



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 7 · AUGUST 1984

Sie lesen u. a.

„In der Bundesrepublik ... ist herzlich wenig geschehen ...“

Der DAZ in Niedersachsen: Fruchtbare Diaspora

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Das Kuckucksei Selbstbeteiligung

Zahnheilkunde im Umbruch

Über die Effektivität von parodontalen Prophylaxemaßnahmen
bei Kindern und Jugendlichen

Fissurenversiegelung



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

*** ** * ** * ** * ** * ** * ** *
* * * * * * * * * * * *

5. JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG DES DAZ

mit

PODIUMSDISKUSSION

Thema:

"Kostenreduzierung der zahnärztlichen Behandlung
- durch erhöhte Selbstbeteiligung
oder durch Qualitätssicherung oder Vorbeugung?"

am Samstag, 6. Oktober, 9.00 Uhr
im Roten Salon des Steigenberger Hotels
Badischer Hof, Baden-Baden, Lange Str. 47

Bisher haben zugesagt:

- Hansheinrich Schmidt (Kempten)
F.D.P.-Sozialexperte
- Dr. Wekel
Bundesverband der Ortskrankenkassen, Ver-
tragsabteilung
- Dr. Bulk
beratender Zahnarzt beim BdO
- G. Aumüller
Bundesverband der privaten Krankenversicherungen
- E. H. Müller
1. Vorsitzender der KZVB

Zusagen eines Vertreters der Bundes-KZV und BDZ
stehen noch aus, sind aber wahrscheinlich.

Inhalt

Dr. Hanns-W. HEY - Wie links ist der DAZ?	3
Späte Bestätigung	7
"In der Bundesrepublik ... ist herzlich wenig geschehen ..." - FORUM-Interview mit dem Schweizer "Prophylaxe-Papst" Prof. Dr. Theo Marthaler, zahnärztliches Institut Zürich	9
Dr. Till ROPERS - Der DAZ in Niedersachsen: Fruchtbare Diaspora	17
Dr. Helmut SIMON - Wie hätten Sie's denn gern? oder: Nicht die Sache, sondern der Gegner bestimmt das Argument	21
Qualitätssicherung im Gesundheitswesen	23
Dr. Armin MAURER - Das Kuckucksei Selbstbeteiligung - Protokoll zur VDZM-Veranstaltung in Frankfurt	33
Dr. Konrad SCHWARZ - Angst vor der Öffentlichkeit	38
Dr. Gerd EBENBECK - Wem nützt die Selbstbeteiligung?	41
Dr. Klaus MÜLLER - Zahnheilkunde im Umbruch	51
Dr. Manfred WITTE - Über die Effektivität von parodontalen Prophylaxemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen	55
Dr. Kai MÜLLER - Fissurenversiegelung - Stiefkind der Prophylaxe	61
Dr. Roland ERNST - Studiengruppe Oldenburg gegründet!	69
Dr. Steffen WANDER - "Die aufregendste Fortbildungsveranstaltung seit vier Jahren!" - zwei Protokolle	71
Dr. Armin MAURER - Fortbildungszwischenbilanz der Studiengruppe München	75
INFORMATIONEN	

Ergänzung zum »MIA« SYSTEM

der Nance-Haltebogen

Der Nance-Haltebogen ist ein gebräuchliches Hilfsmittel für die Molarenverankerung im Oberkiefer.

Für das **MIA-System** modifiziert, sind die Drahtelemente so gestaltet, daß der Haltebogen von distal in die **MIA-Rotations-schlösser** eingeschoben werden kann. So kann der Kunststoffschild exakt in Position gebracht werden. Eine Schwenkung des Bogens beim Einschieben ist hier unerwünscht; deshalb sind die Retentionsteile reduziert und werden in gerader Richtung eingeschoben. Der dadurch entstehende Dreipunktkontakt mit dem MIA-Rotationsschloß bewirkt dabei einen äußerst präzisen Halt.



Mit Hilfe der **MIA-Übertragungstechnik** wird ein Gipsmodell mit Schließern hergestellt (siehe MIA-Broschüre EP-9875).

Die beiden Drahtelemente werden adaptiert und mit Retentionen für den Kunststoffschild versehen (Abb. 1).

Nach dem Isolieren des Modells wird der Kunststoffschild polymerisiert; der Nance-Haltebogen wird anschließend nach distal herausgezogen (Abb. 2 und 3).

Nach Polieren des Schildes ist der Bogen zum Einsetzen fertig – kein Schweißen, kein Löten ist notwendig.

Weitere Ergänzungen zum MIA-System:

Bi-Helix für den Unterkiefer
Goshgarian Palatalbar mit
gekrümmten Retentions-
teilen für das
MIA-Rotationsschloß.



inter-UNITEK GmbH
Postfach 16 29
D-8032 Gräfelfing
Tel. (0 89) 85 50 39
Telex 5 213 953 utk d



Wie links ist der DAZ?

Eine Standortbestimmung zur 5. Jahreshauptversammlung des deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde in Baden-Baden

Immer wieder werden wir von Kollegen nach unseren Zielen und Vorstellungen gefragt. Der Hinweis auf unsere "Grundsätze und Empfehlungen zur Kassen-zahnärztlichen Versorgung" (1983), die nicht nur wir für das realistischste Grundsatzprogramm der Zahnärzte halten, nützt dabei nur bedingt. Besonders für frisch approbierte Kollegen mag manches daran wegen fehlender standespolitischer Erfahrungen unklar sein. Auch scheuen sich viele davor, 54 Seiten durchzuarbeiten, doch kürzer geht's kaum, wenn man zu jedem Bereich unserer Arbeit Stellung beziehen will. Junge Kollegen erwarten aber eher ein paar Kernsätze von uns, Schlagworte, etwas Zündendes, vor allem: man will wissen, was uns vom freien Verband einerseits und von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin andererseits unterscheidet.

Nach wie vor wichtigstes Ziel des DAZ ist die Realisierung breitenwirksamer Prophylaxe in allen Kindergärten und Schulen, die Fluoridierung des Kochsalzes oder des Wassers, die Behandlungserlaubnis für Schulzahnärzte und die Auf-

nahme von Prophylaxemaßnahmen in den Leistungskatalog der Krankenkassen. Studium und nachuniversitäre Ausbildung der Zahnärzte sollten qualitativ verbessert werden, Fortbildung muß praxisbezogen und bezahlbar sein - der DAZ bietet allen seinen Mitgliedern die Möglichkeit des gegenseitigen chairside-teaching an. Durch Umstellung der kassen-zahnärztlichen Prüfverfahren von rein quantitativer zu qualitativer Beurteilung sollten Anreize zur Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Routinemaßnahmen geschaffen werden, um die große Zahl von Wiederholungsleistungen zu vermindern. Weiterhin müssen die zahnärztliche Versorgung von Behinderten, chronisch Kranken und Heimpatienten intensiviert sowie die Notdienste verbessert werden. Vor allem: über alles dies, über notwendige Verbesserungen, über Mängel und Mißstände muß in unserem Berufsstand offen diskutiert werden können. Wir haben dies lange innerhalb der bestehenden Berufsorganisationen und -medien versucht. Doch Beiträge in Fachzeitschriften wurden abgelehnt, verzögert oder "aus-

technischen Gründen" gekürzt. Fortbildungsveranstaltungen im Zahnärzthehaus wurden verweigert oder nur gegen teure Raummiete "entgegenkommenderweise" gestattet, Seminare von DAZ-Mitgliedern trotz hervorragender Hörer-Resonanz aus dem Akademieprogramm gestrichen. Der Wunsch, die regelmäßigen DAZ-Studiengruppensitzungen im Münchener Zahnärzthehaus (für 40 Millionen DM aller bayerischen Zahnärzte gebaut) abzuhalten - aus "Sicherheitsgründen" abgelehnt. Die "Frechheit" des DAZ, sich an den Kammerwahlen zu beteiligen, wurde vom vereinten KZV- und LZK-Vorstand mit einer Diffamierungskampagne beantwortet, die in dem Vorwurf gipfelte, der DAZ betreibe Kollegenbespitzelung. Die Bemühungen eines DAZ-Mitglieds in Niedersachsen, offensichtliche Mängel im zahnärztlichen Notdienst festzustellen und standesintern zu regeln, wurden von der Kammer systematisch verhindert. Die vorerst letzte Auseinandersetzung mit der Standesführung war die Androhung eines Berufungsgerichtsverfahrens gegen Kollegen, die Aufrufe gegen die atomare Rüstung mit derselben Berufsbezeichnung unterschrieben hatten, die Niedersachsens Kammerpräsident Bunke bei seinem Wahlkampf für die CDU verwendet hat - bei ihm sollte der "Zahnarzt" zur selbstverständlichen Eigendarstellung gehören, beim "normalen" Kollegen dagegen als Versuch unerlaubter Werbung gewertet werden.

Der DAZ hat sich immer wieder kritisch geäußert zur überheb-

lichen Selbsteinschätzung der Standesführung ("beste Zahnheilkunde der Welt"), zu der von nahezu ausschließlich honorartaktischen Motiven bestimmten Verbands- und KZV-Politik (besonders im Bereich der Prophylaxe) und zu der völlig einseitigen Anbiederung der zahnärztlichen Körperschaften an die CDU/CSU. Gerade diese Kritik an der politischen Einäugigkeit war es wohl, die nach dem Motto: wer nicht rechts ist, muß links sein, den Vorsitzenden des Freien Verbands, Herrmann, zu der Äußerung veranlaßte (im Frühjahr 84 in Davos), der DAZ sei ein Verein "sozialistischer Verbrecher", ein bemitleidenswertes Zeugnis beschränkter politischer Differenzierungsfähigkeit und schlichtem Haß - worauf nur? - auf Kollegen, die es wagen, sich dem Alleinvertretungsanspruch dieses Verbands mit seinen Allüren einer Staatspartei zu widersetzen? Auch wenn die Mehrheit der Zahnärzte Mitglieder dieses Berufsverbandes sind, so steht andererseits auch fest, daß mehr als 10000 Kollegen dem FVDZ ihre Mitgliedschaft - wohl aus guten Gründen - verweigern. Sie anzusprechen und für eine realistische, zukunftsorientierte und redliche Standes- und Gesundheitspolitik zu gewinnen, ist das Ziel des DAZ. Es muß möglich sein, alle Probleme der Zahnärzteschaft offen zu diskutieren. Ebenso muß es gerade innerhalb eines Heilberufs möglich sein, sich zu solch existentiell wichtigen Fragen wie der medizinischen Versorgung im atomaren

Kriegsfall eine Meinung zu bilden und die ärztliche Verantwortung gegenüber Patienten und Öffentlichkeit klarzumachen. Trotzdem halten wir die grundsätzliche parteipolitische Neutralität von Ärzten und Zahnärzten für notwendig und wichtig. Es war und ist eine Illusion, darauf zu bauen, daß irgendeine Partei sich die Wünsche einer Minderheit zu eigen macht, die nur etwa 1/1000 aller Berufstätigen verkörpert.

Von der CDU konnten sich die Zahnärzte nur solange Beifall erwarten, solange die Partei ohne politische Verantwortung war. Mit der Regierung betraut und allen Bürgern zur Rechenschaft verpflichtet, mußte diese Sympathie ihre praktischen Grenzen finden - verwunderlich und enttäuschend eigentlich nur für alle die, die sich außer Zahnärztlichem für nichts anderes interessieren. Für die SPD war es schwer, in den Anliegen der Zahnärzte mehr zu sehen als Honorarmanöver. Die Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen hat sich angesichts ihrer Bemühungen um Studien-, Krankenhaus- und Psychiatriereform wohl auch nie wirklich um das "kleine" Problem der Kariesprophylaxe oder um die Verbesserung der jugendzahnärztlichen Versorgung bemüht. Die Grünen scheinen durch ihre Anti-Chemie-Ideologie, so sehr sie in vielen Bereichen berechtigt und zu unterstützen ist, auch gegenüber wissenschaftlich abgesicherten Methoden wie der Fluorid-Prophylaxe so blockiert zu sein, daß Breitenprophylaxe wohl nie

ihre Unterstützung erwarten darf, denn: "Prophylaxe ohne Fluoride hat noch nirgends funktioniert" (Marthaler).

Schließlich die Freien Demokraten: so sehr man Zweifel an der politischen Linie dieser Partei hegen kann, so war die FDP die bisher einzige Partei, bei der der DAZ offene Ohren, vor allem für die Kollektivprophylaxe, fand. Den Ausführungen der ehem. Generalsekretärin Adam-Schwaetzer zur Erhöhung der Selbstbeteiligung der Patienten können wir allerdings nicht zustimmen. Fazit: keine Partei kann "unsere" sein, schließlich ist jeder Zahnarzt seinen "rechten" wie "linken" Patienten gleichermaßen verpflichtet. Es ist auch dieser Grundsatz, der uns allem Anschein nach von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin unterscheidet. So sehr sich der DAZ in der Forderung nach Breitenprophylaxe, Schulzahnkliniken und anderem mit der VDZ einig weiß, so halten wir ihre stark ideologisierten und auf kritikloser Anlehnung an die Gewerkschaften aufbauenden Zielsetzungen für zu einäugig.

Vor allem unterscheiden sich DAZ und VDZ in der Frage der Freiberuflichkeit: während die VDZ'ler nichts dabei finden, in Ambulatorien zu arbeiten und sich staatlichen Eingriffen auszusetzen, sieht der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde in der Erhaltung der freien Praxis eines seiner wichtigsten Ziele.

So befindet sich der DAZ in der Situation, von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin "fürchterliche Libera-

lität" (Artikulator 11, 84) vorgehalten zu bekommen, vom Freien Verband dagegen "sozialistisches Verbrechertum", ein verlässliches Zeichen dafür, daß wir uns auf dem richtigen Weg der Mitte befinden. Auch wenn sich in der Bundesrepublik (noch) manche Zahnärzte scheuen, den DAZ offen zu unterstützen, über Zuspruch brauchen wir uns nicht zu beklagen: so fand sich erst kürzlich in dem Brief eines Schweizer Ordinarius an uns

folgende Passage: "Die Publikationen Ihres Arbeitskreises lese ich jeweils mit größtem Vergnügen. Für mich ist es tröstlich, daß mindestens einige wenige Kollegen in Deutschland die Orientierung im zahnärztlichen Irrgarten nicht verloren haben."

So etwas baut auf ...

Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

ASPEKTE DER BUNDESREGIERUNG

Zu aktuellen Fragen der Krankenversicherung äußerte sich vor den Vorständen der PKV-Unternehmen in Konstanz der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Wolfgang Vogt.
Hier Auszüge:

Die neue GOÄ hat Ihren Abrechnungsstellen in der Anfangszeit einige Arbeit bereitet und sie hat in der Ärzteschaft die Gemüter erregt.

GOÄ-Rahmen ist auch nach unten flexibel

Lassen Sie mich unsere Sorgenpunkte ansprechen: Die Abdingungspraxis einiger weniger Ärzte - vor allem einiger leitender Krankenhausärzte - hat dem Ruf der gesamten Ärzteschaft geschadet. Das Bundesministerium hat von bedenklichen Fällen erfahren, die an die obersten Landesgesundheitsbehörden zur näheren Überprüfung weitergegeben wurden.

Inzwischen können wir mit Befriedigung feststellen, daß Dank der Aufklärungsarbeit der privaten Krankenversicherungen, der Beihilfestellen und auch der ärztlichen Organisationen die Zahl der Abdingungsfälle rückläufig ist. Damit keine Mißverständnisse entstehen: Die Abdingung in bestimmten Einzelfällen ist an sich kein Mißbrauch.

Mißbräuchlich wird eine Abdingung erst dann, wenn sie unter Ausnutzung einer Notlage des Patienten abgeschlossen wird oder wenn die Höhe des vereinbarten Honorars unangemessen
Fortsetzung s. S. 70

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

Späte Bestätigung

Vor kurzem sind die Ergebnisse der sogenannten Dänenstudie veröffentlicht worden, genauer: Der "Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen". Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit- und Sozialordnung hat das deutsch-dänische "Institut für Funktionsanalyse und Krankenhausplanung" fast zwei Jahre lang an fünfzig zahnärztlichen Behandlungsplätzen recherchiert, gemessen und analysiert: Durch Feststellen des individuellen Zeitbedarfs für die wichtigsten konservierenden, prothetischen und kieferorthopädischen Maßnahmen sollte ermittelt werden, welche Leistungspositionen des Bewertungsmaßstabs über- oder unterbewertet sind.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind für den DAZ besonders interessant - sie bestätigen nämlich praktisch alle Forderungen, die wir zur BEMA-Umstrukturierung erhoben haben ("Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik" 1980, Seite 13 ff). Anlaß zur Genugtuung besteht besonders für den Kollegen Hey (DAZ-Studien-gruppe München): In seiner kritischen Schrift "Die kranke Apollonia (1978) hatte er festgestellt (Seite 174 ff.), daß als Voraussetzung für eine leistungsgerechte Honorierung eine Reihe konservierend-chirurgischer Leistungen (Bera-

tung, Füllungsleistungen, Wurzelbehandlungen, Zahnsteinentfernung) um 30% - 50% erhöht werden müßten, und daß andererseits das Honorar für verschiedene prothetische Maßnahmen (vor allem 98 g und h, Brückenersatz etc.) um mindestens 25% reduziert werden sollte. Exakt eben diese Empfehlungen sind es, die jetzt als Ergebnis der mehrjährigen Untersuchungen des deutsch-dänischen Instituts veröffentlicht wurden. Was wird nun geschehen? Steht die Zahnärzteschaft vor einer neuen BEMA-Umstrukturierung? Darf der brave Konservierer und Endodontist hoffen, für seine mühevollen Restaurationen ein leistungsgerechtes Honorar zu erhalten? Muß der Prothetikhai um seine Pfründe fürchten? Schön wär's - es ist jedoch aus mehreren Gründen zu befürchten, daß sich nichts ändern wird: Zum einen werden mindestens 2/3 des durchschnittlichen Praxisumsatzes durch Prothetikleistungen erwirtschaftet; eine Abwertung um etwa 1/4 würde trotz gleichzeitiger Aufwertung der konservierenden Leistungen zu - wenn auch wahrscheinlich geringfügigen - Honorareinbußen führen, eine Kröte, die von dem ohnehin über Einkommensverluste klagenden Berufsstand wohl schwerlich geschluckt werden würde.

Zweitens wäre es denkbar, daß

die gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Zustimmung zu einer erneuten BEMA-Umstrukturierung mit der Auflage verknüpfen, qualitative Mindestanforderungen an prothetischen Leistungen einzuführen, um ein erneutes zahnärztliches Ausweichen in die Menge (mit entsprechenden Qualitätseinbußen) zu verhindern.

Drittens könnte mit einer BEMA-Umstrukturierung auch das bisherige Konzept einer neuen Gebührenordnung eine für die Zahnärzteschaft nachteilige Beeinflussung erfahren.

Schließlich - und das scheint uns das wichtigste Hemmnis - müßten die Zahnärzte eingestehen, jahrzehntelang für den größeren Teil ihrer Leistungen überhöhte Honorare erhalten zu haben - eine Tatsache, die unsere öffentliche Reputation

wahrscheinlich stärker beeinflussen wird als die Unterbezahlung in einem anderen Bereich.

So ist zu befürchten, daß die Untersuchungsergebnisse des deutsch-dänischen Instituts nicht zu den notwendigen Konsequenzen führen, sondern vorerst in den Ablagen verschwinden. Es könnte allerdings auch sein, daß die Krankenkassenverbände die Ergebnisse der Studie bei der nächsten Gelegenheit mit auf den Verhandlungstisch bringen, dann nämlich, wenn es erneut um ein heikles Thema geht: Den sich mit aller Deutlichkeit abzeichnenden Prothetikboom.

Wir werden im nächsten FORUM in einem weiteren Beitrag näher auf die Ergebnisse der "Dänen-Studie" eingehen.

Die Redaktion

```
*****
**
***      Voraussichtlicher Erscheinungstermin FORUM Nr. 8      ***
****
***                               Dezember 1984                               ***
**
*****
```

Versäumnis:



Die Tabellen Nr. 1 und Nr. 2 auf Seite 36 im FORUM Nr. 6 wurden ohne ausdrücklichen Hinweis auf die Quellen abgedruckt. Erschienen sind diese Tabellen in der DZZ Nr. 37, 1982.

„In der Bundesrepublik ... ist herzlich wenig geschehen...“

– Forum-Interview mit dem Schweizer
„Prophylaxe-Papst“ Prof. Dr. Theo Marthaler,
Zahnärztliches Institut Zürich

PROF. DR. THEO MARTHALER BEFASST SICH SEIT ÜBER 20 JAHREN MIT DER KOLLEKTIVPROPHYLAXE BEI SCHULKINDERN. SEIT 1973 VERANTWORTLICH FÜR DIE JUGENDZAHNPFLEGE IM KANTON ZÜRICH. ZAHLLOSE VERÖFFENTLICHUNGEN UND VORTRÄGE, AUCH IN DER BUNDESREPUBLIK, ÜBER DIE WIRKUNG DER FLUORIDE UND DEN RÜCKGANG DER KARIESSCHÄDEN IN DER SCHWEIZ ALS FOLGE SYSTEMATISCHER KOLLEKTIVPROPHYLAXE IN KINDERGÄRTEN UND SCHULEN.

FORUM:

Von verschiedenen Gegnern der Kariesprophylaxe mittels Fluoriden wird immer wieder auf Nebenwirkungen, vor allem der Trinkwasserfluoridierung, hingewiesen, die angeblich wissenschaftlich nachgewiesen sind. Erhöhte Kindersterblichkeit, vermehrte Neigung zu Krebserkrankungen, Skelettschäden, sogar von Verdummung durch Fluorid im Trinkwasser ist die Rede. Was ist da dran? Sind diese wissenschaftlichen Quellen ernst zu nehmen?

MARTHALER:

Wenn erhöhte Kindersterblichkeit auftritt, wenn vermehrte Neigung zu Krebserkrankungen

festgestellt wird, wenn Skelettschäden, ja sogar Verdummung durch Fluorid im Trinkwasser auftreten, dann sind das Dinge, die äußerst ernst genommen werden müssen und auch ernst genommen werden. Kein Politiker, erst recht kein Wissenschaftler würde darüber einfach hinweggehen; auch kann sich das niemand leisten, denn irgendwann würde die Sache ja doch ans Tageslicht kommen. Aber die Frage ist doch, ob diese Dinge vermehrt auftreten: alle, die auf diesem Gebiet wissenschaftlich arbeiten, kommen einhellig zu dem Schluß, daß die genannten Phänomene nicht auftreten. Man

kann das statistisch belegen - ich möchte hier eigentlich nur auf diese Krebsgeschichte eingehen, denn gerade auf dem Gebiet des Krebses ist, nachdem jahrelang hin und her publiziert wurde, im vergangenen Jahr eine sehr gute Übersicht im Bulletin der Weltgesundheitsorganisation (Clemmesen J.: Band 61, Heft 5, 1983) veröffentlicht worden. Als Schlußwort schreibt der Verfasser dort, daß ungeheure Energien verschwendet werden mußten, um diese unbegründeten, aber hartnäckig wiederholten Behauptungen zu widerlegen und daß es angesichts der vielen Krankheiten, die zu bekämpfen wären, ein Jammer ist, daß soviel Energie quasi auf unnütze Dinge abgeleitet worden ist.

FORUM:

Sie meinen die Untersuchung von Yiamouyiannis und Burk, die eine TWF-versorgte Stadt und eine Stadt ohne TWF in Amerika miteinander verglichen haben.

MARTHALER:

Ja. Hier zeigte sich, daß diese beiden Biochemiker über epidemiologische Befunde ein Urteil gesprochen haben, das sie nur auf Grund ihrer Unkenntnis der epidemiologischen Verfahren äußern konnten. (Yiamouyiannis und Burk hatten festgestellt, daß in der Stadt mit Trinkwasserfluoridierung mehr Krebserkrankungen aufgetreten waren, als in der Stadt ohne Trinkwasserfluoridierung; sie hatten jedoch "übersehen", daß die erhöhte Krebsrate auf die Tatsache zurückzuführen war, daß in der einen Stadt eine wesentlich größere Zahl

älterer Menschen lebt als in der anderen Stadt. Anm. d. Red.)

FORUM:

Seit wann befaßt man sich denn wissenschaftlich mit der Wirkung von Fluoriden auf die Zahnschmelze?

MARTHALER:

Das wird schon seit 1930 intensiv untersucht. Die erste Trinkwasserfluoridierung begann 1945 in Grand Rapids, Michigan, USA.

FORUM:

Und wird das dort heute noch gemacht?

MARTHALER:

Ja, das ist nie unterbrochen worden.

FORUM:

Gibt es also einen Ort, wo man jetzt fast 40 Jahre Erfahrung mit der Trinkwasserfluoridierung hat?

MARTHALER:

Ja, mit der künstlichen, wogegen man andererseits seit Jahrtausenden Erfahrungen mit der natürlichen hat - denn seit eh und je gab es ja fluoridreiche Wasser. Aber daß der Mensch die Natur nachgeahmt hat, das ist jetzt 40 Jahre her.

FORUM:

Die Gegner der Fluoridmaßnahmen führen ins Feld, man könne das Problem der Kariesschäden allein durch Aufklärung und Ernährungsumstellung lösen. Ist nach Ihrer Meinung eine Reduzierung der Kariesläsionen ohne Fluoridprophylaxe zu erreichen?

