

70

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

19. Jahrgang 3. Quartal 2000 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**Aufbruch zu neuer
Glaubwürdigkeit**

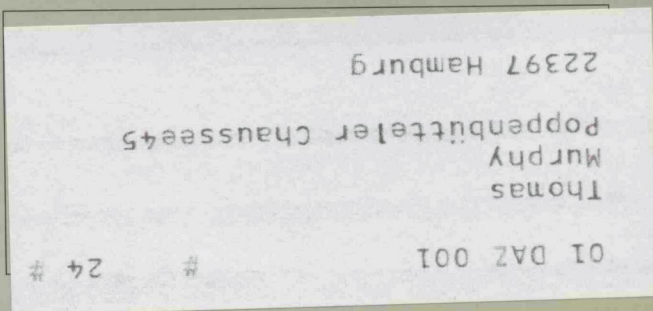
**Niedersächsische
Verhältnisse - Teil 4**

**Strategien zahnärztlicher
Gesundheitspolitik**

**Wie dehnbar
ist der
Qualitätsbegriff?**

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

**Defensive Zahnheilkunde
aus der Sicht
der Zahnärzte,
der Krankenkassen,
der Parteien**





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

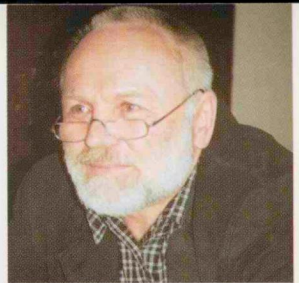
1. Engelberger
Seminar vom
3.– 10. Februar 2001

OHA! Die Neue Schule der Individual-Prophylaxe

Das Motto der Neuen Schule:

«Erlaube mir, lieber
Patient, dass ich Dein
Lehrer werde und ich
kann Dich heilen –
wenn wir gemeinsam
die Schule nicht
schaffen, dann kann
ich Dich leider nur
reparieren».

Dr. Jiri Sedelmayer
(Zahnmed. Uniklinik
Hamburg)



Zwischen den theoretischen Möglichkeiten moderner Oralprophylaxe einerseits und andererseits dem real existierenden Plaquebefall und (oder) dem traumatisierten Zahnhalsbereich unserer Patienten klappt eine unübersehbare Schlucht. Dies lässt den Schluß zu, daß zumindest ein Teil der seit Jahren verwendeten Mittel und Techniken versagt hat. Dieser Kurs möchte patientengerechte und trotzdem effiziente Alternativen zum Altbewährten vermitteln und auf dem Wege vom Lippenbekennnis zur wahren Oralgesundheit behilflich sein. Das oberste Gebot der Individualprophylaxe ist die Akzeptanz durch den Patienten – ohne sie versagt jedes Mittel und jede Technik.

Dieses Seminar richtet sich an Zahnärzte/innen, Dentalhygienikerinnen und Dentalassistentinnen (max. 30 Teilnehmer/innen) und verbindet in idealer Weise Weiterbildung, Sport, Freizeit und Familie im gastlichen Ambiente des Treff Hotel Regina Titlis **** in Engelberg, www.treff-titlis-engelberg.com mitten in den Innerschweizer Hoch-Alpen.

Durchführung

Dr. Jiri Sedelmayer von der Universität Hamburg mit seinen Assistentinnen.

Kosten

Kurs: CHF 1600.– pro Person
mit Zertifikat über 36 Stunden Weiterbildung
Unterkunft: CHF 1800.– pro Person
(7 Übernachtungen mit Vollpension, Einzelzimmer)

Kurszeiten

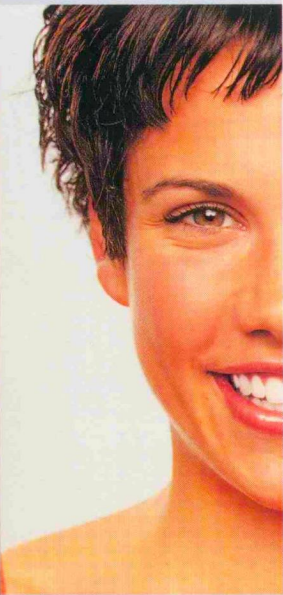
Theorie: jeweils von 9.00–12.00 Uhr, Praxis: jeweils von 17.00–20.00 Uhr
Verlangen Sie die detaillierte Ausschreibung und Ihr persönliches Programm unter:
Tel. 0041 41 319 45 12, Fax 0041 41 319 45 90
E-Mail info@blueskyevent.com

Anmeldeschluss

30. September 2000

Veranstalter

OHA! Oral Health Awareness, c/o Blue Sky Event,
Postfach 158, 6000 Luzern 4



Sponsor:
CURADEN AG

Inhalt

Editorial	Aufbruch zu neuer Glaubwürdigkeit	2
DAZ-Jahrestagung		3-5
Standespolitik	Niedersächsische Verhältnisse - Teil 4	6
	Niedersachsens Zahnärzte sind kriegsmüde	7
Gesundheitspolitik	Strategien zahnärztlicher Gesundheitspolitik	10
	Wie dehnbar ist der Qualitätsbegriff?	16
	Unternehmer Zahnarzt	24
Defensive Zahnheilkunde	Primat der Prophylaxe	28
	Versuch einer Definition	31
	Offensive-Defensive	36
	Den Patienten entscheiden lassen	40
	... aus der Sicht der GKV	43
	... Und dann kommt die Moral	47
	Für mehr Zurückhaltung	49
	Eckpunktepapier / Mehrkostenregelungen	50
	... aus der Sicht der CDU	56
	... aus der Sicht der SPD	59
Gesucht - gefunden		63, 68
Aus der Praxis	EDV am Behandlungsplatz!	64
	EDV am Behandlungsplatz?	66
Epidemiologie	Gesundheit und soziale Ungleichheit...	70
Prophylaxe	Die neuen Fluorid-Empfehlungen	72
Termine		74
Buchbesprechungen		75
Verbandsnachrichten		79
Der DAZ stellt sich vor		85
Impressum		86
Kontaktadressen		87
Anmeldung zur Jahrestagung		88

Aufbruch zu neuer Glaubwürdigkeit

"Defensive Zahnheilkunde" heisst das Schwerpunktthema dieser *forum* - Ausgabe. Es markiert einen Kontrapunkt zu dem, was sich als "zukunftsorientierte Ausrichtung" der Praxen lärmend empfiehlt.

Zeitgeistgeprägt müsste der niedergelassene Zahnarzt als alleiniger Shareholder seines Unternehmens "Praxis" all sein Tun auf kurzfristige Profitmaximierung ausrichten. Zahlreiche schwung- und klangvolle Namen von Merchandising und Franchiseangeboten sollen ein Klima von "Happy Dentistry" schaffen - unverhohlene Aufrufe zu systematischer Übertherapie. Ein Überangebot von "professionellen Abrechnungsseminaren" umtänzelt dabei spielerisch die Grenze der Legalität.

Der Markt ist aber hartnäckiger, als es diese Marketing Strategen wahrhaben wollen: Zahnersatz kann per Definition nicht sinnlich oder begehrenswert sein; er bleibt eine - wenn auch kunstvoll gearbeitete - Krücke zur Kompensation verlorengegangener Körpersubstanz. Glasaugen oder Holzbeine haben auch nichts Erotisches an sich. Wem nützt derlei offensive Zahnheilkunde?

