieten, um der angeblichen Wettbewerbs-Verzerrung entgegenzuwirken.

Tatsache ist, daß bisher exklusive Kassen, wenn sie sich regional begrenzt oder bundesweit öffnen, jeden Versicherungswilligen aufnehmen müssen, ob Gutverdiener, Rentner, Sozialhilfeempfänger, Kinderreicher usw. Sie müs-

sen auch am Risikostrukturausgleich teilnehmen und die gesamte Palette der gesetzlichen Leistungen anbieten. Allerdings haben sie vielleicht keine Verwaltungspaläste, keine Niederlassung in Mallorca; sie präsentieren sich auch nicht in Fernsehwerbespots und zahlen ihren Geschäftsführern keine 400.000 DM Jahresgehalt.

Als Versicherter kann man sich hier nur für dumm verkauft vorkommen. Was soll die Freiheit der Kassenwahl, wenn der Staat ständig reglementierend eingreift! Entweder ist Wettbewerb unter Kassen richtig und gewünscht. Dann muß man ihn sich auch entwickeln lassen. Vielleicht können gerade die kleineren und neueren Kassen vormachen, wie man mit schlanken Strukturen arbeitet und innovative Konzepte umsetzt.

Oder aber man kommt zu der Bewertung, daß Wettbewerb, der als Parameter auch eine Differenzierung der Beitragshöhen einschließt, im Bereich der GKV unsinnig und mit dem Gedanken der Solidarität unvereinbar ist. Dafür spricht einiges. Zum Beispiel gibt es kostentreibendes Konkurrenzgebaren bei einigen Kassen, ohne daß damit die Gesundheit der Versicherten gefördert würde.

Noch bedenklicher ist, daß jede Kasse, die das täte, was sie eigentlich soll, nämlich sich intensiv um Kranke kümmern, zum Magnet für „schlechte Risiken“ und damit zum potentiellen Pleitefall würde, nach dem Motto: „Der Wettbewerb frißt seine Kinder.“ Wer wiederum erfolgreich im Wettbewerb ist, muß nicht zwangsläufig den Interessen der Versicherten und Patienten am besten dienen.

Was bleibt dem Versicherten angesichts dieses Dilemmas: auf jeden Fall die For-

derung nach mehr Transparenz, Transparenz über das Leistungsgeschehen, aber auch Transparenz in Bezug auf das

Nach welchem Individuum richtet sich „individuelle Behandlung“?

Daß zahnärztliche Behandlung keine Massenabfertigung nach Schema F, sondern ganz individuell auf jeden Patienten, seinen Bedarf und seine Wünsche zugeschnitten ist, werden die zahnärztlichen Körperschaften und viele Zahnärzte nicht müde zu betonen. Insbesondere nach Erscheinen der heiß umstrittenen Studie des WIDO-& IFAV-Institutes und der Autoren Bauer und Huber wurde genau dieses Argument als Erklärung für die große Varianz von Therapievor schlägen herangezogen. Hier kann man nur sagen: ein krasser Denkfehler! Wenn 10 verschiedene Patienten mit ähnlichem Befund zu einem Zahnarzt gehen und dabei unterschiedliche Behandlungspläne resultieren, kann dies für Berücksichtigung individueller Besonderheiten sprechen. Aber wenn ein und derselbe Patient mit seinem immer gleichen Gebiß und identischen Äußerungen über seine Beschwerden und Wünsche 10 verschiedene Zahnärzte aufsucht und 10 unterschiedliche Vorschläge mit nach Hause bringt, dann hat das mit seiner Individualität nicht viel zu tun. Was sich hier spiegelt, sind die Erfahrungen der beteiligten Zahnärzte, ihr Behandlungsspektrum, auch ihre Vorlieben und Beschränktheiten – mit anderen Worten: hier zählt die Individualität des Zahnarztes (siehe auch S.34).

(I. Berger-Orsag)

**Nächster Redaktionsschluß:
21.01.2000**

DAZ-forum auch im Jahr 2000?

*Liebe DAZ-Mitglieder,
liebe forum-Leser/innen!*

Vielleicht haben Sie's schon gemerkt: das Anzeigenaufkommen im forum nimmt ab. Dies stellt die Zukunft unserer Zeitschrift in Frage, denn wie fast alle Medien im dentalen Bereich sind wir, obwohl unsere Autoren auf Honorar verzichten, auf Finanzierung durch Anzeigen angewiesen.

Darum der Appell an unsere Leser: machen Sie mit! Fordern Sie die forum-Mediadaten an und sprechen Sie mit Ihrem Dental-Labor, Ihrer Bank, Ihrem Autohändler und anderen Firmen, mit denen Sie zu tun haben.

Damit auch im neuen Jahrtausend so manche Information verbreitet werden kann, die nicht von Pischel oder den Körperschaftsblättern gedruckt wird, und damit ein forum da ist für kontroverse Diskussion.

*Hier bekommen Sie die Mediadaten:
Tel. 0221/973005-45, Fax /7391239,
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de*

Gebaren der Krankenkassen. Und die Forderung nach konkreten Einflußmöglichkeiten. Die Stimmabgabe bei den Sozialwahlen ist jedenfalls nicht genug.