MARTHALER:

Ja, das ist durchaus möglich. Wenn man den Zucker aus der Nahrung eliminiert, das heißt den raffinierten Zucker und

den Konsum von Dörrfrüchten kleinhält, dann ist das möglich. Nun zeigt sich, daß im Durchschnitt mehrere Male pro Tag Zucker in den Mund genommen wird, und die Abkehr vom Zucker ist etwas, das nicht leicht zu erreichen ist. Natürlich kann der einzelne durch Enthaltensamkeit von Zucker sehr gute Prophylaxe betreiben. Das ist möglich. Ob aber im Kollektiv rasch ein Erfolg erreicht wird, ist fraglich bzw. ist nicht nur fraglich, sondern es ist in größerem Rahmen noch nirgends gelungen. In Entwicklungsländern dagegen, wo es ja praktisch keine zahnärztliche Versorgung gibt und die Zähne einfach dahinschmelzen, müßte überlegt werden, ob nicht eine massive Zuckerrestriktion und Importbeschränkung sinnvoll wäre.

FORUM:

Das würde die Frage aufwerfen, inwieweit man auf die Zuckerindustrie Einfluß nehmen kann. Darauf wollen wir später noch kommen. Zuerst noch eine andere Frage: Im Juli 1977 erschien der Bericht der wissenschaftlichen Kommission "zahnmedizinische Prophylaxe", den das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen herausgegeben hat. Sie haben an diesem Bericht neben anderen Kollegen maßgeblich mitgearbeitet. Wie schätzen Sie die Prophylaxeentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland seit dieser Zeit ein? Es sind ja immerhin 6 Jahre vergangen.

MARTHALER:

Diesen Bericht kann man auch heute noch mehr oder weniger in vollem Umfang benützen.

Über seine Auswirkungen kann ich nicht viel sagen. Ich glaube, wenn man die Ziele im Auge hat und das Potential der Vorbeugungsmöglichkeiten, dann ist herzlich wenig geschehen. Man könnte mit Hilfe der in diesem Bericht aufgeführten Instrumentarien zumindest bei der Jugend neue Zahnschäden weitgehend verhindern, und zwar bereits innerhalb weniger Jahre. Indessen ist es doch für mich eine große Freude, wie da und dort immer wieder versucht wird, auf dem Gebiet der Prophylaxe etwas zu erreichen. Ich glaube, daß die Fortschritte zwar langsam sind, aber sie sind da.

FORUM:

Sie sehen also schon gewisse Fortschritte gegenüber der Zeit vor 1977?

MARTHALER:

Ja, man trifft offene Ohren an für die Prophylaxe. Dort, wo nicht - sagen wir - gesetzliche oder finanzielle Interessen oder Befürchtungen reinspielen, ist eigentlich einhelliges Interesse für die Prophylaxe vorhanden.

FORUM:

Immer noch fahren namhafte Vertreter unseres Berufsstandes und auch Vertreter der Krankenkassen in die Schweiz, um sich dort über die Prophylaxemaßnahmen zu informieren. Worin liegen die Gründe für die überzeugenden Erfolge in der Schweiz? Glauben Sie, daß Gleiches in unserem Land möglich ist?

MARTHALER:

Der Anstoß für die Vorbeugung ist in der Schweiz schon Anfang der 50er Jahre von den zahnärztlichen Instituten ge-

kommen. Schon 1950 wurden Fluortablettenstudien als Alternative zur Trinkwasserfluoridierung begonnen, 1953 erfolgte die erste Publikation hierüber. Schon 1950 schlug der Frauenarzt Wespi die Fluoridierung des Speisesalzes vor. Dazu kommt, daß die Universitätsinstitute in der Schweiz viel besser ausgerüstet sind sowohl mit wissenschaftlichen Einrichtungen als auch personell. Es ist in der Schweiz möglich, daß ein oder zwei Leute sich weitgehend der öffentlichen Prophylaxe widmen, ohne daß dadurch der Unterricht der Studenten leidet. So konnten die Universitäten direkt in die Öffentlichkeit hineinwirken. Ich selbst bin dafür ein Beispiel: die Universität hat mir ermöglicht, herumzureisen und in die Schulen zu gehen und Laienhelfer auszubilden. Da die Schweiz sehr föderalistisch ist, war es auch möglich, daß sich verschiedene Systeme in den Gemeinden entwickelten. Diese haben eine gewisse Modellwirkung ausgeübt, so daß sich dann die Nachbargemeinden, nachdem sie die günstigen Folgen sahen, oft ermuntert fühlten, im gleichen Sinne vorzugehen. Selten mußte eine höhere Behörde gefragt werden, und die Gemeinden haben das von sich aus gemeinsam mit den Zahnärzten in die Hand genommen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist sicher die klare Verantwortung für die Gesundheit. Der Patient ist Selbstzahler. Ich glaube allerdings nicht, daß eine Prophylaxemotivierung des Patienten über den Geldbeutel unbedingt not-

wendig ist. Auch für den Patienten, der nichts bezahlen muß, ist es schöner, wenn er keine Zahnschäden reparieren lassen muß. Im übrigen könnte ich mir vorstellen, daß sich die Patienten in Ihrem Land denken, wenn die Krankenkassen prophylaktische Leistungen nicht honorieren, werden sie auch nicht so wichtig sein. Die Prophylaxeleistungen müßten also im gleichen Rahmen wie jede andere ärztliche Leistung subventioniert werden.

FORUM:

Die Zahnärzteschaft der Bundesrepublik will Prophylaxe vor allem in der Zahnarztpraxis durchführen und privat liquidieren. Breitenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sollte auch stattfinden. Wir meinen, die Gewichtung müßte genau umgekehrt sein. Wie stehen Sie zu dieser Frage?

MARTHALER:

Ich persönlich habe mit der Prophylaxe ganz einfach da begonnen, wo es möglich war. Es gibt jetzt aber auch eine mehr oder weniger öffentliche Stellungnahme, die der Präsident der gesundheitspolitischen Kommission der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft veröffentlicht hat. Darin heißt es, daß die umfassende Basisprophylaxe die Kollektivprophylaxe ist. Innerhalb der kollektiven Prophylaxe gibt es die semikollektive Prophylaxe, also kleinere Gruppen, Gruppenprophylaxe. Und schließlich gibt es noch die individuelle Prophylaxe mit Einzelpersonen. Vielleicht interessiert Sie das, denn das steht doch eher im genauen Gegensatz zu dem, was zum Teil in der Bundesre-

publik gesagt wird.

FORUM:

Aber das ergibt sich ja auch einfach logisch aus der Sache. Wir glauben eben, daß die Preise, die der Freie Verband Deutscher Zahnärzte für die einzelnen Prophylaxeleistungen angegeben hat, einfach so hoch sind, daß sie kaum jemand bezahlen kann. Und die Privatversicherungen bezahlen bisher Prophylaxe überhaupt noch nicht. Wir bemühen uns zwar im Kontakt mit Privatversicherungen darum, daß sie Prophylaxeleistungen aufnehmen, indem wir ihnen klarzumachen versuchen, daß es eben doch auf die Dauer kostensparend wirkt.

MARTHALER:

Vorstöße in dieser Richtung werden im Moment wohl kein Resultat bringen. Erst wenn die Zahnärzte sich in der Kollektivprophylaxe ausweisen, daß sie kooperieren möchten und fachlich kompetent wirken, werden die Krankenkassen auch ein Ohr dafür bekommen.

FORUM:

Richtig, das glauben wir auch.

MARTHALER:

Ich meine, letzten Endes werden die Krankenkassen ein Einsehen haben, wenn der Zahnarzt sich einige Jahre glaubwürdig verhalten und gut gearbeitet hat.

FORUM:

Zahnärztliche Landesvertretungen in der Bundesrepublik, allen voran der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, behaupten, daß besonders die höheren finanziellen Belastungen des Patienten in der Schweiz ein stärkeres Gesundheitsbewußtsein geschaffen haben; sie plädieren deshalb dafür, auch

bei uns die Selbstbeteiligung zu erhöhen. Der DAZ hält diesen Weg für falsch, glaubt vielmehr, daß höhere Behandlungskosten, statt den Prophylaxegedanken zu stärken, die Patienten nur noch mehr von der Praxis fernhalten und damit die Spätschäden verschlimmern - was ist Ihre Meinung dazu?

MARTHALER:

Ich habe mich eigentlich dazu schon weitgehend geäußert. Vielleicht würde es erst einmal bei den Patienten großen Unmut geben, wenn man drastische Änderungen in der finanziellen Beteiligung einführt. Was ich noch für wichtig halte, ist, daß der Patient erfährt, was das alles kostet. In der Bundesrepublik kennt der Patient ja nur die Höhe seines monatlichen Krankenkassenbeitrages, während er nicht erfährt, wie hoch die Ausgaben für seine ärztliche oder zahnärztliche Behandlung waren. In der Schweiz ist das wohl besser: jeder Patient bekommt ein Abrechnungsformular mit mindestens 44 Leistungsarten; außerdem gibt es Zahnärzte, die die sogenannte Volldetailierung mit Hilfe einer EDV-Anlage erstellen. Ich halte das für sehr nützlich.

FORUM:

Ja, das finden wir auch. Der DAZ hat immer wieder vorgeschlagen, die Kosten für die Patienten transparenter zu machen, um ein Kostenbewußtsein zu entwickeln.

Zur nächsten Frage: Der DAZ beobachtet mit Sorge, wie sich die Wirtschaftsvereinigung Zucker und ihr PR-Organ, der Informationskreis Mundhygiene-

und Ernährungsverhalten (IME) um die Fluoridprophylaxe und deren wissenschaftliche Protagonisten bemühen nach dem Motto: Auch unbegrenzter Zuckergenuß ist gesundheitlich unbedenklich, wenn nur genügend fluoridiert wird. Was halten Sie vom fluoridierten Bonbon?

MARTHALER:

Die Zuckerfluoridierung muß aus verschiedenen Gründen als nicht durchführbar angesehen werden, vor allem deshalb, weil nicht die Menge des Zuckers eine Rolle spielt, sondern die Häufigkeit seiner Einwirkung auf die Zähne. Diejenigen Leute, die vernünftig Zucker genießen, das heißt relativ selten, aber dann unter Umständen sehr viel auf einmal, würden ziemlich viel Fluorid, vielleicht zuviel erhalten. Andere, die im Laufe des Tages einige der Bonbons genießen, werden zwar viel Karies bekommen, aber wenig Fluorid dagegen erhalten.

FORUM:

Wir hatten die Frage eigentlich ironisch gemeint, aber diese Überlegungen haben offensichtlich tatsächlich stattgefunden?

MARTHALER:

Ja, das wurde auch schon an uns herangetragen. Aber, um auf den IME zurückzukommen: es darf einfach nicht sein, daß man nur von der Fluor-Prophylaxe spricht und nicht auch die zwei anderen Säulen der Prophylaxe, Ernährung und Mundhygiene erwähnt. Ich selbst habe meine Teilnahme an einem Fluor-Symposium der IME davon abhängig gemacht, daß ich die Fluor-Prophylaxe als einen Teil der Gesamt-Prophy-

laxe, die auf drei Säulen ruht, vorstellen kann. Ich wäre sonst nicht gekommen. Und ich meine, der IME muß sich daran halten, wenn er gute Leute bekommen will. Bleiben wir Fachleute auf diesem Punkt fest, dann bleibt dem IME nichts anderes übrig als da mitzumachen. Unsere Aufgabe beinhaltet, daß wir den medizinischen Zusammenhang klarstellen und uns nicht einseitig auf die Bühne schieben lassen. Sie sagen, der DAZ beobachtet mit Sorge ... dann müssen wir eben auch mit Sorge betrachten, wie es immer wieder Zahnärzte gibt, die sich da einfach zu sehr auf eine Seite schlagen. Ich fühle mich oft angesprochen, als ob ich ein eigentlicher Befürworter der Fluor-Prophylaxe wäre. Es geht aber nicht um die Fluor-Prophylaxe, sondern es geht um die Erhaltung der Zähne, es geht um die Gesundheit und da ist, nach den Forschungen, die ich kenne und auch unter Berücksichtigung der kritischen Stimmen, die Fluor-Prophylaxe nur eines der drei Mittel, die auf diesem Gebiet nützlich sind.

FORUM:

Wie schätzen Sie selbst die Aktivitäten der Wirtschaftsvereinigung Zucker ein und auf welche Weise sollte nach Ihrer Meinung gegen die Zuckerlobby vorgegangen werden?

MARTHALER:

Es gibt nur eines: Klar die Wahrheit sagen. Zahnmedizinische Prophylaxe braucht Mundhygiene, Zuckereinschränkung und Fluoridierung um wirksam zu sein. Der eine wird sich mehr auf die Ernährung verlas-

sen, was sicher zu begrüßen ist, der andere ist in der Hygiene aktiver, und es wird immer solche geben, die einfach sagen, ich habe gern Süßes, dafür schöpfe ich die Fluor-Prophylaxe voll aus. Das liegt in der Verantwortung jedes einzelnen.

FORUM:

Haben Sie etwas gehört von der Rolle von Enzymen und Calciumkarbonat zur Kariesprophylaxe als Ersatz für Fluorid?

MARTHALER:

Ja, ich meine jedoch, bis das in breitem Maße anwendbar ist, werden viele Jahre vergehen. Ebenso ist die Impfung gegen Karies eher in die Ferne gerückt.

FORUM:

Warum, aus technischen Gründen oder aus medizinischen?

MARTHALER:

Vor allem, weil sie zu wenig erfolgversprechend ist. Es gibt viele Forscher, die sich intensiv damit befassen und die kommen lange nicht so rasch vorwärts, wie sie meinen. Diese Enzyme, das Calciumkarbonat oder die Impfung, das sind zusätzliche Hilfsmittel, die man vielleicht in einzelnen Fällen, vielleicht auch einmal in 10 oder 15 Jahren in größerem Stil einsetzen kann. Zur Zeit wächst aber die Tendenz zurück zur Natur und Zusätze geraten je länger je mehr in Verruf. Diese Tendenz hat sicher ihre Berechtigung. Der Konsument weiß überhaupt nicht, was da drin ist, und solche Zusätze könnten sehr wohl psychologisch eine kontrapunktive Wirkung entfalten. Das Entscheidende ist doch dies: Mit den einfachen Metho-

den der Ernährungslenkung, der Mundhygiene und der Fluorid-Prophylaxe, obwohl zum Teil sehr unterschiedlich und nicht gerade konsequent gehandhabt, wurde bereits in mehr als 10 hochzivilisierten Ländern ein drastischer Rückgang der Zahnkaries erreicht. Wenn in der Bundesrepublik Deutschland der Kariesbefall noch nicht deutlich im Rückgang begriffen ist, dann wäre es doch das Beste, die an 200 Millionen Menschen erprobten Maßnahmen und Schritte unverzüglich durchzuführen, bevor man irgend etwas Neues versucht, das noch längst nicht genügend ausgetestet und bewährt ist.

FORUM:

Sie haben sich während mehrerer Jahrzehnte mit allen Aspekten und Problemen der Kariesprophylaxe beschäftigt. Können Sie uns abschließend einen Rat geben, wie man auf diesem Gebiet in der Bundesrepublik wesentliche Fortschritte erzielen kann? Was sind für Sie die wichtigsten Voraussetzungen für breitenwirksame Karies- und Parodontalprophylaxe?

MARTHALER:

Ich habe immer versucht, meine Kraft dort einzusetzen, wo ich mir den größten Nutzen für die Vorbeugung versprach. Ich war nie auf eine der drei Säulen der Kariesprophylaxe festgelegt, ich habe sie immer zusammen genannt und im Einzelfall entschieden, wo und wann, den lokalen Bedingungen entsprechend, eine der drei Säulen besonders zu betonen war. Es ist nun einmal so, daß die Fluor-Prophylaxe im Moment das Einfachste und Schnellste ist,

besonders wenn wir an die Fluor-Zahnpasten denken. Einen gezielten Rat, was in der Bundesrepublik geschehen soll, kann ich nicht geben, ich möchte das auch nicht. Wenn ich in der Bundesrepublik bin, fühle ich mich als Gast, lasse mich gerne orientieren. Mir scheint, wenn ich aufmerksam zuhöre und versuche die Situation zu verstehen, dann ge-

winnt der Gastgeber selber ein sehr viel besseres Bild, weil er aus den vielen Dingen, die er weiß, aber vielleicht vorerst nicht in einen klaren Zusammenhang bringt, im Gespräch mit mir den Weg zu den besten Lösungen selber findet.

FORUM:

Herr Professor Marthaler, wir bedanken uns für dieses Gespräch.

Zuckerfreie Süßwaren (1978 bis 1983)

Produkt	gesüßt mit	Hersteller
<i>Kaugummi</i>		
Ben-Bits	Sorbit	Alfred Benzon
Dentakausan	Sorbit	Roland Arzneimittel
Maple Leaf Gum	Xylit, Sorbit, Mannit	Maple Leaf
ML Sportlife – ohne Zucker	?	Maple Leaf
OK 1, 2, 3 zuckerfrei	?	OK Kaugummi
Orbit	Sorbit, Mannit	Wrigley's
OZ Spezial	Sorbit	Anton Hübner
Spirol	Xylit, Sorbit	Stimorol
Trident	Sorbit, Mannit	Adams
Vademecum Gum	Sorbit	Barnängen
Xylident	Xylit, Sorbit	Hellas (Finnland)
Yusi	Sorbit	Zeno (Wrigley)
<i>Pfefferminz</i>		
Antjes	Sorbit	Vivil A. Müller
Dr. Helle Pfefferminz ohne Zucker	?	Nappo Dr. Helle
OZ	Sorbit	Anton Hübner
Vademecum Mint	Xylit, Sorbit	Barnängen
Velemint	Sorbit	Ragolds
Vivil ohne Zucker	Sorbit	Vivil A. Müller
<i>Pastillen, Tabletten, Dragees</i>		
Ben-Ti	Sorbit	Alfred Benzon
Bentasil	Sorbit	Alfred Benzon
Bio-fresh	Xylit	Riemberg
Läkerol ohne Zucker	Xylit, Sorbit	Ahlgrens (Schweden)
ONZU Top Hit	?	Trawigo
<i>Bonbons, Gummibonbons</i>		
Citronics	Sorbit	Ragolds
Diedenhofen's Zuckerfreie	Sorbit	Diedenhofen
Hustenbon	Sorbit	Barnängen
Oranics	Sorbit	Ragolds
Gummibärchen zuckerfrei	Xylit, Sorbit	Dr. C. Soldan
Euka-Hütchen zuckerfrei	Xylit, Sorbit	Dr. C. Soldan
Kräuter-Rosetten zuckerfrei	Xylit, Sorbit	Dr. C. Soldan
Wildkirsch Bonbons zuckerfrei	Xylit, Sorbit	Dr. C. Soldan
Limona Brause Bonbon zuckerfrei	Sorbit	Dr. C. Soldan

Quelle: Oralprophylaxe 5, 54 (1983).

Der DAZ in Niedersachsen: Fruchtbare Diaspora

Der "FVDZ" proklamiert oft für sich, "im Namen der Mehrheit der Zahnärzte" zu sprechen. Dies mag für Teilbereiche der Berufspolitik (z.B. bei der Honorargestaltung) auch zutreffen, nur wirft dieser Umstand oft kein gutes Licht auf die Kollegenschaft.

Am Problem der Bezahlung von funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen läßt sich aufzeigen, welche denkwürdigen Allianzen unterschiedlicher Motivgruppen so eine Mehrheit bilden können.

1.) Da gibt es die kleine Gruppe derer, die der Fortbildungspflicht folgend die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten erlernt haben, sie im Rahmen der Vertragsfreiheit leider aber oft für utopische Honorarforderungen mißbrauchen. Auch Anwendungsgebiet und Indikationsstellung mögen von dieser Kollegengruppe oft sehr großzügig gesehen worden sein. Dem Kreis dieser Kollegen ist natürlich stark daran gelegen, die Honorierungs- und Liquidationsmöglichkeiten im Zustand der Vertragslosigkeit auch in Zukunft beizubehalten.

2.) Die andere Gruppe, nämlich die überwiegende Mehrzahl der Kollegenschaft, hat es bisher abgelehnt, sich mit diesem wichtigen Teilbereich der

Zahnheilkunde zu befassen. Es befinden z.B. gern Gutachter über die Richtigkeit von Bißlagen, ohne über das Handwerkszeug zu verfügen, Bißlagen überhaupt objektivieren zu können. Dieses Fortbildungsversäumnis der Mehrheit unserer Kollegenschaft würde natürlich durch eine Bezahlung gnathologischer Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen, also der eindeutigen Anerkennung dieser Sparte unseres beruflichen Tuns als sinnvolle und normale Therapie, ganz offenkundig werden. Um nicht selbst als Fortbildungsmittel demaskiert zu werden, will es diese Mehrheit lieber so sehen, daß Therapie von Kiefergelenkserkrankungen etwas Exotisches ist, mit dem sich nur ein paar Wichtigtuer befassen.

3.) Es soll auch Puristen geben, die allein aus ihrem Bestreben nach Kostendämpfung eine Bezahlung von Diagnostik und Therapie bei Kiefergelenksleiden ablehnen; diese wären aber als Mehrheitsbeschaffer für den "Freien Verband" doch schon sehr atypisch.

Der Vergleich rein medizinischer Aspekte dieser Frage muß uns doch zu denken geben: Ist man an einem Gelenk von Fin-

SIEMENS

Alles aus einer Hand



... so lautet unser lückenloses Angebot an technischem Gerät, an Materialien und Dienstleistungen für die zahnärztliche Praxis. Einschließlich Beratung, Planung und Einrichtung, Wartung und Technischem Service. Damit Ihr „Betrieb“ einwandfrei läuft.

Und wenn Ihnen die lustige Grafik des bekannten Karikaturisten Jules Stauber zu unserem Thema gefällt: Wir schicken sie Ihnen gern.

Postkarte bitte an eines der aufgeführten Dental-Depots.

**Ihr Siemens-Dental-Depot:
Partner für die Praxis**

8500 Nürnberg
Frauentorgraben 61
Telefon 0911/209271-74

8580 Bayreuth
Telemannstraße 1
Telefon 0921/69644

8400 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Telefon 0941/97198

ger, Arm oder Bein erkrankt oder verletzt, kann man sich in der Sicherheit der Solidargemeinschaft der Versicherten beruhigt in jede Behandlung begeben: Die Krankenkassen werden die Behandlung natürlich anstandslos bezahlen. Unabhängig davon, ob prothetische Hilfsmittel wie z.B. Schienen, Einlagen oder Bandagen erforderlich werden, oder ob die aufwendigsten Operationsmethoden herangezogen werden müssen, um das Geschehen chirurgisch zu sanieren: Die Begleichung sämtlicher Kosten ist gesichert.

Beim Kiefergelenk hingegen verhält es sich anders. Schädigungen an diesen Gelenken sind zuverlässig zu dokumentieren und zu analysieren, letztlich auch zu behandeln durch die Mittel der instrumentellen Funktionsanalyse und der Funktionstherapie. Andere diagnostische Wege, wie z.B. durch Röntgenaufnahmen und Tomogramme bieten weniger Erkenntniswert bei höheren Risiken.

Die chirurgische Behandlungsmöglichkeit am Kiefergelenk wird von den meisten Chirurgen als höchst selten indiziert und zudem sehr riskant angesehen. Sie kann zudem die Erkrankungsursachen meist nicht beheben.

Zur Frage der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen gilt aber, daß eine noch so große Anzahl von Röntgenbildern und noch so aufwendige wie abwegige Operationsverfahren anstandslos bezahlt werden, während die Krankenkassen mit der Bezahlung des naheliegendsten, einfachsten

und zweckdienlichsten Behandlungsweges bei Kiefergelenkerkrankungen offensichtlich Schwierigkeiten haben.

Der Landesverband Niedersachsen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte schrieb in seinem Informationsbrief für Zahnärzte in Niedersachsen Nr. 1, 1984 unter anderem: "In der Regel sind gnathologische Leistungen Behandlungsmaßnahmen, die oberhalb einer ausreichenden wirtschaftlichen, notwendigen und zweckmäßigen Versorgung liegen, d.h. sie gehören nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ... Gnathologische Leistungen dienen fast immer der Optimierung von Zahnersatz. Es sind private Zusatzleistungen. Nur in wenigen Grenzfällen müssen alle Register gnathologischer Möglichkeiten gezogen werden. Dies sind die Ausnahmen."

Im Klartext also: Die Behandlung kranker Kiefergelenke wird als "Luxusprothetik" diffamiert und bleibt folgerichtig begüterten Patienten vorbehalten.

In der Behandlung dieses Themas spielt sich der "Freie Verband" in der bekannten und bedenklichen Manier mit dem Vorstand der Zahnärztekammer Niedersachsen genauso die Bälle zu wie etwa beim Thema des Recalling (Wiedereinbestellungssystem) von Patienten, etwa bei Parodontalbehandlungen. Die wahren Motive sind vom Vorstand des "Freien Verbandes" (Landesverband Niedersachsen) zu diesem Themenkreis auch deutlich ausgesprochen worden: "Die pragmatische Zahnheilkunde spielt sich nicht im keimfreien Raum rei-

ner wissenschaftlicher kristalliner Zahnheilkunde ab, sondern beinhaltet auch handfeste Egoismen des einzelnen Zahnarztes, an die eine Kammer bei ihren Entscheidungen ebenfalls zu denken hat." So deutlich hat der "Freie Verband" selten der Präambel seiner eigenen Satzung widersprochen. Dort hieß es nämlich noch "... zum Wohle der kranken Menschen".

Kammerpräsident Bunke, der doch laut Auftrag neutral sein und als Präsident aller Zahnärzte Niedersachsens auch Minoritätenrechte berücksichtigen muß, achtet peinlichst darauf, daß die Forderungen des "Freien Verbandes" vollständig in Kammerpolitik umgesetzt werden.