Die Glaubwürdigkeit gebietet also, an den Anfang der Betrachtungen über defensive Zahnheilkunde die Würdigung der allerersten Verteidigungslinie zu stellen: Die Vermeidung des Verlustes gesunder Körpersubstanz, sei es Schmelz, Dentin, Pulpengewebe, Parodontalgewebe oder Knochen. Positiv ausgedrückt ist das die

Gesunderhaltung des stomatognathen Systems, also wirksame Prophylaxe.

"Gut, dass wir die Fluoride haben, aber die Karies ist keine Fluoridmangelkrankheit!" Streng, überraschend, verblüffend, vor Allem aber ungemein motivierend wirbt Kollege Dr. Jiri Sedelmayer aus Hamburg für sein Präventionskonzept: Primat der Prophylaxe (S.28).

Zur Begriffsbestimmung "Defensive Zahnheilkunde" tragen mehrere ambitionierte Kollegen Mosaiksteine zusammen: In einer Gesellschaft, die nur bei kontinuierlichem Wirtschaftswachstum glaubt, zukunftsfähig sein zu können, ist die Erweckung von Bedürfnissen unter Ziehung aller Marketing-Register allgegenwärtig. Darf, kann, muss sich unsere Berufsgruppe dieser gesellschaftlichen Entwicklung widersetzen?

Welche Risiken und Nebenwirkungen, aber auch welche Chancen sind dabei im Kassenzahnrzrecht zu bedenken? In dankenswerter Klarheit äußern sich dazu der Referatsleiter "Zahnärzte/ Zahn-techniker" der Ersatzkassenverbände, Dipl.-Kfm. Martin Schneider (S.43), der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wolfgang Lohmann, MdB, (S.56) sowie aus der Sicht der SPD-Bundestagsfraktion Horst Schmidbauer, MdB, (S.59).

Das DAZ-forum hofft, mit der Darstellung der Unterschiede, aber auch der vielen Übereinstimmungen eine überfällige Diskussion anzustossen, auch und besonders

im Hinblick auf die Erfordernis einer neuen Leistungsbeschreibung in unserem Fach. Ergebnisse sind dabei nur dann zu erzielen, wenn diese Definitionsarbeit von Anfang an nicht aus feindlichen Gefechtsstellungen heraus, sondern im Konsens geleistet werden kann.

Die hierfür erforderlichen klimatischen Voraussetzungen können geschaffen werden, wenn nach dem überfälligen standespolitischen Neuanfang in Nieder-

sachsen(S. 6) eine Wende auf Bundesebene eingeleitet wird, ohne rabulistisches Verdrängen der Qualitätsfrage (S. 16) und mit Strategien zahnärztlicher Gesundheitspolitik, die sich unseren sozialen Verpflichtungen stellen und so über eine neue Glaubwürdigkeit uns Zahnärzten die Wiedererlangung der Politikfähigkeit bescheren könnten (S.10).

*Dr. Till Ropers,
Steinkirchen*

DAZ-Jahrestagung 7.10.2000: Paro für den Praktiker



Auch und gerade in der Parodontologie, einem jungen Zweig der Zahnmedizin, stellt sich die Frage, wie die Behandlung im Sinne unseres Forum-Schwerpunktes "Defensive Zahnheilkunde" prophylaxeorientiert, substanzschonend, wenig invasiv und nachhaltig gestaltet werden kann. Die Wissenschaft bietet in rascher Folge neue Verfahren, die Industrie neue Produkte an. Welche der neuen Methoden kann man als

verantwortungsbewusster Zahnarzt anwenden, bei welcher Indikation? Wie hoch ist der Aufwand für Behandler und Patient? Wie sind die Erfolgsquoten? Da kaum ein Praktiker Zeit hat, selbst die internationale Forschungsliteratur zu durchforsten, haben wir Dr. Stefan Hägewald von der Zahnklinik Nord der Charité Berlin, Mitarbeiter von Prof. Bernimoulin, um ein Überblicksreferat gebeten.

Dr. Hägewald, Jahrgang 62, hat nach dem Studium in Berlin und kurzer Praxis-Tätigkeit einen Forschungsaufenthalt in der mikrobiologischen Abteilung des Institut Pasteur, Paris, absolviert. Seit 98 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung für Parodontologie der Humboldt-Universität zu Berlin. Parallel ist er publizistisch und als Fortbildungsreferent in zahlreichen europäischen Ländern und den USA aktiv. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören komplexe PAR-Fälle, Perioprothetik, parodontale Regeneration, Grundlagenuntersuchungen zur Pathogenese, Immunologie und regenerativen Heilung der Parodontitis. Eine Liste von Dr. Hägewalds Publikationen kann beim DAZ angefordert werden.

Die Fachdiskussion im Rahmen der DAZ-Tagung wird sämtliche aktuellen Ansätze in der Parodontologie einbeziehen, bis hin zu Forschungen über Immunisierung durch Impfung. Man darf gespannt sein. (ibo)

DAZ-Jahrestagung 2000

6.-8. Oktober 2000

Tagungsort:

"Leopold's Wirtshaus" in der Kulturbrauerei Prenzlauer Berg
Schönhauser Allee 36, 10455 Berlin, Tel. 030-44355688, Fax 030-44045809

Thema:

"Parodontitis - endlich alles unter Kontrolle?"
Actisite, Emdogain, Gen-Test, Periostat, Vector - was ist für die
tägliche Praxis wirklich relevant?"

Referent:

Dr. Stefan Hägewald
Zahnklinik Nord der Charité Berlin

Programm:

Freitag, 6.10.2000

ab 20⁰⁰ Gemütliches Beisammensein in
"Leopold's Wirtshaus",
Kulturbrauerei Prenzlauer Berg

Samstag, 07.10.2000

10⁰⁰ Eröffnung der DAZ-Jahrestagung
durch den DAZ-Vorsitzenden,
anschließend Referat von
Dr. Hägewald, Charité Berlin,
zum Thema
**"Parodontitis - endlich alles
unter Kontrolle?"**
und Diskussion mit den Teil-
nehmer/innen

13⁰⁰ Pause: die Firma Praxis Expert
lädt zu einem bayerischen
Mittagsbuffet

14⁰⁰ DAZ-Mitgliederversammlung

ab 20⁰⁰ Gemütliches Beisammensein im
"Treviso", Schönhauser Allee 12,
10119 Berlin, Tel. 030-44017333

Sonntag, 08.10.2000

10⁰⁰ Treff am Eingang der
Neuen Synagoge,
Oranienburger Str. 28-30, 10117 Berlin,
Tel. 030-28401-250, zu gemeinsamem
Spaziergang unter sachkundiger
Führung durch das "Scheunen-Viertel"
und Gang durch die Synagoge/Centrum
Judaicum. Die Synagoge als solche ist
ein sehenswerter Bau; sie beherbergt
die Ausstellung "Juden in Berlin 1938-
1945"; zudem kann die Kuppel
besichtigt werden.

Tip für freie Abende oder Nach-
mittage: Zeiss-Großplanetarium,
Prenzlauer Allee 80, 10405 Berlin,
Tel. 030-42184512, www.astw.de.
Es gibt regemäßige astronomische
Vorführungen, Sonderveranstaltungen
und wechselnde Ausstellungen.
Genaueres Programm kurzfristig erfragen.

Tagungsgebühren: KEINE!