(I. Berger-Orsag)

Leserbriefe Leserbriefe Leserbriefe Leserbriefe

Betr. Berliner Probleme, forum 66, S.16

Im DAZ-forum 66/1999 veröffentlichten Sie unter dem Titel »Berlin im Juli '99« aus der Feder der Kollegin Swantja Bielski eine Situationsdarstellung, die in entscheidenden Passagen von ihr so verfälscht wiedergegeben wird, daß sie einer sachlichen Korrektur dringend bedarf. Ohne ins Detail zu gehen, seien nur die gravierendsten Ausrutscher benannt: Falsch ist zunächst die Behauptung, über die in der Tat katastrophale Berliner Honorarsituation "habe zuerst die Presse und nicht die Berliner Standesvertretung informiert". Die KZV informierte am 29.6.1999 mit einem mit dem Zustellungsvermerk "Persönlich" gekennzeichneten Rundschreiben die Berliner Zahnärzteschaft. Die Presse, die dennoch in den Besitz dieses "persönlichen Rundschreibens" gekommen war, stützte ihre Meldungen auf diese Ausführungen.

An dieser Stelle erlaube ich mir, den Versuch zu unternehmen, die zweifellos komplizierte Honorarsituation in Berlin zu erläutern: Mit dem 1.1.1995 wurde lt. Einigungsvertrag in Berlin das Sozialrecht vereinheitlicht. Zwei unterschiedliche Budget-Ebenen - nämlich Ost und West mußten miteinander verschmolzen werden. Um vom erstmals ab 1.1.1996 wieder budgetfreien Vertragszeitraum halbwegs akzeptable Punktwerte in die Zukunft zu retten, wurde bereits im Jahr 1995 mit den Krankenkassen unter seinerzeitiger Billigung der Aufsichtsbehörde ein Mindest-Ausgangspunktwert für 1996 vertraglich geregelt. Dieser wurde auch in den Folgejahren von

den Krankenkassen gezahlt, allerdings aus deren Sicht immer im Blick auf ein Budget. Wir haben als KZV also nicht nach Frau Bielski mit einem "zu hohen Punktwert gerechnet", sondern die Kassen haben ihn zunächst gezahlt; und wir haben ihn verteilt, oder sollten wir in der KZV etwa Gelder horten...!? Das hätte vermutlich lediglich den Beifall der Frau Bielski gefunden...!

"Das Fazit dieser Zusammenhänge ist folgendes:

1. Die 10 %igen Einbehalte bei Abschlagszahlungen im Jahr 1998 dienten der Deckung der Überzahlung 1997.
2. Im Jahr 1997 muß HVM-gerecht abgerechnet werden, d.h. jede Praxis wird unterschiedlich - also individuell - betroffen sein. Die o.a.10 % waren quasi ein pauschaler Einbehalt. Dieser muß nun praxisbezogen ermittelt und verrechnet werden.
3. Das Jahr 1998 ist das eigentliche Problem, da wir für diesen Zeitraum bisher keine Einbehalte vorgenommen haben; denn
4. die 10 %igen Einbehalte im laufenden Jahr 1999 dienen allein einem uns durch das Vorschaltgesetz aufgezwungenen quartalsweisen Budgetausgleich und damit dem ständigen Ausgleich von Minderzahlungen der Krankenkassen."

Diese in Parenthese gesetzten Passagen sind Originaltexte des Rundschreibens, das für Frau Bielski aus "wirren und komplizierten Sätzen" besteht. Vorsorglich hatten wir noch folgenden Absatz angefügt: "Das alles ist eine so komplexe Materie, daß sie kaum jemand be-

greifen kann, am allerwenigsten der Gesetzgeber selbst - sonst würde er mit dem Globalbudget nicht schon wieder die gleichen Fehler in die Strukturreform 2000 einbauen, mit denen wir seit 1993 chronisch zu kämpfen haben!

Und nun verlangt Frau Bielski von uns, die Idee eines Globalbudgets ins Auge zu fassen. Und das noch im Jahre 1998, als der Zahnersatz Kostenerstattungsleistung auf der Basis der GOZ war und gar nicht über die KZVen abgerechnet wurde. Für 1999 gibt das Gesetz eine strikte Trennung zweier Budgets vor, einerseits KCH, KBR und PAR, andererseits ZE/KFO.

Das alles sollte sich Frau Bielski ins Gedächtnis zurückrufen, bevor sie sich journalistisch betätigt. In einem Punkt hat Frau Bielski recht, wenn sie nämlich behauptet, »verbandsinterne Polemik sei nicht mehr von offiziellen KZV-Schreiben zu unterscheiden.« Hier wurde ein Aufruf zweier Verbände, von dem wir ursprünglich ausgingen, alle Verbände würden ihn mittragen - auch der DAZ -, versehentlich ohne Absenderangabe von der KZV verschickt. Ich habe diesen »Betriebsunfall« in der Vertreterversammlung am 30. August 1999 selbst thematisiert, um allen Interessierten Gelegenheit zu geben, ihre Kritik an den Mann zu bringen und darüber zu diskutieren. Dieser einzige Treffer der Frau Bielski verwischt jedoch nicht die deutliche Tendenz ihrer Ausführungen, ohne Ansehen der speziellen Sachzwänge in Berlin die Arbeit des Vorstandes mieszumachen. Ich habe mir inzwischen ein dickes Fell angeeignet und handele mir möglicherweise wieder den Vorwurf ein, belehrend zu reagieren. Na, und!?