Dr. Sebastian, gewiß kein Gegner des "Freien Verbandes", aber doch um den Anschein der Überparteilichkeit bemüht,

hatte allen Anlaß, sich über die "Tritte und ... dröhnenden Rufe auf dem Boden der Berufs- und Gesellschaftspolitik" des Niedersachsenrosses zu beklagen, während Dr. Herrmann vom "FVDZ" wie bei einem Heimspiel jubeln mochte: "Hier stimmt einfach alles."

Bedingt durch eine eklatante Diaspora-Situation freut sich der DAZ über sein besonders schnelles Anwachsen in Niedersachsen.

Neben unseren zahnmedizinisch-fachlichen Zielen bemühen wir uns hier besonders darum, daß nicht mehr parteiliches Verbandsinteresse, sondern wieder der gesetzliche Rahmen als oberste Maxime der Kammerpolitik erkennbar wird.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

KARIESPROPHYLAXE NORWEGISCH

Daß in Norwegen seit einigen Jahren ein deutlicher Rückgang der Kariesdefekte bei Jugendlichen festzustellen ist, liegt sicher vor allem an der intensiven Gesundheitserziehung und den Prophylaxemaßnahmen in Kindergärten und Schulen. Doch auch die Eltern tragen ihren Teil dazu bei: in vielen norwegischen Familien gibt es Süßigkeiten und Bonbons für die Kinder nur an einem Tag in der Woche: an diesem Tag kann hemmungslos geschleckt wer-

den, danach - selbstverständlich - Zähneputzen. An allen übrigen Tagen werden - auch geschenkte - Süßigkeiten gesammelt. Kindern, die gegen diese Regel verstoßen und zwischen-durch naschen, wird der nächste Zuckertag gestrichen. Die Eltern betonen aber, so etwas käme sehr selten vor. Wäre die Einführung eines Zuckertages nicht auch bei uns eine Möglichkeit auf dem Weg zu weniger Zuckerkonsum?

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

Wie hätten Sie's denn gern?

oder:

Nicht die Sache, sondern der Gegner bestimmt das Argument!

Vorgang:

Dr. Ebenbeck klagt auf Unterlassung von politischen Äußerungen der bayerischen Landes Zahnärztekammer im Bayerischen Zahnärzteblatt.

Richtspruch:

Dr. Ebenbeck bekam wie erwartet Recht. Der BLZK und deren Vorsitzenden werden allgemeinpolitische Meinungsäußerungen für die Zukunft untersagt.

Ende des Vorgangs.

Was macht der Freie Verband Deutscher Zahnärzte daraus?

Der bayerische Vorsitzende des FVDZ, Kollege Vollmer, schreibt am 02.04.84 an alle bayerischen Kollegen einen zweiseitigen Rundschlag-Brief, der Kopfschütteln auslöst. Neben spekulativen Vermutungen und frommen Wünschen stiftet die konfuse Argumentation mehr Verwirrung als Aufklärung. Zum Gerichtsurteil wird nichts Konkretes gesagt, sondern alles wird, wie Herr Vollmer selbst schreibt, "etwa sinngemäß", dichtend umschrieben.

FVDZ-Mitglied Dr. v. Glass schreibt für das BZB (5/84, Seite 34) einen Leserbrief, in dem er mit naivem Augenaufschlag "Kommunikation" im Jasper'schen Sinn fordert - was immer das sein soll -, wohlwissend, daß Meinungen des DAZ in aller Regel gar nicht gedruckt bzw. nur zensiert ge-

druckt werden. Ansonsten grämt er sich um das unterdrückte Recht auf ungeschmälernten (einseitigen) Informationsfluß und hadert mit der Justiz, die er nicht mehr versteht und an deren Rechtsverständnis er schier verzweifelt.

Die Zeitung des FVDZ, der "Freie Zahnarzt" (6/84, Seite 37) folgert, daß all dies eine "Aufforderung zum Rechtsbruch" ist, denn wer ... "Urteile der Gerichte" ... (diese Frage hat bereits das Bundesverwaltungsgericht entschieden) ... "nicht mehr akzeptiert, der bekämpft den Rechtsstaat und das Grundgesetz" ... Im "Freien Zahnarzt" wird dieses Mal allerdings die andere Seite gescholten, die "Vereinigte Deutsche Studentenschaft", die zu allgemeinpolitischen Fragen Stellung genommen hat und nun die gerichtlich ausgesprochene Unterlassung von Rechtsanwälten begutachten ließ. Diese Aufmüppigkeit genügt bereits dem "Freien Zahnarzt", um wenige Zeilen später fortzufahren, wer ... "Artikel in der Verfassung in seiner Argumentation ewig im Munde führt, selbst aber nicht einen Teil dieser Verfassung akzeptiert, muß sich gefallen lassen, daß sein Handeln unredlich und unmoralisch genannt wird."

Dem wäre nichts hinzuzufügen.

Dr. Helmut Simon
Romanstr. 39
8000 München 19

SCHMIDPAULA

SP

DENTALLABOR

FRÄSTECHNIK · KONOMETRIE
KERAMIK · MODELLGUSS
PROTHETIK

Gerhard Schmid + Bernd Paula
Bruderwöhrdstraße 10
8400 Regensburg
Fernruf (0941) 52188

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

DAS DAZ-FORUM VERÖFFENTLICHT EIN REFERAT VON GÜNTHER REITER, MITARBEITER DES LANDESVERBANDES DER ORTSKRANKENKASSEN UND DORT ZUSTÄNDIG FÜR DAS VERTRAGSWESEN-ZAHNÄRZTE. DAS REFERAT WURDE IM RAHMEN DER "HERSBRUKKER GESPRÄCHE" AM 28.05. bis 29.05.1984 VORGETRAGEN. DIE VERÖFFENTLICHUNG ERFOLGT MIT ZUSTIMMUNG DES REFERENTEN UND DES GESCHÄFTSFÜHRERS DES BAYERISCHEN LANDESVERBANDES DER ORTSKRANKENKASSEN, HERRN HANS SITZMANN. DIE REDAKTION HÄLT DIE VERÖFFENTLICHUNG DIESES REFERATES FÜR WICHTIG UND NOTWENDIG UND FORDERT DIE LESER AUF DAZU STELLUNGNAHMEN ABZUGEBEN, UM DIE DISKUSSION ZU DEM THEMA "QUALITÄTSSICHERUNG IM GESUNDHEITSWESEN" ZU VERTIEFEN.

DIE REDAKTION

Der Gesetzgeber hat einerseits den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Krankenpflege eingeräumt (s. § 182 Abs. 2 RVO) und andererseits den sog. "Leistungserbringern" aufgegeben, daß sie Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen dürfen und diese von den Krankenkas-

sen auch nicht bewilligt werden können (vgl. § 368e RVO). Mit dem in der Reichsversicherungsordnung verankerten "Sachleistungsprinzip" wurde den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern als gemeinsame Aufgabe übertragen, "eine unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen" (vgl. § 368 Abs. 3 RVO) oder - anders aus-

gedrückt - sie haben den Anspruch der Versicherten auf zweckmäßige Leistungen im notwendigen Umfang zu einer angemessenen Vergütung zu erfüllen. Dieses "magische Dreieck" Qualität-Quantität-Preis ist aus den Beziehungen der Krankenkassen zu ihren Vertragspartnern nicht mehr wegzudenken, zumal auch die gesetzliche Krankenversicherung - heute mehr denn je - ökonomischen Zwängen unterliegt. Dazu gehört u.a., daß man immer wieder Standortbestimmungen vornimmt, um durch Vergleiche mit anderen Systemen im In- und Ausland die Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens zu prüfen. Die bisherigen Untersuchungen auf diesem Gebiet beweisen allerdings nur, daß wir wohl über das aufwendigste und teuerste Gesundheitssystem auf der ganzen Welt verfügen; ob wir damit aber auch das "beste" Gesundheitswesen haben - wie gerne behauptet wird -, muß bezweifelt werden. Anlaß hierzu geben immer wieder einzelne Statistiken (wie z.B. über die Säuglingssterblichkeit oder über die Karieshäufigkeit bei Kindern), die eine "optimale" Relation zwischen Aufwand und Erfolg im deutschen Gesundheitswesen sehr in Frage stellen. Dabei ist zuzugeben, daß es natürlich einfacher ist, Preis und Quantität zu messen und zu vergleichen als Qualität. Dies ist wohl eine Erklärung dafür, daß sich selbst die Krankenkassen in der Vergangenheit vorwiegend mit Vergütungsfragen beschäftigt haben, zumal ihnen die Kostendämpfung

in den letzten Jahren am meisten auf den Nägeln brannte. Nachdem es in mühevoller Kleinarbeit gelungen ist, den Preis für fast alle sog. Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen und mittlerweile auch Versuche der Behandler, dies durch eine entsprechende Mengenausweitung zu kompensieren, weitgehend unterbunden werden konnten, ist es nunmehr vordringliche Aufgabe zu verhindern, daß dies alles womöglich auf Kosten der Qualität geschieht. Einzelfeststellungen aus allen Bereichen zeigen jedenfalls, daß immer wieder versucht wird, dem zunehmenden ökonomischen Druck auszuweichen durch Flucht in "mindere Qualität", wobei dies nicht nur auf die Leistungen selbst (z.B. unvollständig, unzweckmäßig, schlechtes Material etc.), sondern auch auf die Leistungserbringer zutrifft (z.B. durch mangelnde Ausbildung und Fortbildung oder unzulässige Delegation auf Hilfskräfte).

Qualitätssicherung bei Leistungserbringern

Die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen muß deshalb schon bei der Teilnahmeberechtigung der Behandler und Lieferanten ansetzen. Dazu hat der Gesetzgeber selbst bereits zahlreiche Regelungen getroffen, und zwar allgemeiner Art (z.B. Approbationsordnung für Ärzte und Zahnärzte, Zahnheilkundengesetz, Apothekergesetz, Hebammengesetz, Handwerksordnung, Gewerbeordnung etc.) als auch spezieller Art (z.B. Zulassungsordnung für Kassenärz-

te und Kassenzahnärzte), wobei er es weitgehend den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung überließ, die Einzelheiten über Zulassungs- und Lieferbedingungen mit den jeweiligen Standes- bzw. Berufsvertretungen zu regeln. Danach haben die Leistungserbringer einerseits persönliche Voraussetzungen (wie Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung etc.) und andererseits sachliche Voraussetzungen (wie Betriebseinrichtung, apparative Ausstattung etc.) zu erfüllen, um an der Versorgung der Versicherten teilnehmen zu können.

Persönliche Voraussetzungen

Hier aber beginnen bereits die Probleme; so reichen zum Teil die bestehenden Bestimmungen nicht aus, eine entsprechende Qualifikation sicherzustellen. Wie die Diskussion der letzten Monate gezeigt hat, entspricht der Wissensstand der Ärzte, die nach Erhalt der Approbation sofort eine Praxis eröffnen würden nicht den Erfordernissen der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Grund hierfür sind die allseits bekannten hohen Studienzahlen für Ärzte und die damit im Zusammenhang stehende mangelhafte Ausbildung. Es kann nicht angehen, daß das Quantitätsproblem lediglich von der Praxis (Stichwort: Fünf-Minuten-Medizin) nunmehr in die Hochschule (Stichwort: Schmalspur-Mediziner) verlagert wird. Vorübergehend wurde deshalb jetzt die Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit von 6 auf 18 Monate verlängert; ab 1. Janu-

ar 1989 soll dann in die Approbationsordnung eine Bestimmung über eine entsprechend lange Praxisphase aufgenommen werden. Das ist für uns völlig ungenügend: Wir fordern die Pflichtweiterbildung des Allgemeinarztes nach seiner Approbation und vor der Zulassung zur Kassenpraxis.

Auch mit der Fortbildung ist noch nicht alles in Ordnung. Daß wegen des wachsenden Umfangs und der zunehmenden Kompliziertheit der Materie eine ständige Fortbildung der Leistungserbringer (und ihrer Hilfskräfte) unabdingbar ist, versteht sich eigentlich von selbst. Die Krankenkassen können für ihr gutes Geld auch gute Qualität fordern. Es ist daher unbedingt erforderlich, alle Behandler und Lieferanten laufend nicht nur über die Änderungen der vertraglichen Regelungen, sondern auch über die Entwicklung in Medizin und Technik zu unterrichten und zu beraten, eine Aufgabe, der sich die jeweiligen Standes- und Berufsorganisationen noch viel mehr unterziehen müssen. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, in ihren Satzungen Bestimmungen über die Fortbildung aufzunehmen. Daneben fühlen auch wir uns selbst berechtigt, in Vertragspartnerschaft solche Zielsetzungen zu verfolgen. So wurde z.B. erst kürzlich mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns ein sog. "Beratungs- und Vorbegutachtungsverfahren" vereinbart, in dessen Rahmen Zahnärzte über die zweckmäßige und ausreichende Versorgung mit Zahnersatz und

Zahnkronen ihrer Patienten beraten werden. Mit diesem Verfahren soll ebenso wie mit dem bereits seit längerer Zeit geltenden Einzelbegutachtungsverfahren verhindert werden, daß eine "unwirtschaftliche" Versorgung durchgeführt wird, weil das Vermeiden von Kosten immer besser ist als ein nachträgliches Korrigieren durch Regreß mit allen unliebsamen Begleiterscheinungen.

In diesem Zusammenhang erhebt sich auch die Frage, ob es noch zeitgemäß ist, daß jeder Arzt bzw. Zahnarzt alle Leistungen durchführen kann, oder ob es bei - vor allem neu eingeführten - medizinisch hochwertigen Leistungen möglicherweise des verstärkten Einsatzes von Spezialisten bedarf (ggf. auch innerhalb eines Fachgebietes), die ihre Fachkenntnisse durch entsprechende Zertifikate auch nachweisen müssen. So zeigt beispielsweise eine Reihe von Fällen bei der kieferorthopädischen bzw. parodontologischen Behandlung bereits heute, daß offensichtlich einige Zahnärzte nicht alle Gebiete der Zahnheilkunde beherrschen; deshalb ist an die Einführung neuer Behandlungsmethoden, wie z.B. für Kiefergelenks-Erkrankungen und Zahn-Implantaten, in die kassenzahnärztliche Versorgung nur zu denken, wenn neben konkreten Indikationskatalogen auch entsprechende Befähigungsnachweise vereinbart werden. Solche Ansinnen werden bisher leider von den Standesvertretungen als unzulässiger Eingriff in die freie Berufsausübung immer wieder zurückgewiesen.

Hier gewinnt im übrigen auch die Bedarfsplanung immer mehr an Bedeutung, die sich heute schon nicht mehr ausschließlich mit Quantitätsfragen, sondern zunehmend auch mit Qualitätsfragen zu beschäftigen hat, da ja eine "gleichmäßige" Versorgung - wie es der Gesetzgeber fordert - auch einen bedarfsgerechten Einsatz von Spezialisten erfordert. Dies gilt nicht nur für den ambulanten, sondern auch für den stationären Bereich, wie z.B. die in letzter Zeit häufig diskutierte Trennung der Fachrichtungen Geburtshilfe und Gynäkologie im Rahmen der Krankenhausplanung zeigt.

Sachliche Voraussetzungen

Gerade im Krankenhausbereich aber wird deutlich, daß neben den persönlichen auch den sachlichen Voraussetzungen große Bedeutung im Rahmen der Qualitätssicherung zukommt. Die Entwicklung der Medizintechnik im Krankenhaus, vor allem der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, schreitet immer rascher voran. Um das unkontrollierte Nebeneinander dieser teuren Apparaturen zu verhindern und die notwendige Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Bereich herzustellen, wurde in Bayern eine Kommission eingesetzt, der auch die Krankenkassen angehören.

- Während Nukleardiagnostik und -therapie, Computertomographie und Herzkathetermeßplätze heute schon weitgehend zum Leistungsangebot der Krankenhäuser der zweiten und dritten Versorgungsstufe zählen, bleibt z.B. die extrakor-

porale Nierensteinertrümmerung in Bayern zunächst den Universitätskliniken vorbehalten, und zwar mit Standorten in München, Würzburg und Erlangen.

- Im Bereich der Nierentransplantation werden zusätzlich zu den Zentren an den Kliniken in München-Großhadern bzw. Erlangen-Nürnberg auch an der Universitätsklinik Würzburg neue Kapazitäten geschaffen.

- Die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzten wird im Rahmen eines Modellprojektes unter völlig neuer Zielsetzung in München-Bogenhausen erprobt.

- Auf dem Gebiet der Herzchirurgie werden zur Beseitigung des noch gegebenen Engpasses zusätzliche Kapazitäten errichtet, und zwar werden künftig 6 herzchirurgische Kliniken zur Verfügung stehen (in München (2), Erlangen-Nürnberg, Würzburg, Bad Neustadt/Saale und Augsburg).

- Aber auch der Ausbau interdisziplinärer Intensivstationen setzt sich fort; parallel dazu verlief der Aufbau neonatologischer Intensivstationen.

Im ambulanten Sektor fehlt leider noch eine solche Kommission, da die Ärzte jede Investitionslenkung als Eingriff in ihre Freiberuflichkeit ablehnen; andererseits gibt es hier eine Reihe von Richtlinien, wie z.B. zur

- Qualitätssicherung der quantitativ klinisch-chemischen Laboruntersuchungen

- Qualitätssicherung von radiologischen Leistungen

- Durchführung sonographischer

Untersuchungen in der kassenärztlichen Versorgung

- apparativen Ausstattung einer Kassenpraxis zur Durchführung ultraschalldiagnostischer Leistungen

- Arbeitsweise und zu den medizinischen Erfordernissen bei der Erbringung von Laborleistungen

- Erbringung von Langzeitband-speicher-Elektrokardiogrammen.

Persönliche und sachliche Voraussetzungen für eine Behandlungs- bzw. Lieferberechtigung werden auch mit den "sonstigen" Vertragspartnern (Krankengymnasten, Masseur, medizinische Badetriebe, Optiker, Bandagisten, Hörgeräteakustiker etc.) schon seit Jahren vereinbart.

Neuerdings wurden solche Regelungen auch mit den Innungen des Zahntechniker-Handwerks für die gewerblichen Laboratorien getroffen, die allerdings derzeit noch nicht voll zum Tragen kommen, weil sich die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns weigert, diese Vereinbarungen anzuerkennen. Angesichts der Tatsache, daß für alle Behandler und Lieferanten - auch für die Zahnärzte selbst - Zulassungs- bzw. Lieferungsbedingungen gelten, ist es völlig unverständlich, weshalb die Zahnärzte auch an nicht lieferberechtigte Laboratorien Aufträge vergeben wollen, die dann von den Krankenkassen bezahlt werden sollen. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns lehnt es ebenso ab, für die zahnärzteigenen Laboratorien Regelungen über die erforderlichen Betriebsausstattungen

zu treffen, obwohl solche nicht nur für alle "Gesundheitsmechaniker" (u.a. für gewerbliche zahntechnische Laboratorien), sondern auch - wie bereits erwähnt - für Laboreinrichtungen der Ärzte vereinbart wurden.

Qualitätssicherung der Leistungen

Ebenso wie bei der Qualitätssicherung der Leistungserbringer läßt auch die Qualitätssicherung bei den Leistungen selbst noch einiges zu wünschen übrig. Zunächst ist festzustellen, daß die gesetzliche Krankenversicherung nur solche Untersuchungs- und Heilmethoden und Materialien in ihr Leistungsangebot aufnehmen darf, die wissenschaftlich anerkannt und ausreichend erprobt sind; damit ist schon eine erste Qualitätsnorm geschaffen worden, die von den auf Bundesebene eingerichteten "Ausschüssen für Untersuchungs- und Heilmethoden" der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen überwacht werden soll - bei der heutigen raschen Fortentwicklung in Medizin und Technik sicher keine leichte Aufgabe, der sich diese Ausschüsse denn auch mit wechselndem Erfolg unterziehen. Dabei ist interessant zu beobachten, daß hier erhebliche Auffassungsunterschiede zwischen ärztlichen und zahnärztlichen Standespolitikern bestehen: Während die Ärzte sehr daran interessiert sind, jede neue Untersuchungs- und Heilmethode in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen und damit das Leistungsspektrum der Kassenärzte zu erwei-

tern, hat man bei den Zahnärzten den Eindruck, daß ihnen mehr daran gelegen ist, neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten aus der kassenärztlichen Versorgung herauszuhalten, um - unabhängig von vertragsgebundenen Vergütungen - möglichst lange Privathonorare abschöpfen zu können.

Was in diesem Bereich allerdings fast noch völlig fehlt, sind verbindliche Richtlinien zur Verwendung bestimmter normierter Werkstoffe; dies wird vor allem deutlich bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, wo es bisher an wichtigen Stellungnahmen dieses Ausschusses zum verwendbaren Material (vor allem Kunststoffe und Dentallegierungen) mangelt. Leider gibt es ja in Deutschland keine der amerikanischen "Food and Drug-Administration (FDA)" vergleichbare Einrichtung, die sich solcher Dinge annehmen könnte. So müssen sich die Krankenkassen immer wieder selbst behelfen, wie z.B. bei dem erst kürzlich durchgeführten Test über Metall-Brillenfassungen, der deutlich machte, daß bei der Mehrzahl der geprüften Modelle gravierende Mängel bestehen. Die Krankenkassen haben deshalb die Aufnahme von Metall-Brillenfassungen für die Standard-Versorgung ihrer Versicherten erneut abgelehnt, da die Optiker zum vereinbarten Preis keine qualitativ hochwertigen Metallfassungen liefern können.

Konkrete Vorgaben des genannten Ausschusses aber sind notwendig, damit die Vertragspartner einerseits entsprechende "Richtlinien über eine

ausreichende und zweckmäßige Versorgung" und andererseits die dafür erforderlichen "Leistungsbeschreibungen und Vergütungen" für alle einschlägigen Bereiche vereinbaren können. Gerade hier liegt ein weites Feld für Qualitätssicherung, in dem nicht nur exakte Leistungsinhalte und angemessene Preise festgelegt werden können, sondern über finanzielle Anreize einzelner Leistungen oder Leistungsbeiriche auch noch eine Steuerung der Behandlungsmethoden möglich ist (z.B. Bevorzugung von Vorbeugung und Früherkennung, mehr persönliche als technische und medikamentöse Leistungen, Zahnerhaltung geht vor Zahnersatz etc.).

Qualitätskontrolle

Eine erfolgreiche Qualitätssicherung wird allerdings nie ohne Qualitätskontrolle möglich sein. Auch hier muß man wieder trennen zwischen den Leistungserbringern und den Leistungen selbst.

Was die Leistungserbringer betrifft, wird das Vorliegen der Voraussetzungen in aller Regel bereits bei Beginn der Zulassung bzw. Lieferberechtigung geprüft. Alle teilnahmeberechtigten Behandler und Lieferanten sind verpflichtet, irgendwelche Änderungen der sachlichen und persönlichen Voraussetzungen anzuzeigen. Außerdem ist der entsprechende Nachweis (z.B. auch der erforderlichen Fortbildung) zu führen (ggf. auf Antrag). Mit dem häufig vereinbarten Recht der sog. "Betriebsbegehung" für Beauftragte der Krankenkassen oder/und Berufsvertretungen sind

auch laufende Kontrollen möglich, ob z.B. die Betriebsausstattung den jeweiligen Anforderungen entspricht; dieses Recht ist allerdings noch nicht in allen Vereinbarungen enthalten (z.B. nicht bei Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken). Sofern die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden, kann - ebenso wie bei eklatanten Vertragsverstößen (z.B. unzulässige Delegation von Leistungen auf Hilfskräfte oder Abrechnung nicht erbrachter Leistungen etc.) - die Zulassung bzw. Lieferberechtigung wieder entzogen werden.

Wesentlich schwieriger gestaltet sich die Qualitätskontrolle der Leistungen selbst. Ein wesentlicher Bestandteil hierfür sind entsprechende Leistungsstatistiken, aus denen man nicht nur deren Quantität ablesen kann, sondern die - bei entsprechender Kenntnis der Materie - auch Aussagen über die Qualität zulassen. Allerdings mangelt es derzeit allen vorhandenen Statistiken an zwei entscheidenden Voraussetzungen, nämlich, daß sie zum einen leider nicht fallbezogen sind und zum anderen auch keine längeren Zeiträume umfassen, sondern in der Regel nur eine Momentaufnahme darstellen. Eine klarere Aussage zur Qualität der einzelnen Leistungen wäre aber erst durch eine langfristige fallbezogene Datenerfassung unter Beachtung des Datenschutzes möglich (z.B. bei Zahnärzten: Wie lange halten die Füllungen? Welche Lebensdauer hat der eingegliederte Zahnersatz? Sind viele Reparaturen notwen-

dig?). Daß eine entsprechende Transparenz des Leistungsgeschehens heute durch die EDV durchaus möglich wäre, ist unbestritten; welche Probleme (vor allem wegen des Datenschutzes) andererseits damit verbunden sind, hörten Sie bereits in einem eigenen Referat.