Tagesordnung der DAZ-Mitgliederversammlung:

7.10.2000, 14⁰⁰-18⁰⁰

Öffentlicher Teil

- 1) Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden, Wahl eines Diskussions-Leiters und Festlegung der Tagesordnung
- 2) "Reformdiskussion in der Zahnmedizin geht weiter" - Der DAZ-Vorstand beleuchtet in seinem Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht die berufspolitische Situation und Initiativen des DAZ; anschließend Diskussion
- 3) Anträge an die Mitgliederversammlung (satzungsgerecht zwei Wochen vorher einzureichen), Diskussion und Beschlußfassung
- 4) Berichte aus der Geschäftsstelle und den verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ (Forum-Redaktion, Studiengruppen, Referate, Arbeitsgruppen) und Diskussion der Berichte
- 5) Planung der nächsten Aktivitäten, u.a. Jahrestagung 2001

Interner Teil

- 6) a) Bericht des Kassiers und der Kassenprüfer mit Diskussion
- b) Entlastung des Vorstandes
- c) Wahl der Kassenprüfer
- d) Verabschiedung Beitragsordnung
- e) Verabschiedung Haushaltsplan 2001
- 7) Behandlung DAZ-interner Anträge
- 8) Verschiedenes

Anmeldung und Infos bei:

DAZ-Geschäftsstelle im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr. 9, 50668 Köln
Tel. 0221-973005-45, Fax 7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de
www.DAZ-Web.de
Anmelde-Coupon s. letzte Seite

Infos zum Tagungsort:

Die Kulturbrauerei entstand auf dem Gelände der 1967 außer Betrieb gegangenen und inzwischen in Teilen denkmalgeschützten Schultheiss-Brauerei. Sie beherbergt eine Markthalle, Ateliers, Studios, Werkstätten für kreatives Gewerbe, Büros und Agenturen, gastronomische Betriebe und zahlreiche Räumlichkeiten für kulturelle Veranstaltungen incl. acht Kinos. Seit 1991 fanden über 4.000 Veranstaltungen mit 10.000 Künstlern, Wissenschaftlern, Politikern u.a. statt.

Übernachtungsmöglichkeiten:

Für Anfang Oktober sind viele Häuser schon ausgebucht. Unverbindliche Vorrückversicherungen waren nicht möglich - **bitte buchen Sie selbst frühzeitig!**

- Hotel-Pension Kastanienhof,
Kastanienallee 65, 10119 Berlin,
Tel. 030-443050

- Hotel Jurine, Schwedter Str. 15,
10119 Berlin, Tel. 030-4432990

- Ibis Hotel, Prenzlauer Allee 4,
10405 Berlin, Tel. 030-443330

- Bornholmer Hof, Bornholmer Str. 92,
10439 Berlin, Tel-Fax 030-4440573

- Vermittlung Dentler für günstige
Privatzimmer, Tel. 030-5667840

- Tourist-Info, Tel. 030-250025,
www.Berlin.de

Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Von Bahnhof Zoo/ Friedrichstr./Ostbahnhof mit U- oder S-Bahn bis Alexanderplatz, umsteigen U2 Richtung Vinetastr. bis Eberswalder Str., auf der Schönhauser Allee zurück bis Eingang Kulturbrauerei
Ab Flughafen Tegel mit Bus 128 bis Osloer Str., umsteigen U8 Richtung Herrmannstr. bis Alexanderplatz, umsteigen U2 Richtung Vinetastr. bis Eberswalder Str., weiter wie oben

David gegen Goliath im Augiasstall der KZVN

„Niedersächsische Verhältnisse“ Teil 4

„Das kann doch alles nicht wahr sein“, rieb sich manch ein *forum*leser in den vergangenen Jahren die Augen: „Millionenbetrug an Kollegen“ titelte *forum* und begann damit eine Serie, in denen die unfaßbaren Machenschaften der KZV Niedersachsen im Umgang mit den Honoraren der Kollegen detailliert dargestellt wurden.

Unbeachtet von der Öffentlichkeit (es ging doch scheinbar nur um Zahnarzt-knete, die von ihr immer nur als unendlich viel wahrgenommen wird), aber auch unkontrolliert von einer falsch informierten oder unwissend vertrauensselig gehaltenen Vertreterversammlung, nutzte der KZVN-Vorstand unter Schirbort die ab 1993 geltende Budgetierung, um zu einem ultimativen Schlag gegen das verhaßte System auszuholen.

Über das Instrument der Honorarverteilungsmaßstäbe bei gleichzeitigem Nichtausschöpfen der Budgetgrenzen, jahrelangem Anhäufen eines Zig-Millionenvermögens auf KZV-Konten und systematischer Chaotisierung der KZV-Verwaltung wurden den Praxen mehr als hundert Millionen DM an trotz Budget möglichen Honoraren über Jahre hinweg und zum großen Teil bis heute vorenthalten. Mangels funktionierender behördlicher Aufsicht und mutiger innerkollegialer Opposition ließen sich die schon damals (1995) offenliegenden Fakten einfach totschiweigen. Immerhin gab es schon gegen die HVMs '94 und '95 mehr als tausend (!) Klagen von Kol-

legen gegen ihre eigene KZV vor den Sozialgerichten - aus Mangel an Kommunikationsbasis untereinander ohne erkennbare Klagegemeinschaften oder auch nur Erfahrungsaustausch untereinander - ein fetter Brocken für Anwälte, die zum großen Teil mit der Materie, aber auch mit der Tücke ihrer Gegner völlig überfordert waren. Ich persönlich habe in manchen Gesprächen auch mit erfahrenen Anwälten niemanden gesprochen, der nicht den Kopf geschüttelt hat über den an Zynismus grenzenden Umgang der KZVN-Obrigkeits mit ihren eigenen Schutzbefohlenen.

Der KZVN-Vorstand hat die noch verbliebenen Spielräume an Selbstverwaltung, die der Gesetzgeber uns vor vielen Jahren mit der Körperschaft des Öffentlichen Rechts eingeräumt hat, zielgerichtet gegen diejenigen eingesetzt, über die er mit dem HVM direkt Druck ausüben kann und die ihm fast ungeschützt ausgeliefert sind: die Kollegen. Die Sozialgerichtsbarkeit und die Aufsichtsbehörde haben bis heute keine Mittel gefunden, den selbstzerstörerischen Ideenreichtum in den Griff zu bekommen. Aber auch der Kollegenschaft im Flächenland Niedersachsen sind die Hände gebunden. Erst langsam und aufgerüttelt durch die *forum*-Veröffentlichungen und die aktuellen Urteile des Landgerichtes Hannover (siehe DAZ-Website www.DAZ-web.de) organisiert sich eine Opposition, die sogar weite Teile des Freien Verbandes erfaßt. Selbst der FVDZ-Bundes-

vorsitzende Beckmann spricht von der „Schirbort'schen Chaostheorie“.

Im November wird die neue Vertreterversammlung gewählt. Der alte Vorstand hat schon seinen Anspruch auf

Widerwahl angemeldet. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Bundesebene ist ein harter Wahlkampf zu erwarten.

Dr. Roland Ernst, Edewecht

Niedersachsens Zahnärzte sind kriegsmüde

Sie haben nach zehn Jahren verlustreicher und an vorderster Front geführter Auseinandersetzung mit allen Beteiligten dieses Sozialsystems -zum Schluß gegen die eigenen Helferinnen und sogar die eigenen Patienten- eingesehen, daß reine Konfrontation zur Durchsetzung der eigenen Interessen als Mittel der Politik nicht ausreicht. Ein Neuanfang kann nur mit neuen Köpfen gelingen, die bereit und in der Lage sind, sich diese Erkenntnis zu eigen zu machen, glaubwürdige Alternativen zu entwickeln und sie nach innen (den Kolleginnen und Kollegen gegenüber) und nach außen (der Gesellschaft gegenüber) kraftvoll und selbstbewußt, aber dennoch mit Augenmaß politisch umzusetzen.