Die Gefahr, belehrend zu wirken, wächst mit dem Grad des Unsinn, dem man begegnen muß!

Dr. J. Seligmann, Vors. der KZV Berlin

Sehr geehrter Herr Kollege Seligmann

Was das Verhehlen von Verwundung angeht, von dem Sie sprechen, so geht es mir wie Ihnen, wenn ich an Zufall glauben soll, was die fast gleichzeitigen Veröffentlichungen in unseren jeweiligen Zeitungen betrifft (siehe S.37).

Ihr ungenannter Autor hat in seinem Editorial jedenfalls derart voll daneben gegriffen, daß ich nur hoffen kann, daß er keine berufspolitischen Funktionen hat. Es ist genau diese Mischung von Feindbild und fehlender Sachkenntnis, die die standespolitische Landschaft vergiftet und uns in die jetzige Situation gebracht hat. Der Anlaß, bei dem wir uns kennengelernt haben, lieber Herr Kollege Seligmann, galt der Überwindung dieser Geisteshaltung. Ich denke gern daran zurück. Offenbar sind wir aber noch meilenweit davon entfernt Lassen Sie uns dennoch gemelnsam weiter daran arbeiten.

Dr. Roland Ernst, Edeweicht

Sehr geehrter Herr Friel,

schönen Dank für Ihren Brief zu meinem Interview im DAZ-Forum, in dem ich mich gegen die Verwendung von Zwangsgeldern für die ZM ausgesprochen und gefordert habe, die ZM solle sich auf dem Zeitschriftenmarkt ohne Subventionen behaupten. Sie haben geantwortet, die ZM

nen Leserbrief zu schreiben. Jeder von uns hat die Freiheit, das System zu verlassen und seine Kassenzulassung zurückzugeben. Wer das nicht will, soll konstruktive Vorschläge - zur Umstrukturierung des BEMA z.B. - zur Umgestaltung und Verbesserung des Systems machen, soll sich an der Neubeschreibung des Leistungskatalogs oder der Definition der Modellpraxis beteiligen. Da gibt es viel Nützliches zu tun!

Also lassen Sie uns aufhören mit den Klagen und an die Arbeit gehen - gemeinsam!

*Mit freundlichem Gruß-
Ihr Hanns-W. Hey*

Lieber Herr Kollege Hey,

Sie schreiben, die Politik hat Sie (den DAZ) benutzt. Mit welchem Selbstverständnis reagiert man dann? Wenn selektive Wahrnehmung ein »politik-immanentes« Verhalten nahezu aller Parteien ist, sind dann die Parteien überhaupt dialogfähig? In einem interessanten Artikel der SZ wurde über den Verfall des Begriffs »Dialog« geschrieben. Die Dialoge der Politik (»Dialog mit der Jugend«) sind eben keine Gespräche mit Austausch und Reflektion, sondern Monologe der Politik zur Erklärung, Rechtfertigung und Bestärkung der eigenen Position. Daher scheitern sie auch. Dialog setzt Zuhören, kritisches Hinterfragen der eigenen Position und ggf. Änderung der eigenen Position voraus. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, ist es per definitionem kein Dialog mehr. Werden dann eigene Vorschläge gegen einen selbst gerichtet -

und diese Situation ist es ja - kann dann überhaupt ein Gespräch, wie es unter gesitteten Menschen üblich sein sollte, noch Sinn haben? Die Gesprächskultur hat insgesamt nachgelassen, Verteilungskämpfe der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen (Alt gegen Jung, Arm gegen Reich, Arbeit-habende gegen Arbeitslose) werden radikaler. Beispielhaft sei die Intervention der Automobillobby oder Versicherungsgesellschaften zu Beginn der rot-grünen Regierung erwähnt. Ich habe den Eindruck, alle Gruppen (Rentner, Beamte, Hausbesitzer, Autobesitzer, Erben) werden »angetestet« und wer am wenigsten aufbegehrt, bekommt den Schierlingsbecher gereicht. Unter diesen groben Sprach- und Drohklötzen gerät eine sachliche Stimme einfach unter die Räder. Diese Entwicklung bedaure ich zutiefst, allein aufhalten kann ich sie nicht.

Der Begriff »nützliche Idioten« hat Sie getroffen. Aus dem eben Gesagten wird hoffentlich deutlich, daß dieser Begriff positiv gemeint war und mitnichten polemisch interpretiert werden sollte. Auch ich war - und bin noch - Teil dieses nützlichen Idioten, dieses gebrauchten oder besser mißbrauchten Verbandes. Es ist erklärend vielleicht besser, von mißbrauchten Idealisten zu sprechen. Ich hege weiterhin viel Sympathie für den DAZ und die Art, Sichtweisen vorzutragen - aber es wird eben gegen uns selbst gerichtet verandt! Dann nicht zu reagieren, über das »Wie« kann man sicher unterschiedlicher Meinung sein, ist aus meiner Sicht einfach falsch.