Derzeit bleibt nur die Möglichkeit mit den vorhandenen Mitteln zu versuchen, die Qualität einzelner Leistungen wenigstens durch Stichproben zu kontrollieren. Schließlich haben die Krankenkassen ja nicht nur das Recht, sondern sogar die Verpflichtung, die Verordnung von Versicherungsleistungen nachprüfen zu lassen (s. § 369b RVO); dabei soll die Krankenkasse nicht nur prüfen, ob die Leistungen erbracht wurden, sondern auch von wem (zugelassener Behandler? lieferberechtigter Betrieb? berechnigte Hilfskräfte?) und vor allem wie die Leistungen erbracht wurden. Daß dies immer nur in beschränktem Umfang möglich sein wird, ergibt sich von selbst. So kann z.B. die Qualität einer gelegten Füllung oder eines angefertigten Zahnersatzes oder eines verordneten Hilfsmittels relativ problemlos geprüft werden, wenn entsprechende Qualitätsmerkmale festgelegt wurden. Auch im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung gibt es kontrollierbare Leistungen, z.B. ob die Röntgenaufnahmen technisch überhaupt auswertbar sind; ob der Arzt bzw. Zahnarzt die richtigen Schlüsse aus den Aufnahmen gezogen hat, ist schon wesentlich schwieriger

zu beurteilen. Ziel einer Qualitätssicherung - die diesen Namen verdienen soll - muß es aber sein, daß sich den zweifellos verbesserten diagnostischen Möglichkeiten auch zweckmäßige Heilmethoden anschließen.

Schon hier stoßen wir aber auf den Widerstand der Ärzte und Zahnärzte, die eine solch weitgehende Qualitätskontrolle als unzulässigen Eingriff in die Therapiefreiheit entschieden ablehnen. Wir meinen jedoch, daß die Therapiefreiheit im Rahmen der kassenärztlichen bzw. -zahnärztlichen Versorgung dort ihre Grenzen hat, wo die Unwirtschaftlichkeit beginnt, egal ob dies nun den Preis, die Quantität oder die Qualität betrifft. Dabei verkennen wir nicht, daß ein Unterschied zwischen Qualitätskontrolle und Erfolgskontrolle besteht: Während im Rahmen des Werkvertrages (z.B. bei handwerklichen Leistungen der Optiker, Bandagisten, Hörgeräteakustiker, Zahntechniker etc.) auch der Erfolg garantiert werden muß, kann im Rahmen des Dienstvertrages (z.B. bei der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung) nur eine Leistungserbringung nach den jeweiligen Erkenntnissen der Medizin und Technik erwartet werden, d.h. mit anderen Worten, der Behandler verspricht, nur "nach bestem Wissen und Gewissen" zu handeln, einen Erfolg garantiert er nicht. Für Deutschland gilt eben immer noch das Bürgerliche Gesetzbuch und - leider - nicht das Recht früherer chinesischer Dynastien: Dort erhielten die damals noch leibeige-

nen Ärzte ihr Honorar nur, solange es ihnen gelang, den Patienten gesund zu erhalten. Ein solches "Erfolgshonorar" wäre vielleicht ein neuer Beitrag zum Thema: "Selbstverant-

wortung und Selbstbeteiligung" und könnte diese Diskussion unter dem Motto "Belohnungsprinzip einmal anders" sicher etwas bereichern.

Zitate – Zitate – Zitate – Zitate

BERATUNGS- UND BEGUTACHTUNGSVERFAHREN BEIM ZAHNERSATZ AUF ALLE BUNDESVERBÄNDE AUSGEDEHNT

Mit Spruch vom 14.3.1984 hat das Bundeschiedsamt für die Kassenzahnärztliche Versorgung die bereits zwischen dem Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen einerseits und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung andererseits getroffene Regelung zum Beratungs- und Begutachtungsverfahren auch auf die Betriebs- und Innungskrankenkassen ausgedehnt. Damit ist die einheitliche Anwendung des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte wieder gewährleistet. Das Bundeschiedsamt hat gleichzeitig die Kompetenz der Bundesverbände auch für solche Rahmenregelungen bestätigt, die Einfluß auf die wirtschaftliche Form der Versorgung nehmen.

Diese weitergehenden Beratungs- und Begutachtungsverfahren sind in den einzelnen Landesbereichen zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten aufgelaufen. Dort, wo sie intensiv betrieben werden, liegen bereits Erkenntnisse

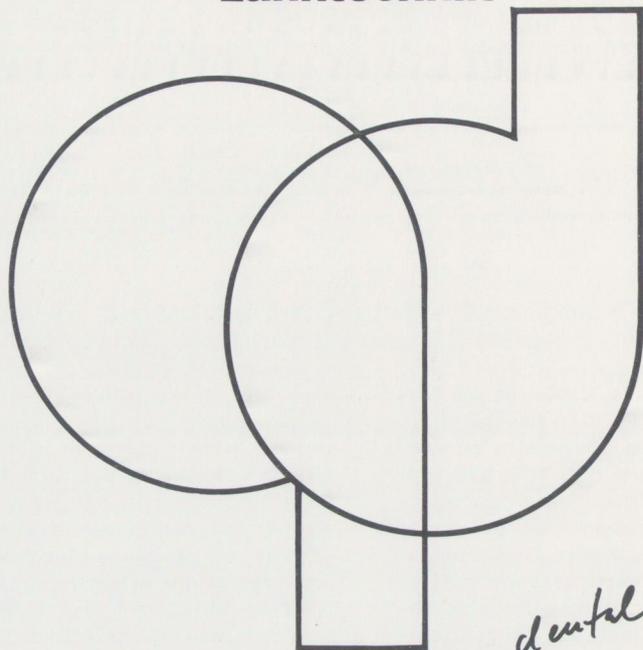
vor, daß die Verfahren eine Verhaltensänderung bei den betroffenen Zahnärzten im Sinne einer wirtschaftlicheren Versorgung bewirkt haben. In Einzelfällen konnte eine Umsatzreduzierung bei der Zahnersatzversorgung von bis zu 80 v.H. erreicht werden. Auch die neuinstallierten Gutachtergremien orientieren sich stärker an den in der RVO geforderten Wirtschaftsprinzipien. Obwohl wegen der zeitaufwendigen Verfahren noch kein umfassender Überblick zu den diesbezüglichen Aktivitäten vorliegt, ist bekannt geworden, daß bis zu 50 v.H. der Heil- und Kostenpläne der in der Versorgung auffälligen Zahnärzte zurückgewiesen wurden.

Es bleibt zu hoffen, daß die beabsichtigten Selbstverwaltungsmaßnahmen nunmehr verstärkt eingesetzt werden und zu einer wirtschaftlicheren Versorgung des kostenaufwendigen Bereiches Zahnersatz führen.

DOK 1984, S. 456

Zitate – Zitate – Zitate – Zitate

**die adresse für individuelle, moderne
zahntechnik**



quitera dental

quitera dental gmbh

aussigerstr. 21 a

8411 zeitlarn

tel. 6 33 43

od. 6 32 43

**KERAMIK
FRÄS-, TELESKOP-, GESCHIEBE-
TECHNIK**

CROZAT - MODELLGUSS - PROTHETIK - KFO

Das Kuckucksei Selbstbeteiligung

- Protokoll zur VDZM-Veranstaltung in Frankfurt

ZUR DISKUSSION DIESER FRAGE WAREN AM 19. MAI 1984 IN FRANKFURT AUF EINLADUNG DER VDZM EINIGE FACHLEUTE ZUSAMMENGEKOMMEN. UND WIE INZWISCHEN USUS, GLÄNZTEN DIE ETABLIERTEN STANDESVERTRETER UND VERFECHTER DER ZWEIFACHBETEILIGUNG DURCH ABWESENHEIT.

SO WAREN WIR UNS WIEDERMAL ALLE EINIG, WELCH KUCKUCKSEI DIE SELBSTBETEILIGUNG IM MEDIZINBEREICH IST. DIFFERENZ ZEIGTE SICH LEDIGLICH IN NUANCEN.

OBWOHL ALSO KEIN HARTER SCHLAGABTAUSCH ZU ERWARTEN WAR (BDZ UND FVDZ HATTEN SCHON VORHER ABGESAGT), DAS THEMA EHER TROCKEN KLINGT UND EINE ANZEIGE DER VERANSTALTER IM HESSISCHEN ZAHNÄRZTEBLATT ABGELEHNT WORDEN WAR, FANDEN SICH DOCH ETWA 50 ZAHNÄRZTE EIN.

NACH SECHS INTERESSANTEN REFERATEN VON VERSCHIEDENEN GRUPPENVERTRETERN SCHLOSS SICH EINE LANGE DISKUSSION AN.

- Als erster Referent stellte Klaus Priester, von Beruf Medizinsoziologe, Thesen zur Selbstbeteiligung in Krisensituationen auf, nachdem er ausführlich über die Bedeutung der Sozial- und Gesundheitspolitik in der Marktwirtschaft gesprochen hatte. Sehr klar die Dialektik der Krisensituation, wo die Ärzteschaft gespalten ist, da sie Einkommensrückgänge fürchtet, aber gleichzeitig Selbstbeteiligung wollen muß - jedoch nicht im "eigenen Haus" und nicht spür-

bar für die Nachfrage. Sozialmedizinische Folgen dieser Individualbeteiligung dürften sich zeigen im Sinken der Nachfrage - zumindest anfangs -, in einer Entprofessionalisierung - Patienten werden häufiger über Behandlungsbedarf entscheiden als früher, die Ärzte seltener -, im Unterbleiben notwendiger Behandlung, in der Überbelastung chronisch Kranker, und ein Todesstoß für das Prinzip Prävention. Logisch scheint diese unsoziale Forderung le-

diglich im Licht der Selbstverschuldensthese konservativer Ideologie.



- Herr Borchert von der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) sieht die Forderung nach Selbstbeteiligung primär als Ablenkungsmanöver von Diskussionen über verfehlte Strukturen im Gesundheitswesen. Ethisch heikle Bereiche, nämlich das Leiden, dürften nicht noch stärker ökonomisiert werden. Dagegen fordert die ASG Aufklärung und Motivation. Die vielbeschworene und vielbeklagte Anspruchsmentalität findet sich am ausgeprägtesten bei den Anbietern, denen Selbstbeteiligung Freiräume zurückgewinnen soll, worin sie nicht mehr Gruppen, sondern Individuen gegenüberstehen. Also auch ein Freiraum, mehr zu verdienen und Kontrolle zu vermeiden.

- Für die Fraktion der Grünen im Bundestag war das derzeit einzige mit Gesundheitspolitik

befahzte Mitglied erschienen: Maritta Wagner. Fairerweise muß man die prekäre personelle Unterbesetzung der Bonner Grünen erwähnen, die neben dem Tagesgeschäft anscheinend wenig Zeit für die Erarbeitung größerer Perspektiven erlaubt. Dementsprechend unausgegoren wirkten die Vorschläge zur Umgehung der Selbstbeteiligung, nämlich Vergütung des ärztlichen Gesprächs, Gesundheits-erziehung und natürlich Prävention und eine gesündere Umwelt/Gesellschaft. Auf viel Skepsis (anscheinend auch bei den Grünen selbst) stößt der Vorschlag, auch Naturheilmittel in den Katalog der GKV aufzunehmen.

- Edwin Smigielsky ist Leiter des Planungsstabs beim BdO in Bonn. Er wagte sich als einziger zu einem "Jein" vor und akzeptierte für die AOK Selbstbeteiligung da, wo sie gesundheitlich unbedenklich sei, und auch nur dann, wenn sie zu echter Kostensenkung führe (also nur für weiße Neiger). Da sie gegen das Solidaritätsprinzip verstößt und auch noch einseitig die Arbeitgeberseite entlastet, findet sie keine große Liebe bei der AOK. Die unumgängliche Härtefallregelung beim Selbstbehalt träfe die AOK gegenüber anderen Kassenarten unproportional, wodurch die Wettbewerbsverzerrung noch krasser würde. Zudem entsprechen Bedürftigkeitsprüfungen nicht dem Selbstverständnis der AOK, die nicht in Finanzen schnüffeln wolle. Ein bereits gebranntes Kind ist die AOK durch die Herausnahme der Bagatellarzneimittel aus dem

Leistungskatalog (ja auch eine Selbstbeteiligung), da die Pharmaindustrie postwendend den Umsatzrückgang durch Kostenerhöhung wettgemacht hat. So sind die Patienten nun doppelt belastet.

Ähnlich der ASG fordert die AOK strukturelle Änderungen besonders bei Leistungserbringern und der Pharmaindustrie (Werbung).

- Dem letzten Referenten Jochen Brückmann blieb im wesentlichen nur die Wiederholung bereits diskutierter Argumente, wobei die VDZM die Lösung aller Probleme noch immer im langfristigen Gesellschaftswandel mit Vergesell-



wähnt, daß der Bundesverband der Ortskrankenkassen sich scheut, mit den Ärzten im Clinch zu liegen, da die Versicherten dies begreiflicherweise ablehnten. Wir meinen, es hat nie an Angeboten von Zahnärzten gefehlt, sinnvolle Strukturreformen zu erarbeiten, was leider vom BdO nicht aufgegriffen wurde.

Interessant der Hinweis auf Meinungsumschwünge bei den Kieferorthopäden, die heute Selbstbeteiligung als unsozial ablehnen, obwohl sie Anfang der 70er Jahre den Vertrag mit der GKV erst nach einjährigem schweren Kampf mit der KZBV widerwillig geschluckt hatten.



schaftung des Gesundheitswesens sieht. Bis dahin wäre Kosteneinsparung und damit Umgehung der Direktbeteiligung nur möglich mit Effizienz- und Qualitätskontrollen sowie kollektiver Prophylaxe, die aber ausschließlich Sache des Jugendzahnärztlichen Dienstes und von Kassenambulatorien sei.

- Von der anschließenden sehr lebhaften Diskussion sei er-



So wenig kontrovers auch die Selbstbeteiligung in diesem Rahmen diskutiert wurde, so deutlich traten auch die Unterschiede in den Lösungsvorschlägen zur Finanzkrise des Gesundheitswesens bei allen anwesenden Gruppierungen hervor. Schade, daß die Befürworter der Direktbeteiligung der Überzeugungskraft ihrer Argumente so wenig vertrauen, daß

sie es vorzogen, nicht teilzunehmen.

Den Beitrag des DAZ von Dr. G. Ebenbeck finden Sie unter der Überschrift "Wem nützt die Selbstbeteiligung?" in diesem Heft vollständig abgedruckt.

Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

NOCHMAL: ABBAU DER DOPPELZAHLUNGEN

Die Ausschüsse für Sozialpolitik, Gesundheit und Finanzen des Bundesrats haben sich am 27./28. Juni 1984 für eine weitgehende Änderung der Vorlage der Bundesregierung zum Abbau der Doppelzahlungen von Privatpatienten an Krankenhäuser und Chefärzte ausgesprochen. Die Chefärzte sollen nach dem Beschluß der Ausschüsse ihre Privathonorare ab 1.1.1985 um 25 v.H. bei den überwiegend persönlichen und um 35 v.H. bei den überwiegend technischen ärztlichen Leistungen kürzen. Damit soll ein Ausgleich dafür geschaffen werden, daß die Privatpatienten die Praxiskosten bereits mit dem Pflegesatz an das Krankenhaus zahlen und bei den Chefärzten diese Kosten im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten nicht anfallen. Den

Chefärzten soll durch die Honorarkürzung kein Einnahmeausfall entstehen. Sie werden nach dem Beschluß der Bundesratsausschüsse im Gegenzug von den Kostenerstattungen entlastet, die sie bisher an die Krankenhausträger zu zahlen hatten.

Von der Bundesregierung war eine Honorarkürzung von nur 12 v.H. vorgeschlagen worden. Zusätzlich sollten die Privatpatienten aber bundesweit einen Nachlaß in Höhe von 7 v.H. des Pflegesatzes erhalten. Daneben war die Abführung von 10,5 v.H. des Pflegesatzes pro Pflegesatztag der Privatpatienten durch die Chefärzte als Kostenerstattung vorgesehen.

Fortsetzung s. S. 67

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

HEPATITIS-B-SCHUTZIMPFUNG - IMPFVERSAGER MÖGLICH

- Ein Fallbericht -

Am 13.8., 10.9. und 8.10.1982 erfolgte bei mir selbst eine Hepatitis B-Immunisierung mit einem der im Handel erhältlichen Impfstoffe. Als ich im August 1983 die Auffrischungsimpfung durchführen lassen wollte, war das Präparat im Handel nicht zu erhalten und ist auch heute noch nicht wieder verfügbar.

Da die empfohlene Boosterimpfung - 12 Monate nach Impfbeginn - auch in einem Zeitraum von 12 bis 18 Monaten nach der Erstimpfung vorgenommen werden kann, habe ich bis zum Februar 1984 abgewartet.

Eine im Februar 1984 durchgeführte Blutuntersuchung ergab, daß die Impfung aus dem Jahre 1982 nicht zur Bildung von Antikörpern geführt hat. Daraufhin forderte ich eine Stellungnahme der Herstellerfirma des Impfpräparates an, die auszugsweise folgenden Wortlaut hat: "Die letzte in der Bundesrepublik Deutschland vertriebene Charge unseres Hepatitis-Impfstoffs hat die Ch.-B. 06. Diese Charge ist ausverkauft. Hevac B Pasteur ist in der Bundesrepublik Deutschland momentan leider nicht lieferbar, da kein Ausgangsmaterial zur Verfügung steht, das den Anforderungen der deutschen Zulassungsbehörden entspricht. Es ist vorgesehen, wieder eine Charge von Hevac B Pasteur mit europäischem Plasma zur Freigabe zu beantragen. Leider können wir Ihnen keinen definitiven Termin

nennen, an dem Hevac B Pasteur wieder in Deutschland zur Verfügung stehen wird. Zu Ihrer Frage, warum die Impfung bei Ihnen nicht zur Bildung von Antikörpern geführt hat, möchten wir Ihnen mitteilen, daß mit Hevac B Pasteur umfangreiche klinische Erfahrung besteht, die die Immunogenität des Impfstoffs bestätigt. Für ein Ausbleiben der Antikörpertiter gibt es zwei Erklärungen:

1. Es ist bekannt, daß etwa 5% der Geimpften keine Antikörper bilden können (Non Responder). Diese individuelle Eigenschaft ist nicht voraus sagbar. Bei der Hälfte der Non Responder kann durch eine vierte Impfung doch noch eine schnelle Immunreaktion hervorgerufen werden. Eine Gewähr dafür gibt es jedoch nicht.

2. Unsere Erfahrung zeigt, daß in den meisten Fällen, in denen ein Ausbleiben der Impfreaktion berichtet wurde, ein Laboratoriumsfehler vorliegt. Oft wird statt der Antikörper anti-HBs das Antigen HBsAg oder anti-HBe bestimmt. Wir möchten Ihnen vorschlagen, diese Möglichkeit durch Rücksprache mit Ihrem Labor auszuschließen."

Herr Professor Brede, Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt, nimmt zu einem möglichen Wechsel der Hepatitis B-Impfstoffe Stellung:

"Grundsätzlich sind die zugelassenen Impfstoffe austauschbar. Ich schlage vor, daß man in jedem Fall beim Impf-

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

schema des Ausgangsimpfstoffes bleibt, vor allem beim Übergang von Hevac B Pasteur auf MSD und wieder zurück auf Pasteur sollte dieses Ausgangsschema beibehalten werden."

Soweit die Stellungnahmen. Mein besonderer Wunsch ist nur, darauf aufmerksam zu machen, daß es auch "Impfversager" geben kann. Nur eine entsprechende Blutuntersuchung kann zeigen, ob die durchgeführte Impfung

auch zur Bildung von Antikörpern geführt hat und damit der gewünschte Schutz vor Infektion auch für zumindest eine gewisse Zeit gegeben ist.

Dr. Lutz Brähler
Poststr. 36
6500 Mainz-Finthen

(abgedruckt in Zahnärztliche Informationen Rheinland-Pfalz II/1984)

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

Angst vor der Öffentlichkeit

Was passiert, wenn ein Münchner Kassenzahnarzt sich einmal dafür interessiert, was eigentlich mit den Geldern geschieht, die ihm von seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) regelmäßig abgezogen werden? Man sollte meinen, dies ginge ganz einfach: man müsse nur anrufen, und bekommt dann eine Fotokopie des Haushalts der KZVB, vielleicht gebührenpflichtig. Doch weit gefehlt. Ein Anruf bei Dr. Scheuffler, dem Justitiar, ergab, daß dies so nicht möglich wäre. Man vereinbarte, ich möge meinen Wunsch doch schriftlich stellen; es würde dann darüber entschieden werden.

Also stellte ich meinen Wunsch, den Haushalt 1983 zu bekommen oder wenigstens einsehen zu können, schriftlich, und verwies darauf, daß die

KZVB von ihren Zwangsmitgliedern, also auch mir, unterhalten werde.

Mein Antrag wurde der Vollversammlung der KZVB vorgelegt. Nach über zwei Wochen kam dann der Bescheid, daß ich Einsicht nehmen könne.

Dies tat ich. Ich bat darum, Fotokopien machen zu können, wenigstens von einem Teil des Haushalts. Dies wurde mir verweigert. Verwundert fragte ich nach und erfuhr, daß von höherer Seite die klare Anweisung erteilt wurde, mir in keinem Fall das Fotokopieren zu gestatten. Zahlen abschreiben durfte ich allerdings. Papier und Schreibzeug wurden mir zur Verfügung gestellt.

Dr. Konrad Schwarz
Kettelerstr. 4
8033 Planegg

GEMEINSAM GEGEN KARIES

Ersatzkassen beteiligen sich an Prophylaxe-Programm

Die Ersatzkassenverbände und der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte - Bundeszahnärztekammer - haben ein bundesweites Programm zur zahnmedizinischen Prophylaxe für Kinder (Gruppenprophylaxe) gestartet. Eine entsprechende Empfehlungsvereinbarung an der - mit Ausnahme des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen - auch die anderen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt sind, liegt vor.

Neben den Zahnärzten und Krankenkassen sollen insbesondere Kindergärten, Schulen, Gesundheitsämter, Kommunen, Institutionen der Jugendzahnpflege und Eltern in die Durchführung der Prophylaxe eingebunden werden, um eine dauerhafte und flächendeckende Verbesserung der Zahngesundheit zu erreichen. Die vorgesehene Gruppenprophylaxe umfaßt eine Reihe von Einzelmaßnahmen wie

- Motivation für eine zweckmäßige Ernährung
- Mundhygiene (Zahnputzübungen etc.)
- ausreichende Schmelzhärtung (Fluoridierung)
- Publizistische Aufklärung
- Informationsabende für Eltern.

Zur Durchführung und Koordinierung

sollen von den Beteiligten Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene und örtliche Arbeitskreise gebildet werden. Deren Geschäftsführung ist von neutralen Stellen wahrzunehmen.

In Abstimmung mit ihren regionalen Untergliederungen beauftragt die Länderearbeitsgemeinschaft Zahnärzte, die zusammen mit ihren Hilfskräften die Gruppenprophylaxe durchführen. Finanziert wird die gesundheitspolitisch so bedeutsame Maßnahme durch eine Umlage - sofern nicht andere Mittel zur Verfügung stehen. Auf längere Sicht soll das Programm so ausgebaut werden, daß die Kinder von der Geburt bis zum Verlassen der Grundschule und eventuell auch danach weiter betreut werden.

Die Prophylaxe dient vor allem der Vorbeugung gegen Karies, von der besonders Kinder und Jugendliche betroffen sind. Karies und entzündliche Zahnfleischerkrankungen sind zu 98% Ursache für Zahnverluste. Untersuchungen in anderen Ländern ergaben, daß der Karies-Befall des Gebisses bei konsequenter zahnmedizinischer Prophylaxe um bis zu durchschnittlich 50% reduziert werden konnte.

Ersatzkassenreport, S. 8

Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

Das DAZ-Merkblatt "Liebe Eltern ..." ist wieder nachgedruckt worden und kann bezogen werden bei:

Dr. Helmut Simon
Romanstr. 37
8000 München 19

100 Stück kosten DM 20,-- (Vorkasse bzw. Scheck), Kliniken, Kinderärzte und Gynäkologen gratis.

Wem nützt die Selbstbeteiligung?

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hält entschieden am Sachleistungsprinzip fest: Alle notwendigen zahnmedizinischen Leistungen müssen von der gesetzlichen Krankenversicherung uneingeschränkt und direkt zur Verfügung gestellt werden. Der DAZ lehnt jede Systemveränderung in der Krankenversicherung ab, durch Einführung der sog. "Selbstbeteiligung" das Solidarprinzip ganz oder teilweise dadurch zu ersetzen, daß die Gesundheitskosten denen aufgebürdet werden, die sie "verursachen". Wir wenden uns also gegen die Forderung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, das Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine wie auch immer definierte Grundversorgung zu beschränken und bei dem, was über die Grundversorgung hinausgeht, auf eine Koppelung von Kostenerstattung und Direktbeteiligung des Versicherten abzustellen.

Das Wort "Selbstbeteiligung" erweckt falsche Eindrücke. Die Beitragszahler finanzieren ohnehin alle Leistungen des Gesundheitswesens über ihre Beiträge selbst.

"Selbstbeteiligung" bedeutet praktisch soviel wie eine Beitragserhöhung, allerdings nicht für alle Versicherten, sondern ausgerechnet nur für die Kranken.

"Selbstbeteiligung" bedeutet Umverteilung: Beitragsfinanzierte Krankheitskosten tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam, über "Selbstbeteiligung" finanzierte Leistungen tragen nur die kranken Arbeitnehmer.

"Selbstbeteiligung" bedeutet Ungerechtigkeit, weil sie das mit der Beitragszahlung erworbene Recht auf Absicherung im Krankheitsfall suspendiert und von einer neuen finanziellen Vorleistung abhängig macht.

"Selbstbeteiligung" bedeutet Verschiebung der Verantwortung, weil sie die Prüfung der Frage, ob eine Leistung der sozialen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden muß, durch eine einseitige finanzielle Hürde von dem dazu gesetzlich beauftragten Arzt de facto auf den Patienten verlagert.