Die niedersächsische Zahnärzteschaft braucht einen (neuen) KZV-Vorstand, der endlich wieder

- 1. die KZV als Einrichtung im Dienste aller Kolleg/innen führt und*
- 2. das Erfüllen der Pflichten und das Umsetzen der Rechte der Satzung anstelle der selbstgemachten ideologischen Ziele zur Maxime seines politischen Handelns macht.*

Vorrangige Handlungsschwerpunkte nach außen:

- 1. Wiederherstellung der Politikfähigkeit** durch offene Gesprächsbereitschaft mit allen gesellschaftlichen Gruppen unter strikter Wahrung parteipolitischer Neutralität.
2. Bereitschaft, Mitverantwortung für Fehlverhalten seiner Vorgänger in der Vergangenheit zu übernehmen.
- 3. Vorrang der politischen Auseinandersetzung vor der juristischen**, die jeden echten Fortschritt jahrelang blockiert und ständig den Gesetzgeber

zum Handeln gezwungen hat -immer zu unserem Nachteil.

4. Ernsthaftes Bemühen, die -in verschiedenen Instanzen befindlichen- unüberschaubare Menge mit für die Kollegenschaft extrem risikobehafteten **Gerichtsverfahren vorzeitig zu beenden**.
5. Die KZV muß wieder die Meinungsführerschaft in der Ausgestaltung des Vertrags-Zahnarztwesens zurückgewinnen. Dies ist nur möglich, wenn die KZV Mitverantwortung für die Entwicklung von **Menge und Qualität** der über sie abgerechneten Leistungen übernimmt (Gutachterwesen, Wirtschaftlichkeitsprüfung,

HVM-siehe später). Dies ist der beste Schutz gegen „Einkaufsmodelle“ von außen. 6. Dem **Erhalt** des GKV-Volumens für zahnmedizinische Leistungen ist Vorrang einzuräumen vor dem ideologisch motivierten Verzicht, der zu Milliardenverlusten für die Praxen geführt hat.

7. **Öffentlichkeitsarbeit** muß nicht zwanghaft Eindreschen auf tatsächlich oder vermeintlich Andersdenkende heißen. Sie kann auch intelligent für eigene Positionen werben und es der Öffentlichkeit überlassen, ob sie sie teilt. Dann hat sie auch eine Chance auf Erfolg.

8. Die KZV muß unter allen denkbaren Umständen die **Sicherstellung der Versorgung garantieren**. Sie darf selbst keinen Anlaß bieten, daß uns dieses Faustpfand abgenommen wird.

Vorrangige Handlungsschwerpunkte nach innen:

1. Die KZV muß sich ihren Mitgliedern gegenüber als modernes Dienstleistungsunternehmen organisieren. Rundschreiben mit dem Inhalt „Rufen Sie uns nicht an!“ müssen der Vergangenheit angehören.

2. Das schildbürgerhaft-peinliche **Schisma KZV/Kammer** gehört in die Mottenkiste!

3. Dazu gehört die Umgestaltung des wieder gemeinsam herausgegebenen **Niedersächsischen Zahnärzteblatts** zum einerseits offiziellen Körperschaften-Organ (nur dafür zahlen Zahnärzte Pflichtbeiträge) und wenn gewünscht, zum Forum für Meinungsvielfalt statt -einfalt. Zum für ihn kostenlosen Kampforgan eines einzelnen Verbandes darf es nie wieder verkommen.

4. Demokratische Strukturen verlangen nach Legitimation. Dazu ist das **Verhält-**

niswahlrecht besser geeignet als das bisher praktizierte Mehrheitswahlrecht, das die plurale standespolitische Meinungsbildung im Flächenland Niedersachsen nur unzureichend widerspiegelt. Die neue VV sollte ihre Satzung dahingehend ändern.

5. Vorrangige Aufgabe des neuen Vorstandes wird es sein, einen **„Kassensturz“** zu machen, um den Kolleginnen und Kollegen endlich die vom bisherigen Vorstand gehorteten Millionenbeträge zurückzugeben. Dazu gehören nicht nur die ca. 10 Mio des Fonds für Öffentlichkeitsarbeit. Die KZV-Verwaltung muß sich wieder als „Fremdgeldverwalterin“ verstehen lernen. Das Geld, mit dem sie umgeht, gehört nicht dem Vorstand, der es gnädig verteilt, sondern jeder einzelnen Kolleg/in, die es erarbeitet hat und die über davon bezahlte Dienstleistungen bitte gefragt werden möchte.

6. **Honorarverteilungsmaßstäbe** sind keine Erfindungen aus Budget-Zeiten, sondern KZV-Satzungspflicht seit jeher (siehe KZV-Satzung von 1983, §§ 2, 3, 10 (1) I, 13 (2)). Nähme die KZV ihre Verteilungspflicht gerecht wahr, gäbe es keine „Mangelverwaltungs-HVM's“. Dennoch müssen von außen verursachte Mängel gerecht auf die Schultern aller verteilt werden. Kollegiale Solidarität ist ein zu hohes Gut, um sie im Grabenkampf mit dem „politischen Gegner“ zu verschleifen. HVM's taugen weder als Konflikt- noch als Machterhaltungs-Instrumente.

7. Gerechte Honorarverteilung heißt auch Verantwortung für Menge und Qualität. Die aktuellen Forderungen des Gesetzgebers decken die **Selbstverwaltungs-Defizite** der vergangenen Jahre auf: die Schubladen der Zahnärzte für BEMA-Um-

strukturierung, neuen Leistungskatalog incl. Bewertung und zeitgemäße Leit- und Richtlinien sind leer. Der neue KZV-Vorstand wird fachlich-kompetent Impulse dort setzen müssen, wo sie früher mit aller Macht verhindert worden sind: an der Spitze der Selbstverwaltung.

8. **Das Gutachterwesen** erfordert Fingerspitzengefühl und fachliche Kompetenz. Der Mangel an beidem hat dazu geführt, daß es in Niedersachsen zwei miteinander konkurrierende Systeme gibt. Beide liegen in den Händen von Zahnärzten, die Qualifikation und Unabhängigkeit versprechen. Der neue KZV-Vorstand wird Anstrengungen unternehmen müssen, um eine praxisnahe und für alle Beteiligten befriedigende Lösung zu finden.

9. **Externe Fachleute** müssen das Finanzgebaren des jetzigen Vorstandes unter die Lupe nehmen, um der Kollegenschaft Klarheit über zwei Bereiche zu verschaffen:

1. Welche Anteile des KZV-Vermögens können so schnell wie möglich wieder an seine rechtmäßigen Eigentümer, nämlich die Zahnarzt/innen zurückgegeben werden?
2. Welche finanzielle Fallen und Fußangeln lauern in den vielen nicht abgeschlossenen Sozialgerichtsverfahren gegen Kassen, Schiedsamt, Aufsichtsbehörde und Kolleg/innen, die den Handlungsspielraum des neuen Vorstandes noch über Jahre hinweg lähmen (würden, wenn man ihn nicht politisch aufarbeiten würde).
3. Die aus den vielen laufenden Prozessen erwachsenen finanziellen Risiken sind in den Haushaltsplan einzustellen.