*Mit freundlichen Grüßen
Ihr Wolfgang Abel*

Buchbesprechungen Buchbesprechungen

Klaus-Dieter Hellwege

Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe

Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie, 5., vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage 1999. XIV, 335 Seiten, 298 Abbildungen, 44 Tabellen, gebunden, DM 188 Hüthig-Verlag ISBN 3-7785-3310-X

Nachdem Prävention und Prophylaxe immer mehr an Bedeutung gewinnt in der zahnärztlichen Praxis, gibt es natürlich auch eine gesteigerte Nachfrage nach guten, praxisnahen Büchern zu deren Umsetzung in den Praxisablauf. Hellwege ist mit seinem Buch ein übersichtliches, enorm praxisnahes und zum Teil sehr detailliertes Nachschlagewerk zur Umsetzung der Prophylaxe in die eigene Praxis gelungen.

Kurz und knapp, aber ausreichend wird auf den ersten 50 Seiten auf die Grundlagen der Mundhöhle, der Gingiva, der Plaque eingegangen, um dann etwas intensiver auf unterschiedliche Diagnosemethoden der Plaque (z.B. Indices, Speicheltests, Risikodiagnostik, etc.) einzugehen.

Ausführlich wird in zwei verschiedenen Kapiteln das Thema Zahnreinigung wie, wann, womit an den einfach zu erreichenden 60% des Zahnes und an den schwieriger zu reinigenden, interdentalen 40% des Zahnes erläutert. Die unterschiedlichen Putztechniken und ihre Anwendungsgebiete aber auch elektri-

sche Alternativen werden beschrieben. Fast vorurteilsfrei wird auf die unterschiedlichen Möglichkeiten eingegangen, so daß sich der Leser/in selbst seine/ihre Meinung bilden kann. Einen umfangreichen Teil nimmt das Kapitel Fluoridpräparate ein, in dem noch einmal genau auf Vorkommen, Wirkungsweise und Einsatzgebiet und Techniken der Fluoridierung eingegangen wird.

Damit man gut mit Argumenten gegenüber dem Patienten versorgt ist, werden dem Thema Zucker und Zuckersubstitute und damit zusammenhängend der Ernährungsberatung größerer Raum gegeben.

Ein schwieriges und nicht zu unterschätzendes Kapitel, die Patientenmotivation, wird vom Autor sehr detailliert und mit psychologischen Tips und Tricks ausgeführt, so daß man von einer guten Umsetzbarkeit in die tägliche Praxis ausgehen kann. Ähnlich wichtig sind seine Tips für den Aufbau eines Recall-Systems für die Praxis, so daß ein dauerhafter Erfolg der Prophylaxe gewährleistet ist.

Ein Hauch Abrechnungsunterstützung der Individualprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen folgt am Ende mit der Beschreibung der Bedeutung und Umsetzbarkeit der Gruppenprophylaxe für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Insgesamt ist es ein gelungenes Buch für die Weiterbildung oder Auffrischung des Wissens aller Mitglieder einer Zahnarztpraxis, da es sehr übersichtlich gegliedert ist, man schnell durch die farbige

nen Leserbrief zu schreiben. Jeder von uns hat die Freiheit, das System zu verlassen und seine Kassenzulassung zurückzugeben. Wer das nicht will, soll konstruktive Vorschläge - zur Umstrukturierung des BEMA z.B. - zur Umgestaltung und Verbesserung des Systems machen, soll sich an der Neubeschreibung des Leistungskatalogs oder der Definition der Modellpraxis beteiligen. Da gibt es viel Nützliches zu tun!

Also lassen Sie uns aufhören mit den Klagen und an die Arbeit gehen - gemeinsam!

*Mit freundlichem Gruß-
Ihr Hanns-W. Hey*

Lieber Herr Kollege Hey,

Sie schreiben, die Politik hat Sie (den DAZ) benutzt. Mit welchem Selbstverständnis reagiert man dann? Wenn selektive Wahrnehmung ein »politik-immanentes« Verhalten nahezu aller Parteien ist, sind dann die Parteien überhaupt dialogfähig? In einem interessanten Artikel der SZ wurde über den Verfall des Begriffs »Dialog« geschrieben. Die Dialoge der Politik (»Dialog mit der Jugend«) sind eben keine Gespräche mit Austausch und Reflektion, sondern Monologe der Politik zur Erklärung, Rechtfertigung und Bestärkung der eigenen Position. Daher scheitern sie auch. Dialog setzt Zuhören, kritisches Hinterfragen der eigenen Position und ggf. Änderung der eigenen Position voraus. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, ist es per definitionem kein Dialog mehr. Werden dann eigene Vorschläge gegen einen selbst gerichtet -

und diese Situation ist es ja - kann dann überhaupt ein Gespräch, wie es unter gesitteten Menschen üblich sein sollte, noch Sinn haben? Die Gesprächskultur hat insgesamt nachgelassen, Verteilungskämpfe der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen (Alt gegen Jung, Arm gegen Reich, Arbeit-habende gegen Arbeitslose) werden radikaler. Beispielhaft sei die Intervention der Automobillobby oder Versicherungsgesellschaften zu Beginn der rot-grünen Regierung erwähnt. Ich habe den Eindruck, alle Gruppen (Rentner, Beamte, Hausbesitzer, Autobesitzer, Erben) werden »angetestet« und wer am wenigsten aufgehehrt, bekommt den Schierlingsbecher gereicht. Unter diesen groben Sprach- und Drohklötzen gerät eine sachliche Stimme einfach unter die Räder. Diese Entwicklung bedaure ich zutiefst, allein aufhalten kann ich sie nicht.