"Selbstbeteiligung" führt in die Zwei-Klassen-Medizin, wie sich am Beispiel von Zahnersatzleistungen zeigen läßt. Der Patient, der finanziell in der Lage ist einen höheren Eigenanteil bzw. eine höhere Direktbeteiligung aufzubringen, erhält einen vergleichsweise wesentlich höheren Zuschuß zur Gesamtversorgung seines Kauorgans als der Patient, der finanziell schwach gestellt ist.

Die direkte Kostenbeteiligung

untergräbt das Sachleistungsprinzip und das Solidarprinzip. Das Solidarprinzip kommt in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Gesunden und Kranken zwischen Jüngeren und Älteren, zwischen Einkommensschwächeren und Einkommensstärkeren sowie zwischen Beitragszahlern mit und ohne Familienangehörigen zum Tragen. Daran kann und darf nicht gerüttelt werden.

Die Annahme, daß die Vorsorge und Gesundheit der einzelnen Versicherten durch Selbstbeteiligung bzw. durch Direktbeteiligung an den Behandlungskosten gefördert werden könnten, ist völlig unbegründet. Das Mittel der Direktbeteiligung hat außer einer anfänglichen Abschreckungswirkung bisher auf keinem Sektor der medizinischen Versorgung eine Senkung der Gesamtkosten erbracht. Natürlich entsteht für die Kostenträger ein Einsparungseffekt, wenn Anteile der Kosten - zusätzlich zu den Versicherungsbeiträgen - auf die Versicherten überwälzt werden. Die Gesamtbelastung verändert sich aber nicht. Bei der augenblicklichen Einkommensstruktur der Bevölkerung ist an eine weitere Erhöhung der Direktbeteiligung beim Zahnersatz ohnehin nicht zu denken. Dies gilt auch für die anderen Gebiete der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung.

Es kann keinen Zweifel daran geben, daß es im Bereich der Zahnheilkunde auf dem Gebiet der Prothetik Leistungsinhalte gibt, welche über das medizinisch Notwendige hinausgehen. Dies darf aber nicht zu stan-

despolitischen Schlagwörtern führen, wie der "notwendigen Ausgrenzung des aufwendigeren Zahnersatzes". Hier müssen exakte Definitionen erarbeitet werden, welche auch das Interesse der Versicherten und nicht nur der Zahnärzte berücksichtigen. Der Gesetzgeber hat die Vertragspartner seit langem dazu auch verpflichtet. Seit 2 Jahren wird darüber verhandelt.

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß Zwischenglieder im unteren Molarenbereich nicht verblendet werden müssen und es auch nicht notwendig ist, den oberen zweiten Molaren mit einer Verblendung zu versehen. Aber für solche Fälle gibt es ja bereits jetzt in der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichende und wirksame Richtlinien. Dem Freien Verband und Teilen der zahnärztlichen Standesführung geht es jedoch um etwas ganz anderes. Sie wollen erhebliche Teile des zahnärztlichen Leistungsspektrums aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauslösen und argumentieren mit Begriffen, wie "Grundversorgung" bzw. propagieren den Ausstieg aus dem Krankenschein, wobei sie allerdings vergessen, daß der deutsche Kassenzahnarzt der "bestbezahlte" der Welt ist und es auch bleiben will. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde wehrt sich gegen jede Standardisierung der zahnärztlichen Versorgung wie sie von Teilen der gesetzlichen Krankenversicherer propagiert worden ist und noch propagiert wird. Der Trick mit der Standardversorgung, der sich ja

z.B. bei der Versorgung eines Kiefers mit Teleskopkronen auf vier Teleskope begrenzen soll, liegt nicht in der Kostenbegrenzung, sondern in einer Kostenausweitung. Wählt der Versicherte einen aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, hat er die Mehrkosten - laut Gesetz - selbst zu tragen. Im Gesetz steht allerdings nicht, daß die Preise für solche Mehrleistungen - bei gleicher Leistung - überhöht sein dürfen. Die Krankenkassen sollten zum Schutz ihrer Versicherten vereinbaren, daß für Mehrleistungen keine höheren Arzthonorare (je Leistungseinheit) gefordert werden dürfen als bei den von der Krankenkasse bezuschußten Leistungen. Niemand aber vermag einzusehen, warum ein Zahnarzt beispielsweise bei vier Zähnen je DM 400,-- pro Zahn fordert, für den als Mehrleistung gewünschten fünften dann aber DM 800,-- verlangen kann.

Die Tatsache, daß ein Teil der Spitzenverbände der Krankenversicherungen in den immer noch andauernden Verhandlungen über den § 368 p Abs. 1 Satz 3 RVO die Honorierung der Zusatzleistungen zur "freien Vereinbarung" freigegeben hat, hat mit Interessensvertretung für die Versicherten nichts mehr zu tun.

Fraglich bleibt außerdem, ob die Erstellung eines "Negativkatalogs" mit dem Auftrag des Gesetzgebers in Einklang zu bringen ist. Auf der anderen Seite herrscht inzwischen Einigkeit darüber, daß die Aufstellung eines "Positivkatalogs" (Standardfälle) wissenschaftlich nicht lösbar

ist. Letztlich werden die Krankenversicherungen durch die geplanten Vereinbarungen nur um wenige Prozentpunkte bei den Kosten entlastet werden.

Man fragt sich warum und durch wen die Entwicklung und der Einsatz von nicht edelmetallhaltigen Legierungen immer noch verhindert werden, welche sicher in viel höherem Maß zur Kostendämpfung beitragen würden.

Eine zahnärztliche prothetische Maßnahme ist entweder medizinisch notwendig und wenn sie das ist, muß sie von den Krankenkassen bezahlt werden oder sie ist nicht notwendig, dann entfällt auch die Durchführung. Es kann selbstverständlich notwendig sein einen Patienten einer umfangreichen funktionsanalytischen Untersuchung zuzuführen. Bei ausreichender Begründung sollten die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten auch dafür übernehmen. Das Problem liegt bei der sog. Direktbeteiligung oder Selbstbeteiligung schlicht und einfach in der Behandlungsweise mancher Zahnärzte, die nicht immer darauf ausgerichtet ist das medizinisch Notwendige zu tun. Das Problem liegt in der mangelnden Effizienz der zahnärztlichen Leistungen, die in keinem Verhältnis zum eingesetzten Kapital steht, das die Versicherten mit ihren Beitragszahlungen erbringen. Statt jahrelang über Abgrenzungen, punktuelle Auf- und Abwertungen und Pseudoumstrukturierungen zu diskutieren, sollten die Krankenkassen endlich Maßnahmen ergreifen, die

Effizienz der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik zu verbessern. Daß die Zahnärzteschaft von sich aus derartige Maßnahmen nicht ergreifen wird, liegt auf der Hand. Wenn wir in der Bundesrepublik Deutschland eine ausreichende prophylaktische Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hätten, wenn wir eine ethisch-moralische Einstellung des Berufsstandes zu seiner Arbeit hätten, wenn wir eine Umorientierung von der Defekt- zur Frühversorgung hätten, d.h. wenn die deutschen Zahnärzte nicht noch immer mit dem sog. "Primat der Prothetik" im Kopf jeden Patientenmund betrachten würden, wenn wir eine bessere Ausbildung an den Universitäten hätten, dann könnten wir uns die jahrelangen fruchtlosen Diskussionen über Selbstbeteiligung, Direktbeteiligung bzw. Aus- und Abgrenzungen von irgendwelchen zahnärztlichen Leistungen sparen. Eine unserer Meinung nach unglückliche Rolle sowohl bei der Diskussion um die Selbstbeteiligung als auch bei der Diskussion um die Kostendämpfung spielen die Ersatzkassen. Noch immer sind sie der Meinung ihren Mitgliedern einen Punktevorsprung hinsichtlich der Honorierung sichern zu müssen, in der Hoffnung, daß ihre Mitglieder dann auch besser behandelt werden als die RVO-Versicherten. Dies sind Vorstellungen, die sich unserer Meinung nach nicht mit der Würde des Menschen vereinbaren lassen. Auch die verzerrte Wettbewerbssituation der RVO-Krankenkassen und der Ersatzkassen schä-

digt die Sozialfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung und untergräbt den notwendigen Solidarausgleich. Eine erhöhte Direktbeteiligung in der zahnärztlichen Versorgung z.B. beim Zahnersatz würde bei den unterschiedlichen Risikostrukturen der RVO-Kassen und der Ersatzkassen und der damit verbundenen unterschiedlichen Ressourcenverteilung zu einer sozial unausgewogenen Gestaltung der Härteeregulungen führen. Sinn und Zweck einer gesetzlich geordneten Krankenversicherung kann es nur sein allen darin Versicherten ein möglichst hohes Gleichmaß an Versicherungsleistungen im Verhältnis zu ihren Beiträgen zu gewährleisten. Als reiner Zynismus stellen sich die Äußerungen der Gesundheitspolitiker aus dem Lager der F.D.P. und der CDU/CSU zum Thema Selbstbeteiligung dar.

Dieter Cronenberg, MdB (F.D.P.): "Ich könnte mir jedoch vorstellen, daß im Bereich der Ausgrenzung bestimmter ärztlicher oder zahnärztlicher Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der verstärkten bzw. konzentrierten Selbstbeteiligung noch Reserven liegen." (1)

Man fragt sich, für wen diese Reserven gedacht sind und wem sie nützen sollen.

Dr. Faltlhauser, MdB (CSU): "Diese Direktbeteiligung in allen Gesundheitsbereichen ist unbürokratisch zu gestalten und in der Größenordnung so auszubauen, daß großzügige soziale Befreiungen möglich sind. Die Direktbeteiligungen

sind nicht ein Instrument der zusätzlichen Belastung der Patienten und Kassenzahler, sondern ein Steuerungsinstrument zur Mentalitätsänderung. Der dynamische Steuerungseffekt der Direktbeteiligung schafft für den einzelnen Patienten die Chance, durch Senkung seiner Pflichtbeiträge neue Freiräume für moderne Gesundheitsversorgung zu schaffen." (2) Hierbei ist es interessant, daß immer wieder eine Mentalitätsänderung der Versicherten gefordert wird. Von einer Mentalitätsänderung der Ärzte und Zahnärzte spricht niemand. Diese Mentalität scheint selbst den CSU- und F.D.P.-Gesundheitspolitikern unveränderbar zu sein. Ein ähnliches Schlagwort ist die von diesen Gesundheitspolitikern oftmals propagierte "Stärkung der Eigenverantwortung". Immer bezieht sich dieses Wort auf den Patienten, nie auf den Arzt. Auch das Wort "Begehrlichkeit des Patienten" paßt in diese Schublade, neuerdings elegant umschrieben mit dem Begriff "die aktive Rolle des Patienten im Leistungsgeschehen" oder auch etwas kürzer als sog. "Nachfrageverhalten". Es ist also der Patient, der die Rezepte ausschreibt, es ist der Patient, der die Medikamente tonnenweise verordnet, es ist der Patient, der den Heil- und Kostenplan für die vierzehngliedrige Keramikbrücke ausfüllt, es ist der Patient, der grundsätzlich nach der teuersten und besten Lösung im zahnärztlich-prothetischen Bereich greift. Es ist der "mündige Bürger" der seine Therapie bestimmt. Es gibt an-

scheinend keinen Arzt und Zahnarzt in Deutschland, der den Mut hat eine Krankschreibung zu verweigern. Es gibt auch nur wenige, die einen Patienten, bei dem sie feststellen, daß der Arztbesuch unnötig ist, darauf aufmerksam machen und ihn dann ohne zu untersuchen wegschicken und auf eine Abrechnung seines Krankenscheins verzichten. Nein, es ist dann die "Begehrlichkeit" des Patienten, die zumindest eine eingehende ärztliche Untersuchung mit EKG und Labortests erfordert. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat keine Anstrengungen gescheut in aufwendigen Veröffentlichungen das Thema "Direktbeteiligung im Gesundheitswesen" darzustellen. Da entschlossen sich die Ortskrankenkassen in Kiel, Lübeck, Neumünster und Lindau dazu ab Januar 1980 die Direktbeteiligung der Patienten um zehn Prozentpunkte auf 30 % zu erhöhen. Diese Zuschußregelung dieser Kassen hatte jedoch nur bis zum 31. Dezember 1981 Gültigkeit, da seit Januar 1982 die zahnärztlichen Leistungen bei der Herstellung von Zahnersatz in den Sachleistungsbereich fielen. Und siehe da, in dem Zeitraum 1980 und 1981 gingen die Zahl der behandelten Personen und die Gesamtausgaben der Versicherungen in dem Bereich Zahnersatz zurück. Auf dem ersten Blick eine interessante Entwicklung, aber eben nur auf den ersten Blick. Liest man die wissenschaftliche Veröffentlichung genau durch, so kann man sehr leicht feststellen, auf welch wackeligen

Füßen diese Untersuchung steht. Die Untersuchung zeigt dann selbst auf, wo die Schwachpunkte liegen:

Zitat: "Auch an dieser Stelle ist, wie schon für den Bereich der KZV Schleswig-Holstein, festzustellen, daß sich nicht die Krankenversicherungen mit der ungünstigen Kostenentwicklung zu einer Verminderung der Zuschüsse zum Zahnersatz entschlossen hatten." "Der Vergleich der Krankenversicherungen Bayerns zeigt, daß die einzelnen Krankenversicherungen sich selbst in einem als relativ homogen anzusehenden Beobachtungszeitraum sehr unterschiedlich entwickeln können, wodurch die Beurteilung der Wirksamkeit der Direktbeteiligung der Patienten wesentlich erschwert wird. Diese unterschiedlichen Entwicklungen sind selbst wieder erklärungsbedürftig. Sie können als Folge oder unabhängig von der Maßnahme Strukturverschiebung bei den zahnmedizinischen Leistungen eingetreten sein. Dabei sind einerseits Strukturverschiebungen innerhalb des Leistungsbündels Zahnersatz anzuführen. Beim Zahnersatz handelt es sich keineswegs um ein homogenes Gut, vielmehr wird eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Formen des Zahnersatzes angeboten. Verschiebungen können auch zwischen der Neuanfertigung und Wiederherstellung von Zahnersatz aufgetreten sein. Weiterhin kommen Verschiebungen zwischen Zahnersatz und sonstigen zahnmedizinischen Leistungen in Frage." (3)

Die Untersuchung geht bei zu kurzer Laufzeit von einer viel

zu geringen Zahl analysierter Fälle aus. Ebenso waren die ausgewählten Gebiete zu klein und nicht repräsentativ genug. Kriterien, wie Einkommen der Versicherten bzw. die Sozialstruktur der Versicherten wurden unberücksichtigt gelassen. Man fragt sich natürlich, wenn die Fallzahlen zurückgegangen sind, wieviele notwendige prothetische Maßnahmen durch die zehnprozentige Erhöhung der Selbstbeteiligung verhindert worden sind, insbesondere bei den sozial schwachen Patienten. Oder muß der Umkehrschluß gelten, daß vorher zuviel überflüssige Prothetik von den Zahnärzten durchgeführt worden ist? Derartige Untersuchungen, die ausschließlich auf den ökonomischen Aspekt "Kostensenkung" abgestellt sind, stehen in einem unauflöselichen Widerspruch zu den Grundsätzen eines sozialen Krankenversicherungssystems. Wie einfach wären all diese Probleme zu lösen mit einer anständigen Vorbegutachtung und Nachbegutachtung der eingereichten Heil- und Kostenpläne. In direktem Zusammenhang mit der Frage der Selbstbeteiligung oder Direktbeteiligung steht ja immer der Kostenaspekt. Hierbei muß die Frage zu stellen erlaubt sein, was eigentlich dem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bei den derzeit zur Verfügung stehenden Geldmitteln von der Versicherung zur Verfügung gestellt werden kann? Bestimmt kann ihm derzeit eine ausreichende Behandlung von Kindern und Jugendlichen, eine ausreichende Diagnostik kariöser und parodontaler Schäden, eine

ausreichende konservierende und chirurgische Versorgung und eine ausreichende, zweckmäßige und medizinisch indizierte prothetische und parodontologische Versorgung aus den Ressourcen der Versicherungen zur Verfügung gestellt werden. Die vorhandenen Finanzierungsmittel sind voll ausreichend, vor allem dann, wenn von den Zahnärzten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst behandelt wird. Daß dies nicht immer so ist, wissen wir aus Untersuchungen über die Haltbarkeit von prothetischen Arbeiten, aus der hohen Anzahl von Wiederholungsfällen, aus der Tatsache, daß nur fünf Prozent der deutschen Zahnärzte PA-Behandlungen durchführen, aus dem Mißverhältnis zwischen umfangreichen prothetischen Versorgungen und parodontologischen Maßnahmen, aus der miserablen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und aus den Zahlen über die Durchseuchung der Bevölkerung mit Karies und Parodontalerkrankungen. Hier ist zuerst die Eigenverantwortung der Zahnärzte gefragt, nicht die der Patienten. Eigenverantwortung kann man nicht durch Direktbeteiligung, sondern nur durch Aufklärung und Information der Versicherten erreichen. Das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland hat sich in vielen Bereichen von den Bedürfnissen der Versicherten abgehoben. Niemand ist derzeit eigentlich echt an einer Senkung der Kosten interessiert, sondern nur an einer Verlagerung der Kosten auf die Patienten. Es verdienen einfach Zu viele gut am Medi-

zinbetrieb und den Krankenkassenverbänden ist eher daran gelegen, mit den Vertragspartnern und der Medizinindustrie einvernehmlich und ohne größere Streitereien auszukommen. Wie wäre es sonst zu erklären, daß es keine Preisverhandlungen zwischen der Pharmaindustrie und den Krankenkassen gibt? Die Probleme der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sind nur zu lösen, wenn man sich mit all denen anlegt, die am Medizinbetrieb das große Geld verdienen, nicht zuletzt auch die Zahnärzte. Seit Jahren fordert der DAZ die Effizienz des Ausgabenfaktors 14 Mrd. DM für die kassenzahnärztliche Versorgung zu überprüfen. Die Behauptung, daß durch Einführung einer Direktbeteiligung bei der medizinischen Versorgung eine Reduzierung der Gesamtkosten erreicht werden kann, ist durch die Erfahrungen in Frankreich oder in der Schweiz längst ad absurdum geführt. In diesen Ländern sind trotz erheblicher Selbstbeteiligung die Gesamtaufwendungen für die medizinische Versorgung in gleichem Umfang gestiegen wie in der Bundesrepublik Deutschland. Genauso zeigt sich, daß bei der privaten Krankenversicherung mit Selbstbehalttarif die Entwicklung der Steigerung der Kosten parallel zur gesetzlichen Krankenversicherung verläuft, nur auf entsprechend niedrigerem Niveau. D.h. bei keinem Wahltarif wird etwas billiger, sondern es ist nur zu einer Kostenumschichtung gekommen. Der Selbst- oder Direktbeteiligung werden zwei Effekte un-

terstellt, einmal der Verlagerungseffekt, der auf alle Fälle eintritt und dann ein etwas ominöser Lenkungseffekt. Bei Betrachtung des Lenkungseffektes fragt man sich nur, wer eigentlich wohin gelenkt werden soll. Feststellbar ist primär nur ein Ausgrenzungs- und Bremseffekt, der für den um so größer ist je geringer sein Einkommen. Der derzeitige Katalog der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf im Gegensatz zur Meinung vieler zahnärztlicher Standespolitiker keiner Einschränkung, sondern einer richtigen Anwendung, die überprüft werden muß.

Um eine wirkliche Kostendämpfung zu erreichen, schlagen wir folgende Maßnahmen vor:

1. Umstrukturierung der Gebührenordnungen bei Anhebung der konservierend-chirurgischen und Abwertung der prothetischen Leistungen.
2. Eine Effizienzanalyse der zahnärztlichen Versorgung.
3. Qualitative Mindestanforderungen für alle zahnärztlichen Leistungen.
4. Vor- und Nachbegutachtung bei prothetischen, kieferorthopädischen und parodontologischen Behandlungsmaßnahmen.
5. Verbesserte Ausbildung der Zahnärzte und der zahnärztlichen Helferinnen.
6. Verbesserung der Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe.
7. Patientenaufklärung durch Leistungstransparenz in Form eines Kostenausdruckes durch die Krankenkassen.
8. Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Qualitätsaspekten.
9. Delegierbare Leistungen

müssen als solche honoriert werden.

10. Einführung edelmetallfreier Legierungen.

(1) und (2): Festvortrag anlässlich des Symposiums des Forschungsinstitutes für die zahnärztliche Versorgung zum Thema "100 Jahre Krankenversicherung - Standortbestimmung und Weiterentwicklung des Kasernenarztes", Quintessenzverlag, 15. Juni 1983.

(3) Eckart Knappe - Wilhelm Fritz, Direktbeteiligung im Gesundheitswesen, Hrsg. Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1984.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

=====

INFORMATIONEN - INFORMATIONEN

=====

ZAHNÄRZTE FORDERN ZUCKERFREIEN TAG

Mit der Forderung nach einem zuckerfreien Tag wenden sich jetzt die Hamburger Zahnärzte gegen den Zuckerkonsum der Bevölkerung. Mit Nachdruck fordern sie eine Mäßigung bei süßen Zwischenmahlzeiten und kritisieren den legalen Etikettenschwindel der Nahrungsmittelindustrie. Zugleich wird darauf hingewiesen, daß die deutsche Süßwarenindustrie 1981 Werte von mehr als elf Milliarden Mark umsetzte, ein Betrag der etwa den Aufwendungen für die zahnärztliche Behandlung entspreche.

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

VERGLEICHENDE BEWERTUNG PERIAPIKALER BEFUNDE AUF ZAHNFILMEN UND AUF ORTHOPANTOMOGRAMMEN

An den Schneidezähnen im Oberkiefer und Unterkiefer waren positive Befunde eindeutig häufiger auf Zahnfilmen als auf Orthopantomogrammen festzustellen; umgekehrt wurden positive Befunde an Eckzähnen im Oberkiefer und an Molaren im Unterkiefer häufiger auf Orthopantomogrammen erhoben. In den übrigen Regionen stellten sich positive Befunde mit etwa gleicher Häufigkeit bei beiden Methoden dar. Nur für die Oberkieferfrontzähne erwies sich die Differenz der Häufigkeiten als statistisch signifikant. Daraus folgt, daß der Zahnfilm dem Orthopantomogramm in der Darstellung periapikaler Befunde nicht in jedem Falle überlegen ist. Vielmehr kann sich im Einzelfall ein Befund im Orthopantomogramm besser darstellen als auf dem Zahnfilm. Das ist damit zu erklären, daß zentral gelegene Details auf dem Zahnfilm durch die Summation von Kortikalis und Spongiosa überdeckt werden können, während sie auf dem Orthopantomogramm, sofern sie dort in der scharfen Schicht liegen, deutlich dargestellt werden.

. . .

Die Panoramaschichtaufnahme ist an der Diagnostik periapikaler Prozesse – anders als in der Diagnostik der Karies und der marginalen Befunde – dem Zahnfilm nicht immer und ohne weiteres unterlegen, sondern kann in vielen Fällen und in Abhängigkeit von der betroffenen Region der Kiefer eine ebenso brauchbare, in Ausnahmefällen auch eine bessere Röntgendarstellung ergeben.

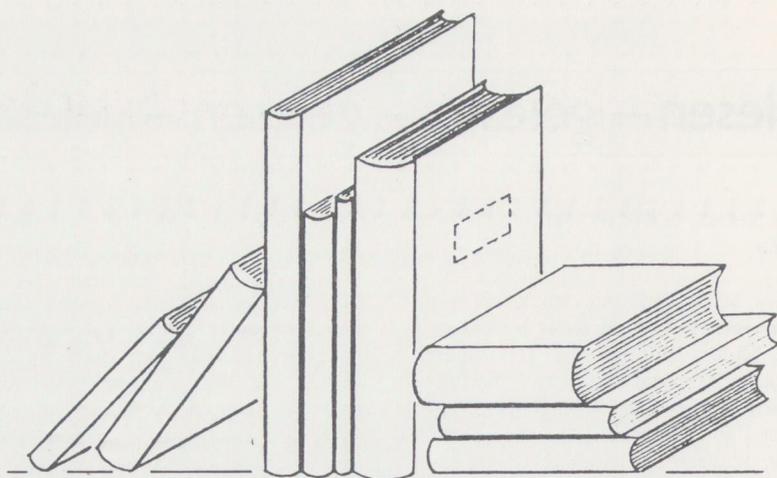
Das Panoramaschichtverfahren und der Zahnfilm sind als einander ergänzende Röntgenverfahren anzusehen, deren gezielter Einsatz unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit und des Strahlenschutzes eine optimale diagnostische Ausbeute erlaubt (Updegrave, 1966; Turner, 1968; Chomenko, 1979).

Das heißt speziell für unsere Fragestellung, den Nachweis periapikaler Prozesse, daß die Röntgenuntersuchung mit der Panoramaschichtaufnahme als Übersicht beginnt und aufgrund der mit ihr gewonnenen Informationen und unter Würdigung der klinischen Befunde gezielt ergänzt werden muß durch Zahnfilme.