Politischer Erfolg lebt von vertrauensvoller Identifikation mit denjenigen, de-

nen man als Wähler sein Mandat gegeben hat. Dieses Mandat kann eine Führung sehr weit strapazieren.

In Niedersachsen hat ein KZV-Vorstand diese Grenze weit überschritten, ohne daß die Vertreterversammlung dem Einhalt geboten hätte. Ein neuer Vorstand steht vor einem Augiasstall, ein Herkules zum Ausmisten ist nicht in Sicht. Der Wähler bleibt der Souverän - er allein entscheidet, wie es weitergehen soll.

*Dr. Roland Ernst,
Edeweicht*

Mit erfreulicher Frische...

Lieber Herr Happ,

es war interessant für mich, das DAZ-forum wieder einmal zu lesen, an dem Sie ja maßgeblich beteiligt sind.

Mit erfreulicher Frische werden Probleme angesprochen, die in den »seriösen« Zeitschriften höchstens erwähnt, aber nie diskutiert werden. Dabei sind alle diese Fragen von so großer Wichtigkeit für die Zukunft des Berufes.

Den Erfahrungsbericht des Hamburg-Greifswalder Studenten werde ich entsprechend weiterreichen.

*Prof. Dr.Dr. Klammt,
Schwerin*

Zahnmedizin in der modernen Gesellschaft - Strategien zahnärztlicher Gesundheitspolitik

Analyse der bisherigen Entwicklungen und des Ist-Zustandes

Strategieüberlegungen und -konzepte für die zahnmedizinische Versorgung und für die Zahnärzteschaft sind ohne eine ungeschminkte Analyse von Vergangenheit und Gegenwart wertlos. Die Wende zum neuen Jahrhundert und das für Patienten, Ärzte und Angestellte im Medizinbetrieb bedrohliche Szenario der aktuellen Gesundheitspolitik geben dazu einen akuten Anlass.

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung waren die vergangenen Jahre von gravierenden Veränderungen gekennzeichnet. Einer erheblichen Verbesserung der Volksgesundheit durch erfolgreiche Prophylaxeprogramme und geradezu stürmischen Fortschritten im Bereich der Zahnersatzmaterialien - im konservierenden und prothetischen Bereich, in der Parodontologie und Implantologie - stehen gravierende Kostenprobleme der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gegenüber. Diese sind nicht durch zu hohe Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verursacht, sondern vor allem durch Finanzierungsdefizite der GKV als Folge hoher Arbeitslosigkeit und struktureller Probleme (GKV-Leistungspflicht für versicherungsfremde Leistungen, überproportionaler Anstieg der Krankenhauskosten etc.).

Trotzdem zielten gesetzgeberische Initiativen zur Lösung der Probleme auf

die Erschließung vermeintlicher »Wirtschaftlichkeitsreserven des Systems«. So war - und ist - es das erklärte Ziel der Regierung

— den Patienten bei stabilen Krankenkassenbeiträgen das volle Leistungsspektrum der modernen Medizin zu erhalten und dazu auch neue, komplementärmedizinische Maßnahmen in den Sachleistungskatalog aufzunehmen und zusätzlich

— die ärztliche und zahnärztliche Leistungsqualität zu steigern.

Um dies trotz höherer Kosten zu realisieren, wurden die ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungen drastisch reduziert, Teil- und Globalbudgets eingeführt und Begutachtungen intensiviert. Immer häufigere Gesetzesänderungen und Verordnungen haben den Verwaltungs- und Organisationsaufwand in den Praxen derartig aufgebläht, dass sich notwendige Therapieentscheidungen oft stärker an den gesetzlichen Vorgaben orientieren müssen - möglicherweise sogar deshalb unterbleiben - als von den individuellen Bedürfnissen des Patienten bestimmt zu werden.

Abgestoßen durch diese - ständig wechselnden - Rahmenbedingungen und hin- und hergerissen zwischen wissenschaftlich-persönlichen Ansprüchen und den Schwierigkeiten, diese in der Praxis am Kassenpatienten umzusetzen, haben sich viele Zahnärzte in den letzten Jahren zunehmend in eine Haltung des Widerstandes gegen System und Regie-

rung, z.T. sogar gegen die Patienten hingesteigert.

Bestärkt und motiviert wurden sie dabei sowohl vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte als auch einigen Körperschaften bis auf Bundesebene. Ausstiegsszenarien aus dem »verhassten System« artikulierten sich in der sog. Korbinitiative sowie verschiedenartigen Versuchen, Einkommenseinbußen durch Kostenerstattungsmodelle, Mehrkostenvereinbarungen und eine generelle Privatisierung von GKV-Leistungen zu kompensieren. Auf der Ebene der KZVen wurden diese Tendenzen zusätzlich dadurch verstärkt, dass

- auf die Gestaltung noch vorhandener Spielräume verzichtet wurde, dass
- Budgets aus Gründen der Fundamentalopposition nicht ausgeschöpft wurden, womit sowohl auf Vergütungen für die Kollegenschaft verzichtet als auch akzeptiert wurde, dass sich das GKV-Budget noch stärker reduzierte. Weiterhin damit, dass
- jahrelang exzessive Rechtsstreitigkeiten gegen Schiedsamsentscheidungen, sowie Verfahren gegen und zum Schaden der eigenen Kollegen geführt wurden (s.S.6), und schließlich damit, dass
- mangelhafte Dialogbereitschaft und fehlende Kompromissfähigkeit die Türen zu allen Entscheidungsträgern zuge schlagen haben.

Der Gesetzgeber reagierte auf diese Entwicklungen mit noch weitergehenden Maßnahmen, z.B.

- dem Versuch, die Kompetenzen der KZVen zu beschneiden,
- die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen zu stärken, sowie mit der

— Begrenzung der privaten Liquidierungsmöglichkeiten.

Vor allem das Gefühl, diesen Entwicklungen ohnmächtig gegenüberzustehen und nur noch willfährige Marionette eines staatlichen Regelwerkes zu sein, hat die Zahnärzteschaft insgesamt in eine schwere Identitäts- und Existenzkrise gestürzt. Sie hat die Frage aufgeworfen, wie es weitergehen kann, wie man als Zahnarzt seine Patienten sachgerecht und im notwendigen Umfang behandeln kann, ohne ständig mit KZV, Krankenkasse oder Medizinischem Dienst in Konflikt zu geraten.

Vielen Kollegen ist inzwischen klar, dass unser Berufsstand nur dann eine Chance haben wird, in freier Berufsausübung und angemessener Therapiefreiheit die Patienten qualifiziert behandeln zu können und dafür auch leistungsgerecht vergütet zu werden, wenn eine **radikale Umkehr von den bisherigen Ausstiegs-Verweigerungs- und Konfrontationsstrategien vollzogen wird.**

Wenn die Zahnärzteschaft einen ernsthaften Neuanfang machen will und einen Ausweg aus dem augenblicklichen Dilemma sucht, dann muss sie ehrlich Bilanz ziehen, Fehler eingestehen, daraus vernünftige Schlüsse ziehen und den Reformstau von innen heraus aufbrechen, damit auch und gerade für die jüngeren Kollegen praktikable Arbeitsbedingungen erhalten bzw. geschaffen werden.