Der Begriff »nützliche Idioten« hat Sie getroffen. Aus dem eben Gesagten wird hoffentlich deutlich, daß dieser Begriff positiv gemeint war und mitnichten polemisch interpretiert werden sollte. Auch ich war - und bin noch - Teil dieses nützlichen Idioten, dieses gebrauchten oder besser mißbrauchten Verbandes. Es ist erklärend vielleicht besser, von mißbrauchten Idealisten zu sprechen. Ich hege weiterhin viel Sympathie für den DAZ und die Art, Sichtweisen vorzutragen - aber es wird eben gegen uns selbst gerichtet verwandt! Dann nicht zu reagieren, über das »Wie« kann man sicher unterschiedlicher Meinung sein, ist aus meiner Sicht einfach falsch.

*Mit freundlichen Grüßen
Ihr Wolfgang Abel*

Buchbesprechungen Buchbesprechungen

Klaus-Dieter Hellwege

Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe

Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie, 5., vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage 1999. XIV, 335 Seiten, 298 Abbildungen, 44 Tabellen, gebunden, DM 188 Hüthig-Verlag ISBN 3-7785-3310-X

Nachdem Prävention und Prophylaxe immer mehr an Bedeutung gewinnt in der zahnärztlichen Praxis, gibt es natürlich auch eine gesteigerte Nachfrage nach guten, praxisnahen Büchern zu deren Umsetzung in den Praxisablauf. Hellwege ist mit seinem Buch ein übersichtliches, enorm praxisnahes und zum Teil sehr detailliertes Nachschlagewerk zur Umsetzung der Prophylaxe in die eigene Praxis gelungen.

Kurz und knapp, aber ausreichend wird auf den ersten 50 Seiten auf die Grundlagen der Mundhöhle, der Gingiva, der Plaque eingegangen, um dann etwas intensiver auf unterschiedliche Diagnosemethoden der Plaque (z.B. Indices, Speicheltests, Risikodiagnostik, etc.) einzugehen.

Ausführlich wird in zwei verschiedenen Kapiteln das Thema Zahnreinigung wie, wann, womit an den einfach zu erreichenden 60% des Zahnes und an den schwieriger zu reinigenden, interdentalen 40% des Zahnes erläutert. Die unterschiedlichen Putztechniken und ihre Anwendungsgebiete aber auch elektri-

sche Alternativen werden beschrieben. Fast vorurteilsfrei wird auf die unterschiedlichen Möglichkeiten eingegangen, so daß sich der Leser/in selbst seine/ihre Meinung bilden kann. Einen umfangreichen Teil nimmt das Kapitel Fluoridpräparate ein, in dem noch einmal genau auf Vorkommen, Wirkungsweise und Einsatzgebiet und Techniken der Fluoridierung eingegangen wird.

Damit man gut mit Argumenten gegenüber dem Patienten versorgt ist, werden dem Thema Zucker und Zuckersubstitute und damit zusammenhängend der Ernährungsberatung größerer Raum gegeben.

Ein schwieriges und nicht zu unterschätzendes Kapitel, die Patientenmotivation, wird vom Autor sehr detailliert und mit psychologischen Tips und Tricks ausgeführt, so daß man von einer guten Umsetzbarkeit in die tägliche Praxis ausgehen kann. Ähnlich wichtig sind seine Tips für den Aufbau eines Recall-Systems für die Praxis, so daß ein dauerhafter Erfolg der Prophylaxe gewährleistet ist.

Ein Hauch Abrechnungsunterstützung der Individualprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen folgt am Ende mit der Beschreibung der Bedeutung und Umsetzbarkeit der Gruppenprophylaxe für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Insgesamt ist es ein gelungenes Buch für die Weiterbildung oder Auffrischung des Wissens aller Mitglieder einer Zahnarztpraxis, da es sehr übersichtlich gegliedert ist, man schnell durch die farbige

markierten Bereiche eine Quintessenz vermittelt bekommt und vor allem durch die gut illustrierten Abbildungen die Inhalte schnell nachvollziehen und verstehen kann. Es ist nicht zu trocken geschrieben, so daß man Lust bekommt, das Gelesene gleich umzusetzen.