Dtsch Zahnärztl Z 39, 173-177 (1984)

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

DAZ-forum – dreimal jährlich – DAZ-forum



FACHBÜCHER ZU AKTUELLEN THEMEN

MARYLAND-BRÜCKE

Simonsen R. J. / P. Thompson / G. Barrack, Die Säureätztechnik in der Brückenprothetik. 1983. 180 Seiten mit Abb. DM 186,—

Heinenberg B. J., Die modifizierte Maryland-Brücke. 1984. 131 Seiten mit Abb. DM 158,—

HOMÖOPATHIE

Mastalier O., Herdtestmethoden und Störfeldmethoden der Ohrakupunktur für Zahnärzte und Ärzte. 1984. 52 Seiten mit Abb. DM 29,—

Meuris J., Homöopathie in der zahnärztlichen Praxis. 1984. 298 Seiten. DM 64,—

Wienrich H., Homöopathie in der Zahnheilkunde: Symptomatik, Therapie, Prophylaxe. 1982. 152 Seiten. DM 35,80

Rost, A., Thermoregulationsdiagnostik: Leitfaden und Atlas für die tägliche Praxis. 1983. 130 Seiten mit Abb. DM 158,—

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen KG

Beethovenstraße 12

D-8000 München 2

Telefon: 0 89 / 53 39 59

Zahnheilkunde im Umbruch

Das medizinische Wissen verdoppelt sich alle vier Jahre und macht auch vor der Zahnheilkunde nicht halt. In der Diskussion um das neue Arzneimittelgesetz, Tierversuche etc. sind dentale Werkstoffe bislang ausgeklammert worden. Dennoch, Zusammensetzung, Herstellungsverfahren, Importwege usw. werden dem Anwender bei vielen Materialien nicht preisgegeben. Eine Grauzone, über die alle wissen, die aber keiner kontrolliert, hat sich gebildet. Das Recht der Industrie auf Produktschutz steht in praxi vor dem Recht des Patienten auf eine möglichst risikolose Behandlung. Die Laienpresse informiert über die bislang als unproblematisch angesehenen "non-gamma2-Amalgame"; unter vorgehaltener Hand werden z.B. Glasionomere zemente je nach Indikationsgebiet als Verursacher massiver Pulpitiden verdächtigt. Zahnärzte werden aufgefordert über Nebenwirkungen zu berichten. In vielen Fällen kommen schlechte oder unzureichend erarbeitete Produkte gar nicht oder unnötig spät aus dem Handel.

Beiträge in der Fachpresse, die sich kritisch mit der Anwendung auseinandersetzen, werden von der Industrie und der starken Dentallobby mit Klagen wegen Geschäftsschädigung bedroht. Auch ein Teil der zahnärztlichen Presse hat ein Kartell über diejenigen

Abweicher verhängt, die mit ihren Beiträgen nicht in das Konzept der offiziellen Marschrichtung passen. Sachfremde Gruppen, Rechtsanwälte, Psychologen, Volks- und Betriebswirtschaftler betreiben die gut dotierte Imagepflege der verhinderten Kollegen. Alternative Arbeitskreise beginnen sich zu regen.

Wenn wir nicht in der Lage sind, auch andere Meinungen in unser Gesamtkonzept zu integrieren, werden wir bald eine Zersplittung unserer Standsvertretung hinnehmen müssen. Erzwungene Gerichtsurteile ändern langfristig nichts!

Neben den außerhalb jeglicher Kosten-Nutzen-Relation arbeitenden Universitäten, deren Etats für Lehre, Wissenschaft und Forschung auf Landes- und Bundesebene nicht zu koordinieren sind, haben sich parteiliche Fortbildungs- und Forschungsgesellschaften von Gewerkschaften, Krankenkassen, Industrie und Zahnärzten konstituiert. Auch bei diesem Pluralismus können wir es uns nicht mehr leisten Qualität durch Quantität zu ersetzen. Fremdsprachige Literatur nicht nur zu zitieren, sondern sie auch zu lesen, würde viele von der Bundesforschungsgemeinschaft gestützten Projekte überflüssig machen. Wir Zahnärzte müssen endlich aus der zum Teil "hausgemachten Defensive" heraus und uns von allen Gruppen, die sich im Rahmen

des Systemwandels aufdrängen und Kräfte binden, befreien. Nur so kann langfristig eine zahnärztliche Versorgung der Bundesrepublik auf einem hohen Niveau gehalten und die freie, unabhängige Berufsausübung gesichert werden.

Wer versteht noch die Top-Professoren, die auf einer Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen, z.B. die Eckzahnführung in der Totalprothetik empfehlen, Implantate in herdsanierungsbedürftige Gebisse setzen; punktförmige Füllungen den Black-Regeln vorziehen und

Statistiken zu keramischen Sofort-Implantaten durch "erfolgreiche Nachimplantation" bereinigen?

Eine wissenschaftlich fundierte, ganzheitliche Betrachtung der Zahnheilkunde hat Vorrang vor einem Spezialistentum, welches sich ständig dem Zwang nach Neuem aussetzt, ohne bestehende Erkenntnisse auszuwerten.

Dr. Klaus Müller
Rudolfstr. 1
6349 Sinn

Edelmetall
Legierungen

Edelmetall
Scheidung

Edelmetall
Galvanotechnik

Schwenninger Str. 13
Postfach 2040
7530 Pforzheim
Telefon 07231/3705-0
Telex 783607

Wieland 
Edelmetalle
GmbH

Die Christlichsoziale Union ließ sich in der Endphase des Europawahlkampfes ein besonders "geschmackvolles" Werbemittel für Europa einfallen. Sie verteilte als besonderen "Gag" 500.000 Europa-Lollys. Die Lutscher, so ein Parteisprecher, fanden "reibenden Absatz".

Die Verteilung dieses zahnschädlichen Werbemittels kann vor dem Hintergrund der Tatsache, daß der Spitzenkandidat der Christlichsozialen Union, der bisherige bayerische Staatsminister

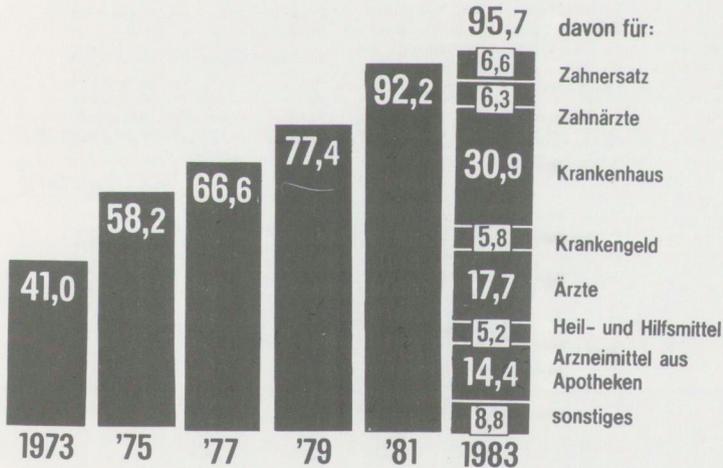
für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Pirkel, in den letzten Jahren wiederholt öffentlich die Einführung prophylaktischer zahnärztlicher Maßnahmen in Bayern gefordert hat, nur den geschlossenen Protest aller bayerischen Zahnärzte hervorrufen.

Man kann nur hoffen, daß es sich bei dieser Werbeaktion nicht um ein Geschenk der deutschen Zuckerindustrie im Hinblick auf den neuen Tätigkeitsbereich des Dr. Fritz Pirkel in Brüssel und Straßburg handelt.

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

Was Krankheit kostet

Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Milliarden DM



Duraphat®

der Fluorlack
zur Behandlung sensibler Zahnhälse und
zur Vorbeugung gegen Zahnkaries.

1. Intensive desensibilisierende Wirkung nach 1 bis 2 Touchierungen.
2. Besonders zeitsparende und einfache Anwendung.
3. Langanhaltende und schonende Tiefenfluoridierung.

Duraphat ist ein fluoridhaltiger Lack, der mit einem Wattebausch oder Spatel auf die überempfindlichen Zahnhälse aufgetragen wird und unter Speichel erstarrt.

Duraphat ist wassertolerant und überzieht daher auch feuchte Zähne mit einem gut haftenden Lackfilm, der eine bisher unerreichte Tiefenfluoridierung an den Prädilektionsstellen der Karies ermöglicht.

Duraphat gewährleistet auf diese Weise eine wirksame Karieshemmung schon bei 2-3 Touchierungen pro Jahr.

Sonderdrucke und Prospekt mit Literaturangaben über Fluoridlack und Duraphat stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Duraphat

Zusammensetzung: 1 ml Fluoridlack enthält 50 mg Natriumfluorid, entspr. 22,6 mg Fluor, suspendiert in einer alkoholischen Lösung von Naturharzen.

Anwendungsgebiete: Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

Gegenanzeigen: Ulcerierende Gingivitis.

Nebenwirkungen: Bei Neigungen zu allergischen Reaktionen können vorübergehend ödematöse Schwellungen der Mundschleimhaut auftreten. Überdosierungen können Brechreiz verursachen.

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

Packungsform u. Preis
Normalpackung 10 ml DM 36,78
Stand Jan. 83

Woelm Pharma

Über die Effektivität von parodontalen Prophylaxemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

Epidemiologische Studien in der Schweiz (5, 7, 8, 13, 23), Großbritannien (22, 33), Österreich (31) und Schweden (30) ergaben, daß bereits bei Kindern und Jugendlichen gehäuft Veränderungen des marginalen Parodonts auftreten. Neuere epidemiologische Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland lassen bei 11- bis 13-jährigen Schulkindern eine Gingivitis morbidität von 88% erkennen (29). 44,7% der Kinder wiesen sogar Taschentiefen von über 2 mm auf. Einer besonders intensiven Betreuung bedürfen Behinderte (25, 26) und orthodontisch behandelte (11, 24). Alle Reihenuntersuchungen zeigen die Bedeutung von parodontalen Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen und lassen die Forderung nach Prophylaxemaßnahmen aufkommen.

Mittlerweile liegt eine Vielzahl von individuellen (2, 3, 9, 10, 28, 34) und kollektiven (17, 21) Prophylaxekonzepten vor. Als Beispiel für individualprophylaktische Maßnahmen sei auf die Studie von Lindhe und Axelsson (16) verwiesen. Eine zahnärztliche Helferin motivierte und instruierte über ein Jahr 14tägig Probanden im Alter von 7/8 (Gruppe

1), 10/11 (Gruppe 2) und 13/14 Jahren (Gruppe 3) und führte anschließend eine professionelle Zahnreinigung durch. Nach einem Jahr waren nur noch vereinzelt geringe Entzündungszeichen erkennbar. Diese Untersuchung wurde über weitere 3 Jahre fortgeführt (1). Im 2. Jahr erfolgten die Prophylaxesitzungen ebenfalls 14tägig und im 3. Jahr in den Gruppen 1 und 2 monatlich und in der Gruppe 3 alle 2 Monate. Im 4. Jahr wurden alle Gruppen im Zeitabstand von 2 Monaten einbestellt. Insgesamt war eine Reduktion des Plaque- und Gingiva-Indexes auf 1/4 der Ausgangssituation zu beobachten.

Besonderer Erwähnung bedarf das Intensiv-Prophylaxeprogramm von Pieper und Kessler (27) bei behinderten Kindern und Jugendlichen, das nach einer Basisinformation über Ernährung, Möglichkeiten der Plaqueentfernung und Tablettenfluoridierung aus einer 14tägigen professionellen Zahnreinigung und Lokalfluoridierung besteht. Bereits nach einem halben Jahr war bei den Kindern eine deutliche Gingivitis hemmung zu verzeichnen. Lundström und Hamp (19) beobachteten nach mehreren indi-

viduellen Prophylaxesitzungen vor der Multibandbehandlung einen günstigen Langzeiteffekt auf die Mundhygiene und gingivale Situation. Nach Lundström et al. (20) war eine weitere Verbesserung durch Prophylaxemaßnahmen während der aktiven Behandlungsphase nicht zu erreichen.

Ein spezielles Prophylaxe-konzept wurde von Krüger und Mitarbeitern (15) für Kinder vom ersten bis zum fünften Lebensjahr entwickelt. Pro Jahr wurden ein bis zwei Elternabende und zwei Vorsorgetermine angeboten. Die Eltern erhielten Informationen über die Entstehung von Zahnerkrankungen sowie deren Verhütung. Die ersten Vorsorgetermine dienten der individuellen Beratung der Eltern über die Handhabung der Zahnbürste und die Gabe von Fluoridtabletten. Vom 3. Lebensjahr an sollten die Kinder lernen, mit der Zahnbürste umzugehen. Vom 4. Lebensjahr an wurden die Milchzähne mit Gummikelch und Polierpaste gereinigt. Der Gingiva-Index betrug bei allen Vorsorgeterminen 0.

Effektivitätskontrollen von individuellen Prophylaxemaßnahmen in der zahnärztlichen Praxis sollten für den praktisch Tätigen von ganz besonderem Interesse sein. Leider liegen hierzu jedoch nur wenige Untersuchungen vor, die zudem die Wirksamkeit der zuvor beschriebenen Studien bei weitem nicht erreichen. In Anbetracht dieser Tatsache erscheint es nicht zulässig, Erfolge durch die oben genannten klinischen Studien zum Durchsetzen einer abrechenbaren In-

dividualprophylaxe heranzuziehen.

Janson et al. (14) motivierten 23 Patienten im Alter zwischen 4 und 12 Jahren und deren Eltern, führten im Abstand von 14 Tagen Zahnreinigungen durch und bestimmten den API und SBI. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 7,9 Monate. Ein anfänglicher Plaque-Index von 56 % konnte auf 48% am Ende des Untersuchungszeitraumes gesenkt werden. Dabei gab es Patienten, die den Index ständig verbesserten, stets wechselten oder sogar verschlechterten. Ein SBI von 25% in der 1. Sitzung reduzierte sich auf 14%. Wenige schlecht motivierbare Kinder mit unregelmäßigem SBI hoben den durchschnittlichen Index an.

Im Rahmen eines halbjährigen mundhygienischen Intensivprogramms bei Patienten mit Multibandbehandlung überprüften Bümmerstedt und Mitarbeiter (4) die Effektivität von 3 verschiedenen Zahnbürsten und Putztechniken im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die ohne spezielle Unterweisung reinigte. Als klinische Parameter dienten im Unterkiefer-Frontzahnbereich ein Plaque- und Blutungs-Index, die 3, 6, 13 und 26 Wochen nach Behandlungsbeginn bestimmt wurden. Die Studie wurde in einer fachzahnärztlichen Praxis durchgeführt. Zwischen den Gruppen bestanden nach einem halben Jahr keine signifikanten Unterschiede. In der Kontrollgruppe und einer Untersuchungsgruppe stieg der Blutungs-Index signifikant an, wohingegen der Plaque-Index in

allen Gruppen keine Veränderung aufwies. Wenngleich sich keine signifikante Verbesserung der Indizes erzielen ließ, konnten trotz der durch Bänder, Brackets und Bögen erschwerten Mundhygiene stabile Verhältnisse hergestellt werden. Die Ergebnisse sind sicherlich nicht ohne weiteres auf unbeeinderte Patienten übertragbar, lassen aber die Schlußfolgerung zu, daß häufige Mundhygienekontrollen für den Prophylaxeerfolg von größerer Bedeutung sind als die Empfehlung einer speziellen Zahnbürste oder Putztechnik.

Prophylaktische Maßnahmen beinhalten nicht nur die Frage nach der Effektivität, sondern auch nach dem Langzeiterfolg. So blieben in einer Studie von Lindhe und Koch (18) Probanden nach 3-jähriger Betreuung 1 Jahr ohne Kontrolle. Dieser Zeitabschnitt führte zu einer drastischen Verschlechterung des gingivalen Zustandes. Hefti (12) bemühte sich, bei 49 11- bis 15-jährigen Schulkindern den Papillen-Blutungs-Index durch häufige Instruktions- und Kontrollsitzen auf einen mittleren Wert von 1,3 je Papille zu senken. Anschließend blieben die Kinder 6 Monate unüberwacht. Bei 17 Kindern konnte bis zum Abschluß der Untersuchung keine wesentliche Verbesserung gegenüber der Ausgangssituation erzielt werden. 13 anfänglich erfolgreiche Kinder wurden in der unüberwachten Versuchsperiode rückfällig.

Aus diesen Studien soll keinesfalls eine Gegnerschaft gegenüber der Individualprophy-

laxe abgeleitet werden. Die Untersuchungen zeigen jedoch die Grenzen eines auch intensiven, zeitaufwendigen, individuellen Mundhygieneprogramms und die Notwendigkeit kontinuierlicher Prophylaxemaßnahmen, die in der Praxis alleine schwer realisierbar sind.

So erscheint eine Ergänzung der Individualprophylaxe durch kollektive Maßnahmen unbedingt angebracht. Das System dieses Prophylaxesystems soll im folgenden an Hand einer Untersuchung von Curilović und Steiner (6) beschrieben werden. In der 1. Schulklasse erfolgten unter Aufsicht wöchentlich und in der 2. und 3. Klasse 14-tägig Zahnreinigungsübungen mit Fluoridgelee, die 10 bis 15 Minuten dauerten. Von der 4. Klasse an fand bis zur Schulentlassung 6mal jährlich ein kontrolliertes Zähneputzen mit einer Fluoridlösung statt. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die in den ersten 3 Schuljahren 6mal jährlich und dann bis zur Schulentlassung einmal jährlich kontrolliert Zähne mit einem Fluoridgelee reinigte, zeigte die Untersuchungsgruppe ausnahmslos bessere Gingivaverhältnisse. In der Untersuchungsgruppe waren bei der Schulentlassung etwa 50% der Kinder gingivitisfrei.

Perspektiven für eine erfolgreiche Prophylaxe lieferte Schulte (32) mit politischen Aspekten. Da das Motivations- und Informationsbemühen der Zahnärzte bisher keinen durchschlagenden Erfolg hatte, fordert er auf, Anstrengungen in politische bzw. gesundheitspolitische Aktivitäten mit den

Ansprechpartnern Bundestag, Gesundheitsministerium und Kultusministeriumkonferenz zu richten. Erzieher und Lehrer könnten nach einem Gesundheitsunterricht Informationen in den Kindergärten und Schulen weitergeben und somit einen ganz wesentlichen Multiplikationseffekt ausüben, ohne den das Prophylaxebemühen des einzelnen Zahnarztes zum Scheitern verurteilt ist.

Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36a
2905 Edewecht

LITERATURVERZEICHNIS:

1. Axelsson, P. und Lindhe, J., J. Dent. Res. 56, 142 (1977)
2. Badersten, A., Egelberg, J. und Koch, G., Com. Dent. Oral Epidemiol. 3, 1 (1975)
3. Bellini, H. T., Campi, R. und Dearnardi, J.L., J. clin. Periodont. 8, 231 (1981)
4. Bümmerstede, B.W., Witte, M.H. und Lange, D.E., Dtsch. zahnärztl. Z. 39, im Druck (1984)
5. Curilović, Z., Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 85, 1105 (1975)
6. Curilović, Z. und Steiner, M., Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 89, 404 (1979)
7. Curilović, Z., Mazor, Z. und Berchtold, H., Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 87, 801 (1977)
8. Gülzow, H.J. und Maeglin, B., Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilk. 44, 97 (1965)
9. Hamp, S.-E. und Johansson, L.-A., J. clin. Periodont. 9, 22 (1982)
10. Hamp, S.-E., Lindhe, J., Fornell, L.-A. und Karlsson, R., Com. Dent. Oral Epidemiol. 6, 17 (1978)
11. Hartmann, F., Jeromin, R. und Flores de Jacoby, L., Dtsch. zahn-
ärztl. Z. 37, 585 (1982)
12. Hefti, A., Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 91, 964 (1981)
13. Hefti, A., Engelberger, T. und Büttner, M., Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 91, 1087 (1981)
14. Janson, M., Hoffmann, A. und Janson, I., Dtsch. zahnärztl. Z. 33, 880 (1978)
15. Krüger, W., Koch, A. und Rutschmann, A., Dtsch. zahnärztl. Z. 37, 557 (1982)
16. Lindhe, J. und Axelsson, P., Com. Dent. Oral Epidemiol. 1, 9 (1973)
17. Lindhe, J. und Koch, G., J. periodont. Res. 1, 260 (1966)
18. Lindhe, J. und Koch, G., J. periodont. Res. 2, 215 (1967)
19. Lundström, F. und Hamp, S.-E., Scand. J. Dent. Res. 88, 53 (1980)
20. Lundström, F., Hamp, S.-E. und Nyman, S., Europ. J. Orthodont. 2, 27 (1980)
21. Marthaler, T. M., Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 86, 891 (1976)
22. McHugh, W.D., McEven, J.D. und Hitchin, A.D., Brit. dent. J. 117, 246 (1964)
23. Mühlemann, H.R. und Mazor, Z.S., Helv. odont. Acta 2, 3 (1958)
24. Müller, H.-P. und Flores de Jacoby, L., Dtsch. zahnärztl. Z. 37, 855 (1982)
25. Pieper, K., Krüger, W. und Prasil, P., Dtsch. zahnärztl., Z. 36, 376 (1981)
26. Pieper, K. und Kessler, P., Dtsch. zahnärztl. Z. 38, 770 (1983)
27. Pieper, K. und Kessler, P., Dtsch. zahnärztl. Z. 39, 403 (1984)
28. Poulsen, S., Agerbaek, N., Melsen, B., Korts, D.C., Glavind, L. und Rölla, G., Com. Dent. Oral Epidemiol. 4, 195 (1976)
29. Raetzke, P. und Spranger, H., Dtsch. zahnärztl. Z. 37, 921 (1982)
30. Samuelson G., Grahnén, H. und Lindstroem, G., Odont. Revy 22, 189 (1971)
31. Schuh, E., Fischer, R., Holler,

G., Hackl, P. und Moser F., Quintess. zahnärztl. Lit. 32, 939 (1981)
32. Schulte, W., Dtsch. zahnärztl. Z. 34, 95 (1979)

33. Sheiham, A., Brit. dent. J. 126, 115 (1969)
34. Telford, A.B. und Murray, J.J., Com. Dent. Oral Epidemiol. 2, 50 (1974)

Zitate – Zitate – Zitate – Zitate

VERGLEICHENDE EXPERIMENTELLE UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE AMALGAM-KONDENSATION

Die mit der Hand gestopften Prüflinge zeigten gegenüber den mit dem Amalgamvibrator und dem Gerät "Speedomatic" kondensierten Proben eine signifikant höhere Dichte (Prüfquotient $< 0,05$).

...

Die von Hand gestopften Amalgamprüflinge wiesen bei Belastung signifikant höhere Bruchfestigkeit gegenüber den anderen Prüflingen auf ($p < 0,05$).

Der Härteunterschied zwischen manueller und pneumatischer Stopftechnik war nicht signifikant.

...

Bei Nachuntersuchungen von Amalgamfüllungen, die im Praxisbetrieb mit "Speedomatic" kondensiert worden waren, stellt er fest, daß die damit gelegten Füllungen eine höhere Randspaltenbildung erkennen lassen.

Dtsch Zahnärztl Z 39, 132-135 (1984)

Zitate – Zitate – Zitate – Zitate

Impressum

● Redaktion:

Dr. J. Heidtkamp, Dr. W. Lell

● Anschrift der Redaktion:

Dr. J. Heidtkamp, Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg

● Zuständig für die Annoncen:

Dr. W. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a, 8400 Regensburg

● Sämtliche Beiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Offizielle Stellungnahmen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde werden als solche gekennzeichnet.

● Erscheinungsweise: Dreimal jährlich



Metamorphose
eines Zahnes

Hans Blossner - 83

bernd Lorenz

keramisches dental-labor

Waldfriedhofstraße 15/II
8000 München 70 · Telefon 089 - 7155 88

Fissurenversiegelung

- Stiefkind der Prophylaxe

Niemand zweifelt mehr daran, daß alle, die Verantwortung für die Zahngesundheit unserer Bevölkerung tragen, ihr Heil in der Prophylaxe suchen müssen. Über die möglichen Wege dazu hat der DAZ etliche Male Vorschläge gemacht, Vorschläge, die der Kollektivprophylaxe den Vorrang geben. Auch uns ist es allerdings nicht entgangen, daß dieser Weg zu einer nennenswerten Verringerung der Kariesmorbidität weit und mühsam ist. Deshalb besteht für uns wie für alle die Pflicht, ebenfalls solange die kleinen Brötchen der Individualprophylaxe zu backen, wie breitenwirksame Maßnahmen nicht erfolgreich eingeführt worden sind.

Über die verschiedenen Möglichkeiten der Individualprophylaxe wird und wurde viel geschrieben - ich möchte hier auf eine Methode eingehen, die wohl zu Unrecht in Mißkredit gebracht worden ist - die Fissurenversiegelung. Es war unsere eigene wissenschaftliche Gesellschaft, die vor einigen Jahren dafür sorgte, daß die Fissurenversiegelung ins Abseits gestellt wurde. Der damalige Erkenntnisstand (1980/81) mag dazu berechtigt haben, daß im Schlußsatz einer Stellungnahme der DGZMK stehen konnte: "Fissure sealing? - Forget about!" (Deutscher Zahnärztekalendar 1981).

Mittlerweile ist die Entwick-

lung nicht stehen geblieben. Fortschritte in der Technologie und die Auswertung von klinischen Langzeitexperimenten geben Anlaß zu einer erneuten Beschäftigung mit diesem Thema und sollten, wie ich meine, auch zu anderen Schlüssen führen.

Ich möchte hier von zwei Artikeln berichten, die im "Journal of the American Dental Association" (JADA) in diesem Jahr erschienen sind, und die die Fissurenversiegelung in einem neuen, günstigeren Licht erscheinen lassen.

Die "National Institutes of Health" der USA haben im Dezember 1983 eine Konferenz veranstaltet, auf der die Effektivität, Sicherheit und Durchführungsmöglichkeiten der Versiegelung diskutiert wurden. Beteiligt waren biomedizinische Forscher, niedergelassene Zahnärzte, Mitglieder der Hochschulen, eine "Dental Hygienist" und Vertreter verschiedener Gruppen, die die Interessen der Öffentlichkeit wahrnehmen. Verschiedene Fragen wurden diskutiert, danach wurde als Antwort festgehalten, worüber Einigkeit erzielt werden konnte. Die Fragen und Antworten sollen hier in aller Kürze wiedergegeben werden, soweit sie nicht spezielle, nicht übertragbare Verhältnisse in den USA betreffen:

1. Wird angesichts des verbreiteten Gebrauchs von Fluo-

riden und des allgemeinen Kariesrückganges bei Kindern die Versiegelung noch benötigt?