Konsequenzen, zukünftige Strategien

Der Sicherstellungsauftrag für die zahnmedizinische Versorgung muss bei den

Zahnärzten bleiben, die sich wieder zu seriösen Partnern der Patienten, der Sozialpartner und der Gesetzgeber bekennen und entwickeln müssen.

Vor allen strategischen Aktivitäten nach außen muss deshalb zuerst innerhalb des Berufsstandes mehrheitlicher Konsens darüber hergestellt werden, dass

— die Zahnärzteschaft den ausdrücklichen Willen artikuliert, ihren Platz in der Gesellschaft anzunehmen und ihre grundsätzlichen Aufgaben im System der GKV zu akzeptieren, dass

— die Zahnärzte bereit sind, konstruktiv mit Gesetzgeber und Sozialpartnern zusammenzuarbeiten, und dabei

— **die medizinischen Bedürfnisse der Patienten Priorität vor allen anderen Überlegungen haben müssen.**

Es liegt auf der Hand, dass eine solche innerberufliche Neuorientierung auch die Installierung einer neuen Standesführung voraussetzt, die ihre originären Aufgaben wahrnimmt, nämlich

— seriöse und konstruktive Verhandlungen mit den Sozialpartnern in Bezug auf Sozialpflichtigkeit und Finanzierung zu führen. Hierzu sind vertrauensbildende Maßnahmen in mühevoller Kleinarbeit notwendig, und der Wille, Gestaltungsmöglichkeiten ernsthaft zu nutzen

— die Kollegenschaft umfassend zu informieren statt zu indoktrinieren,

— Kontakte zu *allen* relevanten Institutionen und Parteien zu unterhalten und die

— alles unternimmt, um zu verhindern, dass sich einzelne Angehörige unseres Berufsstandes auf Kosten anderer Vorteile verschaffen. Weiterhin müssen die Körperschaften beauftragt werden,

— eine Analyse der finanziellen Risiken juristischer Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, Schiedsämtern und dem Gesetzgeber zu erstellen, damit deren Folgen - Unsicherheiten bei der Auslegung von Vorschriften, strittige Punktwerte, wirtschaftlicher Schaden für die Praxen etc. - minimiert werden.

Bevor man mit Aktivitäten an die Politik, an die Öffentlichkeit (Medien, Patienten) oder die Krankenkassen herantritt, muss die Zahnärzteschaft bereit sein, intern vor allem die Felder Qualitätssicherung, Prophylaxe, Patientenberatung so ernsthaft zu bearbeiten, dass diese Themen nicht als Abwehr lästiger Pflichten verstanden werden, sondern als Felder überzeugender Selbstverantwortung und Imagepflege. Überhaupt sollten hier die Aktivitäten der Schweizer Zahnärzte zum Vorbild genommen werden (s.S.20).

Als größtes Problemfeld qualitätsorientierter Zahnmedizin erscheint die wachsende Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Anspruch und der täglichen Behandlung in den Kassenpraxen. Die an den Universitäten gelehrteten Leistungsinhalte sind unter den Vergütungsbedingungen des 35 Jahre alten BEMA der GKV in der Praxis nicht zu realisieren - z.B. in der adhäsiven Füllungstechnik, der Endodontologie, der Totalprothetik u.a. Deshalb sollten einerseits im Rahmen einer — **Studienreform** die zahnärztlichen Ausbildungsinhalte geändert (Vorschläge der DAZ/VDZM *Arbeitsgruppe Studienreform* - Primat der Prophylaxe und Frühbehandlung, Reduzierung der zahntechnischen Ausbildung, bereichsübergreifende Patientensanierung, frühzeitige Praxisfamulaturen) und realistischer an

den Bedingungen der Praxis orientiert werden. Weiterhin muss für alle Bereiche der modernen Zahnmedizin eine

— **umfassende Leistungsbeschreibung** von Praktikern und Wissenschaftlern gemeinsam erarbeitet werden, so wie eine

— **fachliche Bewertung der Leistungen** nach den Kriterien Zeit und Kostenaufwand, unter Berücksichtigung des physisch-psychischen Einsatzes sowie der Delegierbarkeit an Assistenzpersonal.

Die Bearbeitung dieser Komplexe kann auch nur dann erfolgen, wenn mit der

— **Beschreibung einer modellhaften Normalpraxis** das optimale Verhältnis zwischen erforderlicher Betriebsausstattung und Kostenstruktur einerseits und leistungsgerechter Vergütung andererseits zugrunde gelegt wird.

Nur nach diesen Vorarbeiten kann von der Zahnärzteschaft eine

— **Grundversorgung mit genau beschriebenen Basismaßnahmen** definiert werden, die die Diskrepanz zwischen wissenschaftlich Notwendigem und in der Praxis Realisierbarem berücksichtigt.

Diese Schritte gehen weder die Politik noch die Krankenkassen etwas an, sondern zunächst nur die Zahnärzte und ihre Hochschulen!

Erst mit diesem Basiskatalog können gesetzliche und private Kostenträger eine

— **finanzielle Bewertung der Leistungen** entsprechend ihrer ökonomischen Ressourcen vornehmen und festlegen, inwieweit diese Maßnahmen ganz oder teilweise erstattet werden. Diese können permanent und zeitnah den aktuellen fachlichen und volkswirtschaftlichen Weiterentwicklungen angepasst werden.

Danach ist es wieder Sache der Zahnärzteschaft, Kriterien zu erarbeiten zur

a) Durchführung eigenverantwortlicher Qualitätssicherung, zur

b) Professionalisierung des Gutachterwesens und zur

c) Optimierung der Patientenberatung in den Schlichtungsstellen.

zu a) Es muss verhindert werden, dass uns mangels eigener Bemühungen die Regierung oder gar die Krankenkassen QS-Kriterien vorschreiben. Deshalb ist es notwendig, dass die Datensammlungen der KZV zu internen (anonymisierten) QS-Untersuchungen genützt und damit

zu b) eine an der Normalpraxis ausgerichtete Kalibrierung der Gutachter installiert wird. Aus den gleichen Gründen und aus Gründen der Glaubwürdigkeit sollten Zeitstudien in Zahnarztpraxen nicht abgelehnt, sondern befürwortet werden (Beispiel Dänen-Studie)

zu c) Patientenberatungsstellen in Kammern und KZVen müssen so kompetent, glaubwürdig und unabhängig arbeiten, dass sich Patienten dort auch eine Zweitmeinung zu einem Behandlungsplan holen können. Damit könnte das Zahnarzt-Hopping reduziert werden.

Um das Zusammengehörigkeitsgefühl der Zahnärzte zu stärken und die Vorteile einer Körperschaftlichen Berufsvertretung sichtbar zu machen, sollte

— **der Dienstleistungsbereich der Kammer / KZV ausgebaut werden.**

— Dazu könnten neutrale und kostenfreie Betriebsanalysen oder zumindest Betriebsberatungen gehören (z.B. wie weit und aus welchen Gründen weicht diese Praxis von der Normalpraxis ab?)

- Starterpraxen könnten durch verstärkte Einbindung in Notfall- und Bereitschaftsdienste unterstützt werden.
- Hilfen für Stellen suchende Assistenten und Erleichterung zahnärztlicher Teilzeitarbeit (besonders für Frauen).