ZÄ Swantja Bielski, Berlin

Joachim Schulz-Bongert
**Konzept der erfolgsorientierten
Totalprothetik**

168 Seiten, Atlasformat 22,5 x 25,5
292 vierfarbige, z.T. großformatige Abb.,
14 Checklisten, gebunden, DM 328
Siegfried Klages Verlag, Berlin 1999
ISBN 3-922 636 03-8

Die Professionalisierung und Vereinfachung implantologischer Verfahren und deren zunehmende Integration auch in die "normale" Zahnarztpraxis hat in den letzten Jahren die reine Totalprothetik natürlich etwas in den Hintergrund treten lassen. Andererseits hängt die Funktionsfähigkeit von Totalprothesen im wesentlichen von speziellen Abformtechniken und Registriermethoden ab, die man auch für die Herstellung anderer Zahnersatzbehandlungen brauchen kann. Totalprothetik ist sozusagen die Hohe Schule, deren Kenntnis auch den Ritt durch normales Gelände erleichtert. Und wenn die Hohe Schule dann noch wie hier in Form eines Bildatlantens angeboten wird, ohne die lähmende Bleiwüste langatmiger Theoriedarstellungen, dann ist das eine nachvollziehbare und anschauliche Hilfe, ein Kochbuch sozusagen, das sich in der Praxis gut verwenden läßt. Allerdings, und die-

ser Aspekt wird an diesem Buch besonders deutlich: Führt man sich vor Augen, wieviel Zeit die Herstellung von Totalersatz notwendigerweise erfordert, wenn man auf keinen der angegebenen Arbeitsschritte verzichtet (ich wüßte nicht, auf welchen), dann ist es völlig ausgeschlossen, diesen Arbeits- und Zeitaufwand für die Kassenvergütung von 465 DM (OK) bzw. 555 DM (UK) zu leisten! Den Privatzahnarzt Schulz-Bongert ficht das natürlich nicht an - der Vertragszahnarzt, eingeklemmt zwischen seinem Qualitätsanspruch, seinen Betriebskosten und dem festen Kassenhonorar, sieht sich hier in einer haarsträubenden Situation, die nur dadurch gelöst werden kann, eine 08/15 Prothese in höchstens zwei Arbeitsstunden herzustellen oder die Kosten für einen guten Zahnersatz privat zu liquidieren. Gerade die Totalprothetik wäre also ein gutes Beispiel dafür, wie notwendig die Beschreibung und Bewertung eines neuen Leistungsverzeichnisses zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen ist - ein Ansinnen, das der DAZ seit geraumer Zeit bei den Körperschaften, der Hochschule und der Politik anmahnt- bislang vergeblich.

Hanns-W. Hey, München

Kniffologie

Vielleicht geht es Ihnen ja wie mir: Was man an der Uni gelernt hat, war für die Praxis zu wenig, was man bei Fortbildungen von Hochschullehrern hört, ist oft zu schön - nicht um wahr zu sein, aber um realisiert werden zu können. Und die hochglänzenden Fachbücher zeigen meist das maximal Erreichbare,

frustrieren also eher bei Redublikationsversuchen. Was bei mir wirklich konkret die Arbeit in der täglichen Praxis verbessert hat, und zwar sowohl das Ergebnis am Patienten als auch bezüglich der eigenen Arbeitserleichterung, das waren die Tipps aus der Kniffologie: Seit ich z.B. den Tipp von Korntheuer 04/94 befolge oder die Abdrucklöffel nach Umland 01/97 vorbereite, passen prothetische Arbeiten wesentlich besser. Von Absaugen bis Zementieren enthält die seit 13 Jahren von Kollegen Forschner betreute Sammlung ca. 900 Tipps von Zahnärzten für Zahnärzte, ein beachtlicher Fundus funktionierender und wertvoller Ratschläge, die z.T. auch erhebliche Kosteneinsparungen bringen - eine Sammlung, die zum Preis von 50 DM eigentlich geschenkt ist. Sehr empfehlenswert! Zu bestellen unter Fax 07351-372531

Hanns-W. Hey, München

Die Kniffologie

**Über 800 Tips und Tricks von A wie Absauganlage (die beste Reinigung) bis Z wie Zahnsteinentfernung (die schonendste).
Lieferung gegen 50 DM Vorkasse (bar/Scheck) oder Info von**

**Dr. W. Forschner
Köhlesrain 86, 88400 Biberach,
Fax 07351-372531 oder e-mail :
wifbc@t-online.de**

Gesucht/Gefunden

Stellensuche:

Kfo-Weiterbildungsstelle von junger Zahnärztin gesucht. Angebote an DAZ-Geschäftsstelle Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239

Berufserfahrene Zahnärztin (bisher eigene Praxis) sucht Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in Hamburg und Umgebung. Angebote an DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221/973005-45, Fax /7391239

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

Praxis-Übernahme/Teilhabe:

Inhaber einer gut eingeführten zahnärztlichen Einzelpraxis mit Alternativmedizin im Mansfelder Land sucht Teilhaber oder Übernehmer. NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221/8460281

Praxis-Aufgabe / Übergabe:

Zahnarztpraxis, hoher Umsatz, südl. Essen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, G. Krentscher, Tel. 02173/21021

Zahnarztpraxis im Siegerland, gute und umfangreiche Ausstattung, guter Umsatz, mit Wohn-/Praxisimmobilie zu verkaufen. NAV-Wirtschaftsdienst, H. Lohse, Tel/Fax 0221/8460281, E-Mail lohse@nav-widi.de