Ja! Trotz der vielfältigen Anwendung von Fluoriden, die zu einem Kariesrückgang geführt haben, werden im Alter von 16 Jahren noch durchschnittlich 10 kariöse, fehlende oder gefüllte (DMFS) Flächen vorgefunden. In anderen Industrieländern sind die Zahlen noch im Steigen begriffen. Heute tritt Karies weitgehend in Form der Fissurenkaries auf, weniger als Glattflächenkaries. Eine nationale Untersuchung zeigte, daß lediglich 16% der kariösen Läsionen bei den 5- bis 17-Jährigen als Approximalkaries auftraten, gegenüber 84% der Oberflächen mit Fissuren und Grübchen. Die Wirkung der Fluoride nützt vor allem den Glattflächen. Bei der jungen Bevölkerung ist die Kariesverringerung bei den Kauflächen der Milchmolaren, der bleibenden Molaren und Prämolaren erforderlich.

2. Wie effektiv ist die Versiegelung?

Bei der Prävention der Fissuren- und Grübchenkaries ist die Versiegelung höchst effektiv. Dies wurde durch Forschungsergebnisse über einen Zeitraum von 16 Jahren belegt. In den vergangenen Jahren haben Forscher in verschiedenen Ländern gezeigt, daß der Kariesschutz dann 100% beträgt, wenn die Versiegelung erhalten bleibt. Dies ist nach einem Jahr bei 85% der versiegelten Zähne, nach 5 Jahren zumindest bei 50% der Fall. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Retention des Versiege-

lungsmaterials und der Effektivität. Weiter hat sich gezeigt, daß selbsthärtende Materialien etwas effektiver sind als UV- oder lighthärtende. Für die lighthärtenden Materialien sind weitere Untersuchungen notwendig, obwohl die Retentionsrate nach zwei Jahren vorteilhaft aussieht. Die Effektivität erhöht sich, wenn ganz oder teilweise verlorene Versiegelungen wiederholt oder ergänzt werden. Dies ist mit einem Recall-System bequem zu erreichen.

Es macht keinen Unterschied in der Effektivität, ob die Versiegelungen von Zahnärzten, "Dental Hygienists" oder Zahnarzthelferinnen vorgenommen werden. In Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens hat sich das Team aus Helferin und Hygienistin als besonders effektiv erwiesen.

Die Versiegelung scheint auch in der Lage zu sein, beginnende oder kleine kariöse Läsionen in Fissuren und Grübchen in ihrem Fortschritt anzuhalten. Sorgfältige klinische Studien zu diesem Thema sollten ermutigt werden.

3. Gibt es Risiken, die mit der Anwendung der Versiegelung verbunden sind?

Die Risiken sind minimal und die Versiegelung ist als sicher anzusehen, wenn Materialien und Methoden zur Anwendung kommen, die dem Stand des Wissens entsprechen und wenn die Versiegelung ordnungsgemäß vorgenommen wird. Es gibt keine Berichte über allgemeine toxische Wirkungen im klinischen Gebrauch der Versiegelungsmaterialien. Die von der ADA anerkannten Mate-

rialien enthalten keine bekannten toxischen oder cancerogenen Substanzen. Ihre chemische Zusammensetzung entspricht Kunstharzen, die in der Zahnheilkunde seit vielen Jahren Verwendung finden.

Es gibt weiterhin keine Hinweise auf nennenswerte lokale Gewebseffekte beim möglichen Kontakt mit den Phosphorsäurelösungen, die beim Anätzen Verwendung finden, wenn diese ordnungsgemäß angewendet werden.

Die Frage nach dem Fortschreiten der Karies unter den gelegten Versiegelungen ist durch mehrere klinische Studien beantwortet worden. Die Beweise, daß die Vitalität der Pulpa nicht gefährdet ist, wenn kleine Defekte mit versiegelt werden, sind überzeugend. Tatsächlich scheinen solche Läsionen inaktiv zu werden. Es gibt keine Untersuchung, die ein signifikantes Fortschreiten der Karies unter einer intakten Versiegelung nachgewiesen hätte.

Die Befürchtung, daß der Schmelz kariesanfälliger werden könnte, wenn die Versiegelung verlorenght, scheint unbegründet. Untersuchungen in dieser Richtung wurden durchgeführt, ohne den Verdacht bestätigen zu können.

Es wurde die Besorgnis geäußert, daß besonders dicke Schichten von Versiegelungsmaterial zu okklusalen Störungen führen könnten. Solche Probleme wurden in ausgedehnten klinischen Untersuchungen nicht berichtet.

Es gibt auch keine Hinweise auf eine Gefährdung der Personen, die Versiegelungsmateri-

alien regelmäßig anwenden. Weder mutagene noch andere allgemeine Risiken wurden berichtet. Es wird allerdings die Verwendung geeigneter Schutzbrillen bei der Verwendung von UV- oder lighthärtenden Materialien empfohlen.

4. Was sind die Indikationen für die Anwendung der Versiegelungsmethode?

Kinder mit frisch durchgebrochenen Zähnen mit Grübchen und Fissuren.

Kinder, deren Lebensweise, Entwicklungs- oder Verhaltensmuster sie einem hohen Kariesrisiko aussetzen.

Kinder, bei denen Fluoride nicht ausreichend eingesetzt werden.

Kinder, deren Zahnanatomie die Kariesanfälligkeit erhöht.

Kinder, für die eine Anwendung der Versiegelung gewünscht wird und bei denen diese Methode technisch durchführbar ist.

Hinzu kommt, daß Beweise vorgelegt wurden, daß Kinder mit kleinen kariösen Läsionen von der Versiegelung profitieren können, allerdings sollte in weiteren Untersuchungen der Nutzen dieses Vorgehens untersucht werden.

5. Was ist die klinische Vorgehensweise bei der Versiegelung und welche Ausbildung ist dazu notwendig?

Die Methode ist eigentlich unkompliziert. Unter den jeweiligen klinischen Bedingungen mag es einfach bis schwierig sein, eine korrekte Versiegelung vorzunehmen. Die klinische Vorgehensweise für eine erfolgreiche Versiegelung ist folgende:

Der Zahn muß so isoliert wer-

den, daß Zugang und Übersicht gut möglich sind. Eine Verunreinigung der Oberfläche mit Speichel muß sicher vermieden werden.

Die zu versiegelnden Flächen sollten mit rotierender Bürste oder Gummikelch gereinigt werden. Das zur Reinigung verwendete Mittel sollte kein Öl oder andere Substanzen enthalten, die nicht schnell und leicht mit dem Spray wieder entfernt werden können. Entfernung des Reinigungsmittels mit Wasser unter Absaugung.

Nach ausreichender Trockenlegung werden die Flächen getrocknet und mit Hilfe von 30%- bis 50%-iger Phosphorsäurelösung eine Minute lang angeätzt. Die Ätzlösung wird während der Einwirkzeit sanft bewegt und muß alle Gebiete umfassen, die versiegelt werden sollen.

Die Säure soll mit Wasser unter Absaugung abgewaschen werden. Die Flächen werden sorgfältig getrocknet und es wird überprüft, ob überall eine kalkig-weiße Oberfläche erzielt worden ist. Nach dem Trocknen mit dem Luftbläser muß jede Verunreinigung mit Speichel, Wasser oder Öl unbedingt vermieden werden, bis das Versiegelungsmaterial ausgehärtet ist. Wenn der Verdacht auf eine Verunreinigung besteht, sollte 20 Sekunden lang nachgeätzt werden.

Das Versiegelungsmaterial sollte nach Herstelleranweisung verwendet werden. Der Einschluß von Luftblasen muß vermieden werden, das Material soll in alle Vertiefungen eingebracht, aber nicht auf die ungeätzten Flächen ausgedehnt

werden. Der Kontakt mit Weichgeweben sollte vermieden werden.

Nach dem Aushärten sollte sichergestellt sein, daß die Versiegelung nicht unter- oder überextendiert ist, daß die Aushärtung vollständig ist und keine Hohlräume bestehen. Anschließend soll mit einer angemessenen Kraftanstrengung versucht werden, die Versiegelung von ihrer Unterlage zu lösen (Sonde), um festzustellen, ob die Haftkraft ausreicht.

Fluorid sollte nicht direkt vor der Versiegelung auf den Schmelz aufgebracht werden. Nachher kann es sofort angewendet werden.

Die häufigste Fehlerquelle für das Versagen einer Versiegelung ist die Verunreinigung mit Wasser, Speichel und Öl. Die Gewährleistung der Trockenheit ist der kritischste und schwierigste Punkt.

Die Effektivität der Versiegelung ist direkt abhängig von der Retention des Materials. Die Retention wiederum ist eindeutig technikabhängig. Alle, die bei der Versiegelung mitwirken, ob Zahnarzt, Helferin, Student oder erfahrener Praktiker, sollten das gleiche Verständnis und die entsprechende Fertigkeit besitzen.

In der Folge beschäftigte sich die Konferenz mit Fragen, die auf die amerikanischen Verhältnisse zugeschnitten waren, wie Akzeptanz bei Zahnärzten und Patienten, Bereitschaft der Versicherungen, die Versiegelung zu bezahlen etc. Für uns in der Bundesrepublik sollte die Anerkennung, die die Versiegelung in den USA

zunehmend findet, Grund zur Korrektur der augenblicklichen Einstellung sein. Zuerst ist damit die DGZMK angesprochen. Nachdem die deutsche Zahnärzteschaft, nach allen ihren Verlautbarungen in Richtung auf eine wirksamere Kariesverbeugung aufgebrochen ist, muß sie sich - vor allem in ihren wissenschaftlichen Gremien - mit allen Möglichkeiten der Prävention befassen. Erst wenn die Wissenschaft ihr negatives Urteil revidiert haben wird, ist es sinnvoll, darüber nachzudenken, wie man die Methode der Fissurenversiegelung möglichst vielen Kindern zugäng-

lich machen kann. Fragen der Wirtschaftlichkeit, Honorierung, Abrechenbarkeit sind erst dann aktuell. Wir schlagen vor, daß die DGZMK ein Symposium abhält, das sich mit den neuen Erkenntnissen zum Thema Versiegelung auseinandersetzt.

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8031 Seefeld

Literatur zur kurzen Information:

JADA 108, Feb. 1984; 233-236
JADA 108, März 1984; 310-322

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

"GESUNDHEITSERZIEHUNG ALLEIN BEWIRKT SO GUT WIE GAR NICHTS"

Eine interessante Meldung aus den USA veröffentlicht das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung in seiner FZV-Information Nr. 2/84:

Im Verlauf einer umfangreichen Studie (National Preventive Dentistry Demonstration Program) wurden in 10 Kreisen bzw. Städten der USA (5 davon mit, 5 ohne Trinkwasserfluoridierung) an circa 17.000 Schulen während 4 Jahren die Wirkungen und Kosten unterschiedlich kombinierter Prophylaxemaßnahmen getestet. Das Ergebnis dieses Modellversuchs läßt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Das "umfassende" Prophylaxeprogramm mit seiner arbeitsteiligen Kooperation von Zahnarztpraxen und Schule war erwartungsgemäß äußerst effektiv, wenn auch sehr teuer.
2. Die Trinkwasserfluoridierung ist die effektivste und effizienteste einzelne Prophylaxemaßnahme.

3. An zweiter Stelle rangiert die Versiegelung der Kauflächen - die, wie auch der National Caries Prevalence Survey gezeigt hat, am wenigsten durch Fluoridanwendungen geschützt werden können - durch Zahnärzte.

4. Erst an dritter Stelle steht die gruppenprophylaktische Intervention (Mundspülungen mit Fluoridlösungen bzw. Applikation von Fluoridtabletten) gleichauf mit der Effektivität der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis, die für 10jährige sogar effektiver war!

5. Gesundheitserziehung allein bewirkt so gut wie gar nichts.

Im Dezember 1983 wurde entschieden, daß zukünftig auch die Versiegelung Bestandteil der öffentlich geförderten Prophylaxemaßnahmen sein soll.

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

PHYSIKALISCHE EIGENSCHAFTEN VON SELBSTHÄRTENDEN CALZIUMHYDROXID-PASTEN

Selbstabbindende Liner auf Calciumhydroxid-Basis finden breite Anwendung in der Zahnerhaltungskunde. Häufig werden sie als einziges Unterfüllungsmaterial verwendet. Ein Vergleich der physikalischen Eigenschaften ist für die Auswahl des geeigneten Materials nützlich.

In dem hier zusammengefaßten Artikel wurden folgende Produkte untersucht: Dycal, Life, Procal, Renew, Reolit
 Folgende Eigenschaften wurden geprüft:

Abbindezeit, PH-Wert nach Abbindung, Röntgenkontrast, Druckfestigkeit, Löslichkeit in Wasser, Phosphorsäure und Äther.

Ergebnisse:

Material	Abb.zeit (min)
Dycal	2.25
Reolit	2.25
Procal	3.00
Life	4.50
Renew	5.50

Material	PH-Wert nach einer Woche in Wasser
Dycal	12.3
Life	12.2
Renew	12.2
Procal	11.9
Reolit	10.4

Material	Röntgenkontrast (je niedriger der Wert, desto höher die Dichte)
----------	---

Renew	63
Dycal	66
Life	66
Procal	67
Reolit	78
Dentin	74

Material	Druckfestigkeit (10 min)	24 h
Dycal	145.9 ⁺ 11.9 (kgm/qcm)	116.1 ⁺ 23.2
Life	141.1 ⁺ 27.1	273.4 ⁺ 59.2
Renew	111.9 ⁺ 14.3	127.9 ⁺ 9.6
Procal	92.8 ⁺ 29.5	142.6 ⁺ 12.3
Reolit	66.6 ⁺ 9.0	100.3 ⁺ 8.6

Material	Löslichkeit in dest. Wasser (%)
Reolit	0.41 ⁺ 0.13
Renew	3.45 ⁺ 0.93
Life	3.78 ⁺ 0.78
Dycal	6.76 ⁺ 0.36
Procal	7.79 ⁺ 2.01

Material	Löslichkeit in Phosphorsäure (35%, 60 sec)
Life	0.14 ⁺ 0.09
Reolit	0.28 ⁺ 0.09
Dycal	2.65 ⁺ 0.37
Renew	4.35 ⁺ 0.20
Procal	6.16 ⁺ 0.02

Material	Löslichkeit in Äther (10 sec)
Life	0.34 ⁺ 0.04
Renew	0.63 ⁺ 0.06
Dycal	0.71 ⁺ 0.09
Reolit	1.00 ⁺ 0.27
Procal	1.00 ⁺ 0.02

Die Meßwertunterschiede, die durch Randlinien verbunden sind, haben keine statistische Signifikanz.

Zur Bewertung der Meßergebnisse:
 Der PH-Wert gibt an, wieviel freies Calciumhydroxid nach der Abbindung in wäßrige Lösung geht. Ein hohes alkalisches Milieu zeigt einerseits antibakterielle Wirksamkeit und stimuliert zum anderen die Bildung von

Tertiärdentin. Ob der geringere PH von Reolit diese Wirkung verringert, ist nicht bekannt.

Hohe Druckfestigkeit ist eine wünschenswerte Eigenschaft, da solche Liner häufig auch unter Amalgamfüllungen Verwendung finden. Sowohl ausreichender Widerstand gegen den Stopf-, als auch gegen den Kaudruck sind erforderlich. Werden dicke Schichten solcher Liner unter Amalgamfüllungen verwendet, kann es zu Mikrofrakturen im Amalgam mit anschließender völliger Auswaschung des Liners kommen. Die hohe Anfangsdruckfestigkeit von Dycal (neue Formel!) steht in Zusammenhang mit der kurzen Abbindezeit. Nach 24 Stunden liegt Life wesentlich höher.

Die Löslichkeit in Phosphorsäure ist

bei der Anwendung der "Schmelz-Ätz-Technik" von Bedeutung. Ein Liner, der das Dentin völlig abdecken soll, darf durch die anschließende Behandlung mit Säure nicht wieder gelöst werden. Nur Life und Reolit können hier überzeugen.

Nachdem Kavitätenlacke zum Großteil aus organischen Lösungsmitteln bestehen, ist auch die Löslichkeit von Calciumhydroxid-Linern in solchen Substanzen von Bedeutung. Wichtig ist, daß diese Werte dramatisch zunehmen können, wenn die Materialien noch nicht vollständig abgebunden haben.

McComb: Comparison of Calcium Hydroxide Cements

JADA 107(4); 610-613; 1983

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

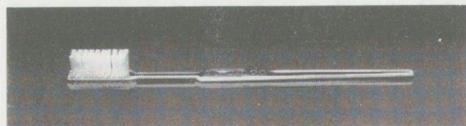
Die "Bundesratslösung" ist zwar einfacher als der Entwurf der Bundesregierung und auf den ersten Blick auch ökonomisch akzeptabel. Sie vermeidet den Fehler des Entwurfs, die Kostenerstattung höher anzusetzen als den Abschlag vom Pflegesatz. Die PKV hält aber weiterhin einen Abschlag vom Pflegesatz für notwendig, weil er dokumentiert, daß die privatärztliche Behandlung nicht nur eine Zusatzleistung ist. Für den Fall der Verabschiedung der Verordnung in der Aus-

schußfassung wird es darauf ankommen, daß die Honorarkürzungen auch tatsächlich voll den Privatpatienten zugute kommen und nicht durch Honorarerhöhungen kompensiert werden. Unakzeptabel wäre es für die PKV vor allem, wenn die künftig unzulässigen Kostenerstattungen der Chefärzte an die Krankenhäuser unter anderem Namen weiterlaufen sollten und versucht würde, sie auf die Privatpatienten zu überwälzen.

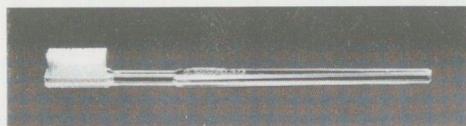
PKV-Publik, 5/84, S. 56

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



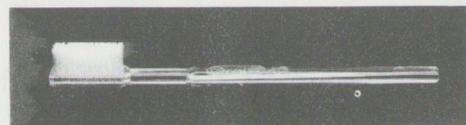
Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



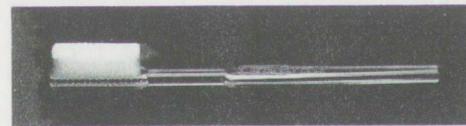
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



Oral-B 35 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1600 Einzelborsten auf extrem kurzem Kopf.



Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

Die Oral-B-Zahnbürsten sind Multituft-Zahnbürsten. Feine, elastische Nylonborsten, auf kleinster Fläche angeordnet, bedeuten wirkungsvolle Reinigung und Pflege für Zähne und Zahnfleisch. Die abgerundeten Borstenenden schützen vor Verletzungen des Zahnfleisches. Das plane Borstenfeld ist ideal für die Zahnfleischmassage.

Oral-B Spezialzahnbürsten



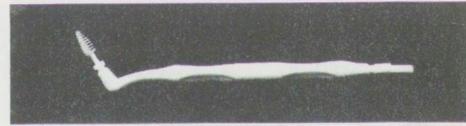
Oral-B Sulcus Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei festsitzenden Apparaturen.



Oral-B Einbüschel Spezialbürste für Problemzonen im Mund- und Zahnbereich. Bei unregelmäßigem Zahnstand, bei Zahnlücken, Brücken, kieferorthopädischen Einsätzen.



Oral-B 15 Orthodontic Die ideale Zahnbürste für Träger von Multibändern und Brackets. Zur effektiveren Reinigung der Metallteile sind die beiden inneren V-förmigen Borstenreihen kürzer und härter als die beiden äußeren Borstenreihen.



Oral-B Interdental Die Bürsten-Kombination zur konsequenten und schonenden Reinigung von Zahnzwischenräumen. Die kegelförmige Nylonbürste bei größeren, die Einbüschel-Bürste bei engeren Zahnabständen.

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

Studiengruppe Oldenburg gegründet!

Dank der tatkräftigen Mithilfe des Kammervorstandes Niedersachsen (siehe FORUM 5 und 6) hat sich eine dritte Gruppe Nordlichter im DAZ konstituiert. Seit dem 17.07.1984 gibt es eine Studiengruppe Oldenburg.

Nach einer Vorlaufzeit von einigen Monaten und zwei vorbereitenden Veranstaltungen (eine davon mit H. Hey) waren sich die Beteiligten einig, daß das Programm und die bisherigen jahrelangen Aktivitäten des DAZ eine vertrauenswürdige und seriöse Basis darstellen, auf der man auch hier im Norden erfolgreich berufspolitische Alternativen entwickeln kann.

Diese dringend notwendigen Alternativen und Ergänzungen zur Politik der Kammer und des FVDZ werden Inhalt der Veranstaltungen der nächsten Monate sein, wobei wir die kollegiale Diskussion anbieten, ohne die Konfrontation zu suchen.

In Oldenburg (135000 Einwohner) gibt es seit Jahren zwei gut funktionierende Arbeitskreise von Kollegen, die sich monatlich treffen. Hier werden vor allem fachliche Themen bearbeitet, ohne daß dies zu berufspolitischen Aktivitäten geführt hat. Erst die starre Haltung der Kammer in der Recall-Frage hat hier teilweise zu einem gewissen Umdenken geführt. Aber auch die seit Monaten scharf geführte Auseinandersetzung um die Rücknahme

der Verwarnung von Kollegen, die den Anti-Atom-Raketen-Aufruf unterzeichnet haben und die Unzufriedenheit mit der Handhabung der ZMF-Ausbildung haben vielen Kollegen gezeigt, daß verantwortungsvolle und qualifizierte Berufsausübung durch die Kammer immer mehr eingeengt wird, ohne daß der Freie Verband sein Gewicht dagegen in die Waagschale wirft, um zumindest die größten Auswüchse zu verhindern.

Die Schwerpunkte der nächsten Monate wollen wir im Angebot orts- und praxisnaher Fortbildung setzen. In diesem Jahr sollen noch zwei Praxiskurse für Zahnärzte zu den Themen Angst und Psychologie in der Zahnarztpraxis und zeitgemäße Parodontaltherapie laufen. Für Erfahrungsberichte aus anderen Gruppen sind wir dankbar. Außerdem werden wir Praxiskurse für Helferinnen über Prophylaxe und Mundhygiene, Röntgen, kleine Laborarbeiten, Assistenz und Absaugtechnik und zum Thema Praxishygiene anbieten. Dabei kommt uns zu gute, daß die Gründungsmitglieder alle niedergelassene Kollegen mit überwiegend mehr als zehnjähriger Praxiserfahrung sind, die ihre Praxen zur Verfügung stellen.

Stellung beziehen wollen wir ferner zum Thema Praxishygiene, wobei der Schwerpunkt auf Praxisnähe und Durchführbarkeit (und nicht auf Produktwerbung) liegen soll. Dieses

Thema umfaßt auch die Abfallbeseitigung (Recycling von Schwermetallen und Röntgenflüssigkeiten).
Wir haben uns also einiges

vorgenommen und werden sehen, wie das Angebot angenommen wird. Über unsere weitere Arbeit werden wir berichten.
Dr. Roland Ernst

K O N T A K T A D R E S S E N

Dr. Roland Ernst
Waldblick 2
2905 Edewecht

Tel. 04486/1925
oder 04486/2481

Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg

Tel. 0441/76282
oder 0441/505744

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

ist. Zweitens bereitet uns die Tendenz Sorge, bei Rechnungen grundsätzlich die Schwellenwerte, (das 2,3 beziehungsweise 1,8fache) zu berechnen. Der Gebührenrahmen ist nicht nur nach oben, sondern auch nach unten flexibel. Wenn 85 v.H. der berechneten Gebühren für persönliche ärztliche Leistungen und 92 v.H. für medizinisch-technische Leistungen nach den Höchstwerten berechnet werden, gibt es eine faktische "Einheitsgebühr". Dieses Abrechnungsgebaren gefährdet den Gebührenrahmen für ärztliche Leistungen.

GOZ harmonisieren

Auch die Gebührenordnung für Zahnärz-

te muß neu geregelt werden. Die GOZ feiert bald ihr 20jähriges Jubiläum und niemand kann bestreiten, daß sie nicht mehr dem heutigen Stand der Zahnheilkunde entspricht. Wir wollen deshalb die Gebührenordnung für Zahnärzte der zahnmedizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung anpassen und eine Harmonisierung mit den Liquidationsgrundsätzen im Bereich der Ärzte erreichen.

Dazu bedarf es einer Zusammenarbeit mit der Zahnärzteschaft und mit der privaten Krankenversicherung, auf die ich zuversichtlich hoffe.

PKV-Publik, 5/84, S. 52

„Die aufregendste Fortbildungsveranstaltung seit vier Jahren!“

– Zwei Protokolle

DIE STUDIENGRUPPE MÜNCHEN VERANSTALTETE ZWEI INTERDISZIPLINÄRE VORTRÄGE MIT DISKUSSION ZWISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN, KÖRPERTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN UND GNA-THOLOGISCH ORIENTIERTEN ZAHNÄRZTEN (U.A. PROF. DR. PETER FUCHS). ALS ORGANISATOR MÖCHTE ICH EIN PROTOKOLL DIESER VERANSTALTUNGEN WIEDERGEHEN, AN DEREN ENDE SICH ALLE TEILNEHMER DARÜBER EINIG WAREN, DASS EINE WEITERGEHENDE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT FRUCHTBAR WÄRE. ZITAT DES NICHT GERADE UNINFORMIERTEN KOLLEGEN SCHMIDINGER: "DIE AUFREGENDSTE FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG SEIT VIER JAHREN!"