Erst dann, wenn unser zahnärztliches Haus in diesen Bereichen bestellt ist, können glaubwürdig die folgenden

Strategien nach außen

vertreten werden. Dabei muss es das oberste Ziel zahnärztlicher Gesundheitspolitik (nicht Standespolitik!) sein,

- Seriosität zurückzugewinnen - es muss auch nur der Anschein vermieden werden, zahnärztliche Gesundheitspolitik sei egoistischer Lobbyismus. Deshalb ist z.B. die Überlegung von Zahnärzten, Zahnmedizin sei eigentlich gar nicht versicherbar, ein durchsichtiges und unglaubwürdiges Manöver, (wohingegen Ökonomen oder Juristen diese Frage durchaus diskutieren können).

— In diese zahnärztliche Gesundheitspolitik müssen unbedingt immer die Hochschulen einbezogen werden, um wissenschaftlichen Anspruch und Praxis-Realität zu harmonisieren und nach außen mit einer Stimme zu sprechen.

— Es sind Überlegungen darüber anzustellen, ob ein steuerfinanziertes Krankenkassenwesen nicht zu einer gerechteren Verteilung der Ausgaben im Gesundheitswesen führt als die augenblickliche Finanzierung über die Lohnnebenkosten.

— Kernpunkt unserer Strategie muss sein, die *medizinische* Unmöglichkeit einer Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben von der Zahl der Arbeitslosen

und der Grundlohnsumme klarzustellen und damit die Absurdität von Budgets aufzuzeigen.

— Es muss die Kostenerstattung für alle angestrebt werden, vor allem mit den Argumenten der Leistungs- und Kostentransparenz und der sozialen Gerechtigkeit sowie vorerst von uns garantierten Vergütungs- Begrenzungen oder Qualitätsnachweisen bei Wahlleistungen.

— Trennung von Vergütungsforderung des Zahnarztes und Erstattungsanspruch des Patienten, besonders bei Beihilfepatienten. Auch muss immer deutlich gemacht werden, dass nicht von Honorar, sondern von Praxisvergütung zu sprechen ist, weil von den Vergütungen auch die Praxiskosten bezahlt werden müssen.

— Mit Wahlleistungskonzepten muss von den Zahnärzten so seriös umgegangen werden, dass für die Politik kein Handlungsdruck zu regulierenden Eingriffen entsteht. Patienten, die keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen, dürfen nicht diskriminiert werden.

— Die Öffentlichkeitsarbeit darf nicht in Verteidigungsstrategien unserer Einkommen bestehen, sondern muss mit den Themen Gesundheit, Ästhetik, Lebensqualität etc. bestritten werden. Dabei muss es zuallererst - aus ethischen, aber auch aus Imagegründen - darum gehen, was der Gesundheit der Patienten nützt (QS, PX etc.)

— Am Ende steht der aufgeklärte, mündige, unbevormundete Patient und seine Partner: Zahnärzte und Krankenkassen.

Es war der gravierendste Fehler zahnärztlicher Standespolitik, dass sich ein grosser Teil des Berufsstandes vom Arzt zum Dentalverkäufer hat umorientieren lassen. Politik und Gesellschaft konnten



Thema Ruhestandsvorsorge:



Standardabsicherung? Verlangen Sie mehr!

Eine moderne *Qualitätsvorsorge für den Ruhestand* sollte Ihre individuellen Versorgungswünsche bis ins hohe Alter hinein realisieren können! Sie allein bestimmen das Maß an *Sicherheit, Rentabilität und Liquidität*.

Der INTER-Rentenplan sorgt für Wertbeständigkeit und Flexibilität Ihrer privaten Altersvorsorge – für Sie und Ihren Lebenspartner.

Der INTER-Rentenplan verbindet die Anlagesicherheit einer privaten Rentenversicherung mit der Flexibilität eines Investmentfonds; Anlagekonzept und Anlagerendite sichern im Bedarfsfall auch dem Lebenspartner eine Zusatzvorsorge – und das garantiert!

Coupon bitte per Telefax oder per Post einsenden!

INTER Ärzte Service
Erzbergerstraße 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon (06 21) 4 27-6 56
Telefax (06 21) 4 27-5 98
<http://www.inter.de>
E-Mail aerzteservice.HV@inter.de

Ja, ich bitte unverbindlich um weitere Informationen zum Thema

Ruhestandsvorsorge: INTER-Rentenplan

Senden Sie mir ausführliche Unterlagen zu _____

Ich bitte um ein persönliches Gespräch. _____

Setzen Sie sich mit mir unter Telefon _____ in der Zeit
zwischen _____ Uhr und _____ Uhr in Verbindung.

Absender/Praxis-Stempel:


inter
VERSICHERUNGEN



darauf nur mit ökonomischen Argumenten antworten - deshalb wird jetzt nur noch mit »den geldgierigen Zahnärzten« um deren »Honorare« gefeilscht.

Dieses Berufsbild gilt es zu ändern!

Politik und Kostenträger können ihren Teil zu dieser überfälligen Entwicklung beitragen, indem sie die dazu notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.

*Dr. Hanns-W. Hey,
München*

Literatur:

- Referat Prof. Neubauer »Das Gesundheitswesen im Wirtschaftsraum München« bei der 1. Klausurtagung des ZBV München am 10.7.99
- Strategiekonzept »Unternehmen Zahnheilkunde« von Mummert und Partner, Frankfurt 1995
- Gesundheit und Chancengleichheit: Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der gesetzlichen Krankenversicherung - Entwurfspapier von Prof. Schwartz, MH Hannover, Vors. d. Sachverständigenrates f. d. Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - Köln 2000
- Neubestimmung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung von Prof. Beske, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) Kiel, Okt. 1999
- Mut zur harten Kur von E. Niejahr, DIE ZEIT vom 18.05.2000
- Notfall Medizin - Dr. Ridder und Prof. Dißmann, Berlin, in der SZ vom 28.05.2000

Wie dehnbar ist der Qualitätsbegriff ?

Die Diskussion über Begriff und Inhalte zahnmedizinischer Qualitätssicherung stehen beispielhaft für eine seit Jahrzehnten praktizierte Vernebelungs- und Verdrängungspolitik zahnärztlicher Körperschaften und Institutionen. Der folgende Beitrag zeigt einerseits, auf welche Weise in Deutschland Qualitätssicherung künstlich verwissenschaftlicht wird und andererseits, mit welcher peinlichen Überheblichkeit die beachtenswerte Arbeit der Schweizer Kollegen herabgesetzt wird.

Dem aufmerksamen Leser von Fachliteratur wird in den letzten Monaten ein Begriff immer häufiger zu Gesicht gekommen sein: die **Qualitätssicherung**. Kaum ein Beitrag, ob standespolitischer oder fachlicher Art, glaubt, noch ohne diese Vokabel, quasi als ‚Gütesiegel‘ der eigenen Abhandlung, auskommen zu können, ja selbst die Werbung ist auf den Zug aufgesprungen und nutzt die Qualitätsdiskussion oft sinnentstellend zu ihren Zwecken. In welcher teilweise unglaublichen Zusammenhang der Begriff Qualitätssicherung auch von den Zahnärztlichen Mitteilungen gerückt wird, zeigen mindestens 2 Beiträge aus den letzten Wochen.

Kernbotschaften zur Qualität?

In Heft 8/2000 wird über die Einrichtung einer Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) als Teil einer neuen Organisationsstruktur des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Köln berichtet. Die Aufgabe der zzq, deren Arbeitsprogramm erst noch bestimmt werden soll, war zunächst die Erarbeitung einer Stellungnahme für den Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dem es in seiner Anfrage an die verfasste Zahnärzteschaft um nichts geringeres ging, als über die Qualität der Versorgung in der Zahnmedizin

informiert zu werden. Die spätere Schwerpunktaufgabe der zq soll die *„Koordination und Erstellung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Methoden der Zahnmedizin, ihre Evaluation, Verbreitung und Überprüfung“* sein.