Praxis-Aufgabe / Übergabe:

Solide Zahnarztpraxis mit 2 Behandlungszimmern, 75 qm, in gesperrem Bezirk in Hamburg zum 1.10.1999 abzugeben. Keine Alterspraxis! Infos unter Tel. 040/6305947

Praxis-Abgabe:

Zahnarztpraxis im Bergischen Land abzugeben: 3 Behandlungszimmer, hochwertige Ausstattung, gute zentrale Lage, ausbaufähig, auch als Gruppenpraxis geeignet. NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221/8460281, Email lohse@nav-widi.de

Zahnarztpraxis, hoher Umsatz, südl. Essen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, Gebriele Krentscher, Tel 02173/21021

Zahnarztpraxis / Kfo: ca 1,5 Mio Jahresumsatz, mit 4 Stühlen in Bergischer Stadt abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, Peter Harzendorf, Tel 02196/973310

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

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

Umsatzstarke Zahnarztpraxis im Zentrum von Gera abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, Angela Schulze, Tel 0371/2661550

Kooperation:

in Karlsruhe sucht Zahnarzt Kooperation jeglicher Art – Timesharing, Jobsharing, Officesharing, Tel. 0721/ 22110, Fax 0721/23208

Praxis-Suche:

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

Praxis mit 2 Behandlungszimmern in Köln oder nahem Umland, baldmöglichst. Kontakt: NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221/8460281, E-Mail lohse@nav-widi.de

berufserfahrene Zahnärztin sucht in Niedersachsen gutgehende Zahnarztpraxis mit 2 Stühlen. NAV-Wirtschaftsdienst, Florian Stiegler, Tel/Fax 03935/213902

Zahnarzt interessiert an Praxisübernahme am Bodensee ab 2000. Tel/Fax 07433/384263

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 04442/921247, E-Mail: Mi.Fri@t-online.de

Gruppenpraxis / Kooperation:

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

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

- 26./27.11.1999, Berlin: **Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**
- 27.11.1999: **Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Niedersachsen**
- 27.11.1999, 10.00 Uhr, Ispringen: Gesundheitspolitische Matinee des Zahnärztlichen Arbeitskreises für Praxisführung und Fortbildung (ZAPF) mit Prof. Dr. Dr. Elisabeth Noelle-Neumann, u.a. zu dem Thema: **„Kollektivversorgung und individueller Bedarf im Gesundheitswesen“**
- 3.12.1999, Köln: multimedialer Teamkurs der Oemus Media AG zum Thema **»Prophylaxe 2000 - der Power - Team - Day«** mit Dr. Carsten Stockleben (Tel. 0341/ 48474 - 0, Fax 0341/48474-60)
- 3.-4.12.1999, Köln/Palladium: 3. **Deutscher Zahnärzte Unternehmertag der Oemus Media AG und der Degussa-Hüls AG** (Tel. 0341/48474-0, Fax 0341/48474-60)
- 3.-4.12.1999, Berlin: Kongress **»Armut und Gesundheit«** (Tel./Fax 030/7865215, gold@gesundheitberlin.de, www.gesundheitberlin.de)
- 8.12.1999, 9.30 – 17.00 Uhr, Karlsruhe/Akademie für Zahnärztliche Fortbildung: **Expertengespräch und IDZ-Symposium „Evidence-Based Dentistry“**; Referenten: Dr. Willmes, Prof. Heners, Dr. Richards, Dr. Perleth, Prof. Herrmann, Prof. Walther, Prof. Kerschbaum, Prof. Reich, Prof. Meyle, Prof. Wagner, Dr. Boehme (Tel. 0221/4001-141, Fax 0221/404886)
- 8.12.1999, 20.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/-Brandenburg zum Thema **»Prothetische Versorgung nach Parodontalbehandlung«**, Referent: Dr. Christoph Lange (Tel. 030/ 9915108)
- 16.12.1999: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg** (Tel. 04402/9288-0, Fax 04402/9288-31)
- 12.1.2000, 20.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/-Brandenburg zum Thema **»Welches Material empfehle ich meinem Patienten?«**, Referent: Oberarzt Dr. Michael Hopp, Zentrum für Zahnmedizin der Charité (Tel. 030/9915108)
- 22.1.2000, Köln: multimedialer Teamkurs der Oemus Media AG zum Thema **»Prophylaxe 2000 - der Power - Team - Day«** mit Dr. Carsten Stockleben (Tel. 0341/48474 - 0, Fax 0341/48474-60)
- 29.1.2000, Köln: multimedialer Teamkurs der Oemus Media AG zum Thema **»Prophylaxe 2000 - der Power - Team - Day«** mit Dr. Carsten Stockleben (Tel. 0341/ 48474 - 0, Fax 0341/48474-60)

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

- 4.-6.2.2000, Berlin/ICC: **14. Berliner Zahnärztetag, 49. Jahrestagung der DGzPW, 29. Deutscher Fortbildungskongreß für die Zahnarthelferin, 10. Berliner Zahn-technikertag**