Protokoll 1

Wut, Angst, Ekel und Haß sind Gefühle, die uns Zahnärzten von so manchem Patienten entgegengebracht werden, denn er sucht eigentlich Hilfe, hat aber von uns nur Unbehagen oder Schmerz zu erwarten!

Wie wir mit diesen negativen Gefühlen umgehen sollten, zeigte uns am 16.5.84 der Psychotherapeut ADRIANUS POWELS in seinem Vortrag "Die ambivalente Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient und die entwicklungsge- schichtliche Bedeutung von Mund und Kiefer."

In der Kleinkindphase haben Mund und Kiefer eine besondere Bedeutung, sowohl als Organ zur Nahrungs- und Kontaktaufnahme (mit Lustempfinden gekoppelt), wie auch als Kontrollorgan für die betreuende Mutter (Vermittlung von Lust- und Unlustempfinden). Bei der Zahnbehandlung wird dieses auf Lustempfang eingestimmte Organ, einerseits mit Maßnahmen konfrontiert die nur Unlust vermitteln, andererseits wird es an der Verbalisierung dieser unangenehmen Empfindungen ge-

hindert und dies gerade dann, wenn der verbale Kontakt mit dem behandelnden Zahnarzt angstreduzierend wirken könnte. Geht man davon aus, daß bei vielen Menschen durch Frustrationen in der oralen Kindheitsphase bedingte Störungen des Mutter-Kind-Verhältnisses bis ins hohe Erwachsenenalter unbewußt wirksam sind, so ist leicht zu erklären, daß das Verhältnis zwischen Zahnarzt (ZA) und Patient (Pat.) besonders dann problembehaftet ist, wenn durch das Verhalten des ZA der Pat. in sein traumatisches "Kind-Ich" verfällt. Eine Vertrauensbasis entsteht also nur dann, wenn bereits vor der Behandlung eine Beziehung auf der Erwachsenen-Ebene aufgebaut wurde.

Wird der ängstliche Patient beispielsweise vorzeitig in eine horizontale Behandlungsposition "gefahren" kann das "Kind-Ich" derart die Oberhand gewinnen, daß er aus dieser hoffnungslosen/psychischen Situation heraus keine Chance hat sein "Erwachsenen-Ich" wiederzugewinnen, um seine Ängste bewältigen zu können. Persistierende Angst vor Schmerz und Unbekanntem und das Nichtertragen können von unangenehmen Situationen sind die

Folge.

Wie soll der Zahnarzt mit dem ängstlichen Patienten umgehen?

Er muß zunächst herausfinden, welche "Geschichte" sein Patient hat. Dies kann nur im Gespräch erfolgen, da von einem Zahnarzt ohne besondere Schulung nicht zu erwarten ist, daß er diese "Geschichte" aus dem Körper und seinen Bewegungen "lesen" kann, wie zum Beispiel aus den Augen ablesbar wäre, ob der Pat. während der Behandlung körperliche Distanz oder Nähe wünscht.

So gibt es:

- a) Menschen, die versuchen durch Herstellung von Nähe ("Anklammerung") mit der Angst fertig zu werden.
- b) Menschen, die versuchen über Pseudosachlichkeit "technisch" mit der Angst fertig zu werden, d.h.: durch Leugnung von Angst und Gefühlen. Dies führt jedoch über starkes Somatisieren erst recht zu "Verspannungen" der willkürlichen Muskulatur.
- c) Menschen, die versuchen mit Distanz und Rückzug die Angst zu bewältigen.

Das Somatisieren während der Zahnbehandlung läßt sich durch verschiedene Strategien abbauen:

- a) Der nicht zu empfehlende, aber häufig geübte Versuch: Den Widerstand "einfach" brechen. - Über die sogenannte Autorität werden die Ängste und Fragen des Patienten einfach nicht ernst genommen. Meist wird er aufgefordert sich zu beherrschen oder sich nicht so "aufzuführen". Dies führt zur Erschlaffung oder zum Kampf.
- b) Den "Kämpfer" zur Mitarbeit auffordern. Auf seinen Widerstand eingehen, durch kurze "symptombezogene" Fragen. Vielleicht ist es auch sein Wunsch über alle Behandlungsvorgänge laufend informiert zu werden.
- c) Die Ängste unterlaufen. Mit Ablenkungsmanövern arbeiten und z.B. fragen, ob der Patient seine Beine spü-

ren kann - oder ihn auffordern, seine Beine anzuheben und seine Bauchmuskeln anzuspannen, um den Würgereiz bei der Mundabformung auszuschalten - oder die Atmung beeinflussen mit dem Hinweis, das Ausatmen nicht zu vergessen - oder eine Ohrakupressur während der Leitungsanästhesie durchführen und vieles mehr.

Allgemeine Hinweise über das Vorgehen beim ängstlichen Patienten

1. Erstmalige Kontaktaufnahme (Anamnese, Gespräch) nur auf der Erwachsenen-Ebene, denn gerade das reduziert die Übertragungsbereitschaft (des Pat. in sein "Kind-Ich"). Am besten sitzen oder stehen sich Behandler und Patient in gleicher Höhe gegenüber, da ein Mutter-Kind-Gefälle unbedingt verhindert werden muß.
2. Nach früheren Zahnarztbefragungen fragen. Man stellt damit eine positive Gegenbeziehung auf.
3. Über die Angst des Patienten reden. Diese auf keinen Fall ignorieren.
4. Bei ängstlichen Patienten immer weniger Arbeiten vornehmen, als dieser für die jeweilige Sitzung erwartet hat.
5. "Pacing", d.h.: nur soviel und so schnell arbeiten wie es vom Pat. gewünscht und verkraftet wird. Gegebenenfalls eine Zeichensprache vereinbaren, um nach dem Zeittakt des Patienten arbeiten zu können.

Merksatz:

Die Situation seiner Hilflosigkeit muß auf jeden Fall entschärft werden.

Energieverlagerung

Die Energie ins Becken bringen, entlastet den Kopf. Gemeint ist die Verlagerung energetischer Vorgänge in die unteren Bereiche des Körpers, um eine Entkrampfung im Kopfbereich zu erreichen.

Der Patient soll also seinen unteren Rücken bewußt "erfahren", durch Streckung der Beine. Einer angstbedingten, reflexartigen Verkrampfung

der Füße (und Belastung des Kopfes) wirkt die bewußte Bewegung der Fußgelenke oder der Zehen entgegen.

Zum Abschluß der mit größtem Interesse verfolgten Veranstaltung demonstrierte uns der Referent mit einem mehrfach vorgeführten Versuch, wie durch konzentrierte Arbeit Energie im Körper verlagert werden kann:

Herr Pouwels stellte sich in der Mitte des Raumes vor einem Probanden auf und forderte diesen nach einer konzentrativen Phase auf, ihn schnell anzuheben. Je nachdem ob Herr P. seine Energie in den Kopf oder in die Beine verlagert hatte, wurde Herr P. als leicht oder schwer empfunden.

Protokoll 2

Beim "Rolfing", einer körpertherapeutischen Methode, kann bei Manipulation der Mundhöhle Abwehr, Aggression und sogar psychischer Zusammenbruch ausgelöst werden. Was ROLFING ist und welche Bedeutung es in der zahnärztlichen Therapie einnehmen könnte, erläuterte uns am 23.5.84 der Psycho- und Körpertherapeut Dr. Peter Schwind:

Das Rolfing ist seit etwa 50 Jahren bekannt und geht zurück auf die Biochemikerin Dr. Ida Rolf, welche durch Untersuchungen an den Bindegeweben die Idee zu der nach ihr benannten körpertherapeutischen Methode entwickelt hatte. Ihre ersten Erfahrungen hierzu sammelte sie bei den Yoga-Meistern alter Schule und bei dem Psychotherapeuten Fritz Pearl. Rolfing hat weder mit Osteopathie, noch mit Chiropraktik etwas gemein, sondern bezeichnet eine äußerst sensitive manuelle Bearbeitung der Bindegewebe, selbst in die unzugänglichsten Muskelschichten, um eine muskuläre und skelettale Adaption an die Schwerkraft zu erzielen.

Grundbegriffe des ROLFING:

1. Die Schwerkraft (Gravitation)
2. Die Segmentierung des Körpers in jeweils von der Schwerkraft abhängige Partien
3. Plastizität
Man versteht darunter die Wechselwirkung der körperlichen Gewebe mit der Schwerkraft.
4. Fascien

Diese haben möglicherweise eine größere Bedeutung für den Körperbau als gemeinhin angenommen. Sie sind offenbar das Organ, welches die anatomische Struktur formt. (Als Beispiel: Die erworbene Körperform eines Briefträgers oder Zahnarztes.)

Verantwortlich für die anatomische Struktur sind sowohl der Muskeltonus, wie auch die Bindegewebsentwicklung. Ursachen für eine übermäßige Bindegewebsentwicklung sind:

- a) der Streß
- b) mechanische Überbelastung

Nach Ansicht der Rölfer manifestieren sich traumatische Ereignisse sehr häufig als Störungen in den Muskelfascien. Dieser traumatisierende Rückstand in den Bindegeweben kann, nach einem Treppensturz in der Kindheit, die Körperhaltung dauerhaft verändern, wie durch die Verwachsungen im Bauchraum nach einer Blinddarmoperation die Hüfte lebenslang verschoben werden kann.

Nach Ansicht der Rölfer sollen die einzelnen Muskelbündel durch manipulative Behandlung ihre ursprüngliche Beweglichkeit zueinander wiedererlangen, so daß sich das Knochen skelett wieder zu seiner natürlichen Form aufrichtet. Hierzu zeigte uns der Referent mehrere Fotoserien, welche die schon nach 10 Rolfingbehandlungen eingetretenen dauerhaften Erfolge überzeugend demonstrieren. Auf Grund eigener Beobachtungen sieht er einen engen Zusammenhang zwischen Kiefergelenkerkrankungen und Skoliose. Nebenbei erwähnte er eine bei ihm selbst vorgenommene orthodonti-

sche Einzelzahnkorrektur mittels Rol-
fing.

Während der Diskussion berichtete
Herr Schwind begeistert von der für
Zahnärzte höchst interessanten cranio-
sacralen Therapie von John Up-
ledger, welche in der Eastlandpress
(Chicago) veröffentlicht worden ist.
In diesem Zusammenhang lauschten wir
dann sozusagen mit offenem Mund sei-
nen Ausführungen über den cranio-
sacralen Puls, einer kaum spürbaren,
langsamen, periodischen Bewegung der
Wirbelsäulen-Dura bis in den Schädel
hinein. Dieser Puls steht weder mit
der Atmung noch mit dem Herzpuls in
irgendeiner Beziehung und bewirkt eine
rhythmische Verformung des Schädels
(oval-rund-oval), welche mit einer
Verschiebung in den Suturen ein-
hergeht. So gelingt es den Cranio-
sacral-Therapeuten offenbar, durch

"Zurechtrücken" der Schädelknochen
die Behinderung der pulsierenden
Schädelverformung und damit zusammen-
hängende Kopfschmerzen zu beseitigen.

In diesem Zusammenhang gab die Kör-
per- und Psychotherapeutin Frau Dr.
Dopfner noch einige Hinweise zu Ver-
änderungen in der Schädelstatik und
deren Bedeutung für den Hypothalamus.

Ein Literaturhinweis im Zusammenhang:
Dysgnathien, Haltungsfehler und De-
formitäten der Wirbelsäule, ihre Be-
deutung für die Funktionskieferortho-
pädie, Hubert von Treuenfels, Collo-
quium Med. Dent., Der Zahnarzt Nr. 7,
Juli 1984.

Dr. Steffen Wander
Wandlhamer Str. 20
8032 Gräfelfing

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

PARO — 5 Pluspunkte für eine Zahnbürste:

- 1 Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gewissenhaft erprobtes Qualitätsprodukt.
- 2 Kleiner Bürstenkopf und schlanke Halspartie gewährleisten einwandfreie Zugänglichkeit.
- 3 Auch mit Ansatzbürste für festsitzenden Zahnersatz und KFO etc. erhältlich.
- 4 Multituft und exakt rundgeschliffene Borstenenden für schonungsvollste Anwendung.
- 5 Hervorragende Testergebnisse (Vergl. Schweizer Monatsschr. Zahnheilkunde 1/79).



PROFIMED GmbH
Kaiserstraße 18
8200 Rosenheim 2
Tel. 0 80 31/3 30 20

Fortbildungszwischenbilanz der Studiengruppe München

Im ersten Halbjahr 1984 hat sich die Studiengruppe München bemüht, dem Fortbildungsaspekt des DAZ stärker Rechnung zu tragen. Der Ruf des DAZ nach Qualitätssteigerung der deutschen Zahnheilkunde muß natürlich zuerst in unseren eigenen Ohren klingen und verpflichtet uns, zeitgemäß und engagiert Praxis zu betreiben.

- Der erste DAZ-Abend dieses Jahres diente der Wiederholung und Vertiefung dessen, was unser Kollege Peter Parow aus Norwegen zuvor über PA-Prophylaxe vorgetragen hatte. Besonders ZMF sollten in ihrer Prophylaxe-Arbeit motiviert und instruiert werden. Franz Schrickler, Armin Maurer und Fräulein Egger faßten die theoretischen Grundlagen zusammen, stellten geeignete Hilfsmittel und die "Parow'sche Putzmethode" vor und übten mit den Teilnehmern das Patientengespräch sowie deren Unterweisung.

- Bereits den dritten Notfallkurs veranstaltete Steffen Wander mit einem Unfallchirurgen. Ein erster Abend war insbesondere auf das Zusammenspiel im Praxisteam ausgelegt. Ziel war die Auffrischung unseres Notfallwissens, Tips für die Zusammenarbeit ZA/ZH im Fall des Falles, Vorsichtsmaßnahmen gegen Notfälle und einen kleinen, aber ausreichenden Notfallkoffer selbst zusammenzustellen.

Der zweite Abend bot nach Rekapitulation des Vorabends Möglichkeit zu Übungen an der Reanimationspuppe. Auch wurden gegenseitig i.v.-Injektionen und Blutdruckmessungen durchgeführt.

Es empfiehlt sich, derartige Kurse mit Helferinnen bzw. noch besser in

der eigenen Praxis durchzuführen.

- Helmut Simon und Armin Maurer stellten in einem weiteren Abend die Systeme "denar" und "SAM" vor, verglichen sie miteinander und diskutierten die jeweiligen Vor- und Nachteile. Außerdem bestand Gelegenheit, Schnellübertragungsbögen am Patienten richtig anzulegen, sowie Modelle "gnathologisch-sauber" einzuartikulieren. Hieraus ergab sich zuletzt ein Exkurs über Gipse.

- Bißflügelaufnahmen und Röntgen mit Rinntechnik waren Thema eines Abends, den Hannes Brosch abhielt. Hannes geht für Bißflügel auf jede Barrikade!

- Das Vorhaben, einen Endo-Kurs mit Heinz Wichert durchzuführen, stellten wir zurück, da Heinz sowieso diesen Kurs im Rahmen der Bayerischen Akademie angeboten hatte und dazu noch Plätze frei waren. Ein abgewandelter Endo-Kurs mit praktischen Übungen wird am 8.12.1984 in eigener Regie folgen. Wicherts Endo-Kurs darf denn "ausgezeichnet" genannt werden und hat uns Teilnehmer stark beeinflusst. Seine Vorschläge sind praxisnah und gut erprobt. Vor allem braucht man keine Spezialisten-Praxis, um mit dieser Vorgehensweise gute Resultate zu erreichen. Nicht zuletzt wegen seines mitreißenden Vortrages ist dieser Kurs sehr empfehlenswert.

- Psychologie der Patientenbehandlung, besonders der Kinderbehandlung, war Gegenstand eines Tages, den die Psychologin Marion Satzger-Simon gestaltete. Kaum zu glauben, was man sieht, wenn man selbst im Rollenspiel "Praxis" per Video gefilmt wird (und anschließend psychologisch tran-

chiert).

- Kollege Hahn in München dürfte der in diesem Umkreis erfahrenste Myofunktions-Therapeut sein - zusammen mit seiner engagierten Frau. In enger Kooperation mit Garliner haben beide ein fundiertes Wissen erarbeitet und praktisch erprobt.

Wir konnten das Ehepaar für einen Einführungsabend gewinnen, der uns als weitgehend Unbeleckte hinführen sollte zur Problematik, mit der sich Zungenspezialisten beschäftigen. Hauptaspekt ist das falsche Schlucken und orale Hyperaktivitäten. Viele Prothetikmißerfolge dürften auf solche Hyperaktivitäten zurückzuführen und auf keine andere Weise zu vermeiden sein.

Vertiefung unseres Wissens über diese noch heftig umstrittene Therapie soll ein Intensivkurs mit Kollege Hahn in der zweiten Jahreshälfte bringen.

- Gegen andere Verspannungen gerichtet war der nächste Abend, den unser Absaugspezialist Franz Schrickler mit Helferinnen hielt. Entspanntes und anatomisch günstiges Sitzen bei der Behandlung ist einzige Prophylaxe für unseren Rücken. Verrenken soll sich der Patient, nicht wir - er macht es nur kurzzeitig. Eine richtige Absaugtechnik der Helferin mit geeigneter Positionierung des Patientenkopfes ist die Voraussetzung. Daher war der Abend für Zahnärzte und Helferinnen.

- Auf Empfehlung der Studiengruppe Regensburg führten wir einen Abend mit Herrn Loser von der Firma Whaledent durch. Der Tip war gut. Sehr engagiert, kurzweilig und interessant bietet Herr Loser einen Teil des Firmenprogramms (das volle Angebot erfordert mindestens zwei Abende) mit Dias, Modellen, Arbeitsanleitungen und von Überallher gesammelten Kniffen an. Der Nutzen ging weit über den von einem Werbeabend erwarteten hinaus.

- Um Modellguß ging es im nächsten

DAZ-Treffen, zu dem Steffen Wander den Zahntechniker, Herrn Lauger, eingeladen hatte. Neben gründlicher Vorabplanung im Mund betonte Herr Lauger die Bedeutung von Situations-Modellen sowohl für Zahnarzt wie für Zahntechniker. Dadurch ließen sich viele Pannen ersparen. Der Abend bot reichlich Gelegenheit, über Modellauswertung und Klammerkonstruktion zu diskutieren.

- Zu einer interdisziplinären Vortragsveranstaltung mit Diskussion war der Psychotherapeut Adrianus Pouwels eingeladen. Die Bedeutung von Mund und Kiefer als Organ der Lust, Hingabe, Kontaktaufnahme und Kontrolle in der frühkindlichen Entwicklung war das Thema des Abends, und daraus erklärt sich die ambivalente Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient. Des Patienten Suche nach Hilfe wird beeinträchtigt durch die Erwartung von Schmerzen bei der Zahnbehandlung. Wie können wir mit den latent vorhandenen, oft auch manifesten negativen Gefühlen des Patienten umgehen? Ein entspannter Patient dagegen erleichtert uns die manuelle Tätigkeit im Mund. Herr Pouwels zeigte einige konstruktive Lösungsvorschläge.

- Den zweiten Abend dieser Reihe gestaltete Dr. Peter Schwind, von Beruf Körpertherapeut. Sein Thema war "Rolfing", benannt nach Dr. Ida Rolf. Als Rolfing bezeichnet man Tiefengewebsmanipulationen zur muskulären und skelettalen Adaption des Körpers an die Gravitation. Die Problemzone Nr. 1 für den "Rolfing" ist hierbei das Kauorgan, wo er durch seine Manipulation heftigste Abwehr, Aggressionen und psychischen Zusammenbruch auslösen kann. Es wurde aufgezeigt, wie sich funktionelle Störungen im Kauorgan und allgemein-psychische Störungen gegenseitig beeinflussen, und welche Hemmnisse sie deshalb der jeweiligen Therapie entgegenstellen können, wenn diese nur unter monokau-

salen Aspekten betrieben wird. Rolfig ist eine rechtlich geschützte Körpertherapie, die in einer Folge von mehreren Sitzungen darauf abzielt, die Statik des Körpers möglichst günstig zu verändern, das heißt, dem Körper eine gelöste und aufrechte Haltung im Schwerefeld der Erde zu ermöglichen.

Falls Studiengruppen den einen oder anderen Abend wiederholen bzw. Referenten einladen möchten, gebe ich gerne unter Telefon 089/8111428 weitergehende Auskunft.

Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

Zitate – Zitate – Zitate – Zitate

Die Verbandsarbeit hat für die private Krankenversicherung besondere Bedeutung. Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Versicherungswirtschaft ist sie sehr stark in ihr sozialpolitisches Umfeld eingebunden. Das verdeutlichte der scheidende PKV-Verbandsvorsitzende Dr. Heinz Bach in seinem Referat in der PKV-Mitgliederversammlung in Konstanz.

. . .

Auseinandersetzungen sind vorprogrammiert

Hinzu kommt nämlich die besondere Marktsituation für die PKV. Unser Prämienanteil an Zusatz- und sonstigen Versicherungen ist im Verhältnis gering. Die Existenz der PKV hängt also, das muß man immer wieder sehr deutlich sagen, von der Möglichkeit ab, einen ausreichenden Markt für die Vollversicherung zu haben bzw. zu erhalten. Selbst wenn das der Fall ist, bleibt es für uns ein besonders schwieriger Markt. Anders als in der Lebensversicherung, die als eine Art zweites Bein für die Altersversorgung

neben der gesetzlichen Rentenversicherung abgeschlossen wird, muß die PKV einen schon gegen das Risiko "Krankheit" freiwillig in der GKV Versicherten für sich gewinnen, wobei der Wettbewerber viele staatlich verliehene Startvorteile hat.

Die schwerpunktmäßig konkurrierende Tätigkeit schafft naturgemäß viel größere Probleme als in den anderen Sparten. Ständige Auseinandersetzungen mit den gesetzlichen Versicherungsträgern, insbesondere den Ersatzkassen, sind einfach vorprogrammiert und lassen sich wegen unserer besonderen Marktsituation gar nicht vermeiden.

PKV-Publik, 5/84, S. 54

Zitate – Zitate – Zitate – Zitate

B

EMIL HUBER DENTAL
Fachbuchhandlung

Zahnmedizin

*Die Patienten von morgen
haben keine Angst!*



Fachbücher für Ihr

Prophylaxe-Programm

*haben Sie Interesse ?
fordern Sie diesen Prospekt an
bei*



**EMIL
HUBER**

Fachbuchhandlung Direktwahl-Nr. 0721 8605-272 Unterweingartenfeld 6 · 7500 Karlsruhe 1

*
**

**
*

*
**

**
*

E I N L A D U N G

ZUR FÜNFTEN JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG
DES DEUTSCHEN ARBEITSKREISES FÜR ZAHNHEILKUNDE
AM SAMSTAG, DEN 6. OKTOBER UM 9.00 UHR
IM STEIGENBERGER HOTEL BADISCHER HOF, ROTER SALON
7570 BADEN-BADEN, LANGE STRASSE 47

Am Freitag, den 5.10. um 19.00 Uhr ist eine Informationsveranstaltung für interessierte Kolleginnen und Kollegen im Steigenberger Hotel Badischer Hof geplant.

Am Samstag, den 6.10. um 9.00 Uhr findet im Rahmen der Hauptversammlung eine Podiumsdiskussion statt zu dem Thema:

"KOSTENREDUZIERUNG DER ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG
- DURCH ERHÖHTE SELBSTBETEILIGUNG
ODER DURCH QUALITÄTSVERBESSERUNG ODER VORBEUGUNG?"

Nach Ende der Podiumsdiskussion, gegen 13.00 Uhr, ist ein gemeinsames Mittagessen mit den Diskussionsteilnehmern und den DAZ-Mitgliedern im Hotel geplant.

Beginn der Hauptversammlung: 15.00 Uhr

Ende ca.: 20.00 Uhr

**AN ALLE DAZ-INTERESSENTEN
IM RAUME GÖTTINGEN**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der zahlreiche Zuspruch aus dem Raum Göttingen führt zu der Erwägung, dort eine neue DAZ-Studiengruppe zu gründen.

Ich selbst bin im Rahmen einer Motsch-Stachniss-Fortbildung Ende September in Göttingen und hätte am Donnerstagabend, den 27.09.1984 Zeit, bei einem Treffen interessierter Kollegen über den DAZ zu informieren.

DAZ - INFORMATIONSVERANSTALTUNG

27.09.1984, 20.00 Uhr

Gebhards-Hotel Göttingen, "Weinzimmer"
3400 Göttingen, gegenüber Bahnhof

Dr. Till Ropers, Pressereferent DAZ
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde e. V. ist ein parteipolitisch unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband. Der größte Teil seiner Mitglieder ist in regionalen, sog. Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen sowie freie Gesprächsabende über aktuelle Berufsprobleme durchführen. Neben speziellen regionalen Informationen gibt der DAZ die Zeitschrift „forum“ heraus. Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten, so senden Sie bitte die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 62, 2000 Hamburg 1

DAZ-Studiengruppe München, Lindenschmitstr. 44, München 70

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. J. Heidtkamp, Sedanstr. 18, 8400 Regensburg
oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Diererstr. 20, 8000 München 2

Sie erhalten dann für die Dauer eines halben Jahres kostenlos unsere Zeitschrift und andere Informationen.

Ich bin an der Arbeit des DAZ interessiert und bitte um kostenlose
Zusendung von Informationsmaterial für die Dauer von 6 Monaten

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde
ab _____

Unterschrift

Absender:

ANTWORTKARTE

50 Pfennig,
die sich
lohnen

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
(DAZ)

Dienerstr. 20
8000 München 2