(Tel. 030/76180-624, Fax 030/ 76180-691, E-Mail central@quinline.com)

- 11.3.2000, 9.00 Uhr, Neumünster/Holstenhallen:

Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag zum Thema »**Der Patient im Mittelpunkt der Praxis**«

- 6./7.5.2000, 10.00 Uhr, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: **DAZ-VDZM-Frühjahrestagung**; am 6.5.2000 Referat zu Qualitätssicherung und Honorarfestlegung in der Schweiz (angefragt: Dr. Hans-Caspar Hirzel, Präsident der SSO) am Vormittag und Fachfortbildung zum

„**Vergleich moderner endodontischer Methoden zur Wurzelkanalaufbereitung und -Füllung**“,

Referentin: Dr. Claudia Barthel, Zahnklinik Nord der Charité Berlin, am Nachmittag; am 7.5.2000: DAZ-Ratssitzung

- 5.-9.6.2000, Westerland: 45. Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung, Thema: »**EDV-Anwendung in der klinischen Zahnheilkunde**«

- 7.10.2000, Berlin: **DAZ-Jahrestagung 2000** mit Fachfortbildung und Mitgliederversammlung

- 16.11.-18.11.2000, Frankfurt: **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde (DGZMK)** in Kooperation mit dem Hessischen Zahnärztetag

Nächster Redaktionsschluß: 21.01.2000

(Nähere Informationen unter
Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/-7391239,
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de)

Der DAZ stellt sich vor



formationen 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 Berufsfreiheit 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 *DAZ-forum* mit Fortbildungsberichten und In-

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 KZVen.

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

Internet: www.medi-netz.com/daz.htm

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, ISDN Mac -92047, E-Mail KarlaHey@aol.com

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, Satz, Anzeigenverwaltung, Mediadaten

Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177-92045, Fax -92046, ISDN Mac -92047, E-Mail KarlaHey@aol.com

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, Bern-
steinstraße 1, 93152 Nittendorf,
Tel. 09404 4455, Fax 09404 5290

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

Rheinhessen, 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		Geb. Datum	
Straße, PLZ, Wohnort			
Telefon	Fax	E-Mail-Adresse	Internet-Adresse
Ort, Datum		Unterschrift	

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.1999

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM
- Assistenz ZÄ/ZA, 180.- DM
- Niedergel.ZÄ/ZA, 360.- DM
- 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 6./7. Mai 2000 an

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
- angestellter Zahnarzt.....
- Student.....
- Ich nehme am 6.5. teil.....
- Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung, 7.5. teil.....
- Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

An den
**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde -DAZ-**
im NAV Virchow-Bund
Belfortstraße 9
50668 Köln

Meine Adresse/ Tel./Fax/ e-mail

Fax 0221 - 7391239
e-mail:
DAZ.Koeln@t-online.de

Praxiskurs – NLP auf SANSIBAR

Neues Führungsmanagement & Selbstmanagement & Konfliktmanagement
& neue Ziele und Perspektiven

Die Kursinhalte:

- Der neue "Praxiskurs".
- "Flow" das Modell für Spitzenleistungen.
- Die Lebensaufgabe entdecken und in Einklang bringen mit den beruflichen, persönlichen und familiären Zielen.
- Die neuen Ziele erfolgreich realisieren.
- Effektive Führungsstrategien I: Motivations- u. Überzeugungskunst.
- Effektive Führungsstrategien II : Verhandlungskompetenz und kreatives Denken.
- Erfolgreiche Führungsstrategien III: Die Kriterien zur Förderung von Spitzenleistungen.

Informationen anfordern bei:

**MBE-Fortbildungsinstitut,
Reinhard Nagel,
Marschweg 48, 26122 Oldenburg,
Telefon: 0441 - 501828
Telefax: 0441 - 503717**

Praxiskurs - NLP 2000 auf Sansibar

Einstiegs- und Informations - Seminar

SA 11./ SO 12. DEZ '99

Seminargebühren: 460 DM.

im Sport & Tagungshotel Dreibrücken
in 49 681 Garrel am Thülsfelder Stausee.
Hoteltagespauschale VP: 135 DM !

Praxiskurs - NLP

9. – 27. Februar 2000

auf der Insel
SANSIBAR
Im Indischen Ozean / Ostafrika

Kursgebühren: 2980 DM !

Hin- und Rückflug, incl. Hotel und VP:
2390 DM !

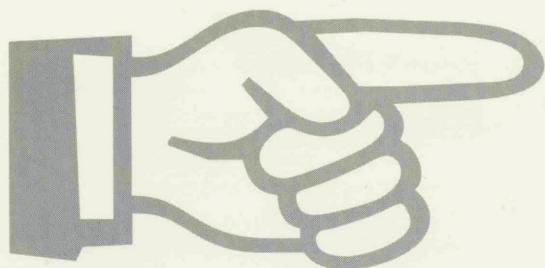
Praxiskurs - NLP Abschlußseminar

**FR 9. Juni bis
MO 12. Juni 2000**
(Pfingsten)

Seminargebühren: 920 DM
Im Sport & Tagungshotel Dreibrücken
Hoteltagespauschale VP: 135 DM !

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*



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

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.