Wem bekannt ist, wie sehr die bundesdeutsche Standesführung mit ihren Qualitätssicherungsbemühungen noch in den Kinderschuhen steckt, für den ist die Absichtserklärung im Zusammenhang mit der Einrichtung der zq ein bedeutender Meilenstein. Allerdings gibt deren erste Verlautbarung, peinlicherweise *„Kernbotschaften zur Qualität“* betitelt, wahrlich noch keinen Anlaß zur Freude und dem Sachverständigenrat mit Sicherheit nicht die erwarteten Antworten.

Wenn die Autoren der Stellungnahme zunächst ausführen, dass es die Zahnärzteschaft begrüße, dass *der Sachverständigenrat die Thematik der Qualitätssicherung erneut aufgegriffen hat*, und diese sogar *ein wichtiges Anliegen des Berufsstandes selbst* sei, so sollte dem eingeweihten Leser das Zähneknirschen zwischen diesen Zeilen nicht entgangen sein. Um aber erst gar keine Zweifel aufkommen zu lassen, wie ernst es die Autoren nehmen, wird der Qualitätsbegriff eilfertig so eingeschränkt und verbogen, dass er mit dem ursprünglichen Sinngehalt des Wortes fast nichts mehr gemein hat. Die Zauberformel zur standesgenehmen Aufweichung des Begriffes in diesem Zusammenhang ist die *„voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung“*, und das bedeutet laut zq eine, die zuallererst die wirtschaftlichen In-

teressen der Zahnärzteschaft zu sichern hat, bevor überhaupt eine Qualität des zahnärztlichen Handelns erwartet werden darf.

Welchen ernsthaft und professionell arbeitenden Kollegen darf ein solcher Standpunkt zufrieden stellen? Gewiss: die wirtschaftliche Basis muss selbstverständlich stimmen, und natürlich ist genau diese durch die jetzige Budgetpolitik vielerorts erheblich gefährdet. Aber die zq-Autoren scheinen wirklich zu glauben, dass der Sachverständigenrat wiederum seinerseits derartigen Ausführungen Glauben schenken kann, die dem eigentlichen Inhalt des Qualitätsbegriffs ja doch keinen einzigen Millimeter näher kommen und zudem nichts über den jetzigen Stand aussagen. Zum anderen ist die Verknüpfung von Qualitätsverbesserungen mit den Einkommen der Zahnärzte mehr als durchsichtig. Denn auch in den Zeiten, wo es den Zahnärzten durchweg wirtschaftlich noch sehr viel besser ging als heute, ließ doch die Qualität zahnärztlichen Handelns mindestens genauso arg, wenn nicht sogar noch mehr zu wünschen übrig! Zwar mag die Qualität unserer Arbeiten bei knapper werdenden Honoraren im Mittel noch weiter sinken, aber was berechtigt eigentlich zu der Annahme, dass quasi aus dem Nichts neue zahnärztlichen Fertigkeiten entstehen, weil allein die Honorare verbessert werden?

Zu Recht fordern die zq-Autoren zwar die überfällige Anpassung der Approbationsordnung an moderne Erfordernisse des Berufsstandes, um dann aber gleichzeitig zu behaupten, dass es im anschließenden Berufsleben reiche, lediglich An-

reize zu schaffen, um mehr Zahnärzte zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu bewegen. Der logische Fehler dabei ist, dass ein besserer Zahnmediziner aus einem Studiengang nur dann hervorgeht, wenn die Universität sein Wissen und seine Fertigkeiten nach modernen Erkenntnissen überprüft hat. Selbstverständlich herrschen bei freiwilligen Fortbildungen völlig andere Gesetzmäßigkeiten, bei denen nur die Teilnahme attestiert, aber das Erreichen eines bestimmten Lernzieles weder überprüft noch verlangt wird. Damit machen sich alle Fortbildungsbemühungen sicher gut als Aushängeschild der so fleißigen Zahnärzteschaft, zumindest dem in puncto Qualität kritikwürdigen Teil unseres Berufsstandes nützen sämtliche dieser Anstrengungen aber praktisch gar nichts. Nur in diesem Zusammenhang macht der von der Standesführung zu recht vertretene Standpunkt Sinn, dass Pflichtfortbildungen abzulehnen sind, da deren Nutzen eher fragwürdig ist.

Unvorstellbar nebulös bleiben die zq-Autoren bei der Formulierung von *Ansätzen zur Verbesserung der Qualität*. Zum einen wird der *Ausbau der Qualitätszirkel* propagiert, in denen *Diagnose- und Behandlungsweise ständig überprüft und reflektiert* werden sollen. Völlig im Dunkel bei diesem im Kern vernünftigen Ansatz der zahnärztlichen Selbstkontrolle bleibt aber das Wesentliche: nämlich ein Hinweis bzw. Vorschlag für die praktische Umsetzung, um erheblich mehr als die bislang angeblich ca. 2000 Kollegen (nur ca. 3% von allen!) auf diese Weise zu erreichen. Dass dieses Vorgehen einen im Verhältnis zum erwarteten Nutzen ungeheuren Aufwand mit sich bringt,

verschweigen die Autoren natürlich.

Den zweiten Ansatz zur Qualitätsverbesserung sehen die Autoren in der *Stärkung der zahnärztlichen Prävention*. Diese dem Gesetzgeber schon so oft vorgetragene Forderung ist für sich selbstverständlich richtig, hier dennoch aber gleich in zweierlei Hinsicht äußerst fehl am Platze. Natürlich hat zum einen die Ausweitung prophylaktischer Bemühungen einen qualitätsfördernden Effekt, aber nicht etwa deshalb, weil das zahnärztliche Arbeiten dadurch besser würde, sondern nur, weil mangels Notwendigkeit und Gelegenheit zum zahnärztlichen Eingriff der teilweise methodische Schlendrian in diesem Bereich nicht mehr möglich ist. Zum anderen trifft der Ruf nach besserer Bezahlung der Individualprophylaxe nicht den Kern der wirklichen Qualitätsproblematik. Man kann es nur noch als peinlich bezeichnen, dass die Verantwortlichen im IDZ noch nicht einmal in der Lage sind, die beiden Grundaspekte von Qualitätssicherung, nämlich der individuellen (auf den einzelnen Patienten bezogenen) Qualität auf der einen und der Qualität bezogen auf die Volksgesundheit auf der anderen Seite, auseinander zu halten. Prophylaxe macht im Einzelfall den zahnärztlichen Eingriff überflüssig und hebt damit die Volksgesundheit. Da, wo zahnärztliches Handeln aber trotz Prophylaxe nötig ist, kann die Qualität dieses Handelns immer noch katastrophal schlecht sein. So ist heute schon, dank eines lange gut funktionierenden Krankenkassenwesens, die zahnmedizinische Volksgesundheit, gemessen am Versorgungsgrad der bundesdeutschen Zahnreihen, im europäischen Vergleich als überdurchschnittlich zu bezeichnen. Den Gegensatz dazu bildet

aber die Versorgung des Individuums, das zwar durch rekonstruktive Maßnahmen oft ‚vollbezahnt‘ ist, jedoch bei der Qualität der Versorgung im einzelnen enorme Mängel aufweisen kann. Es bleibt also zu fragen, wie hier dem Sachverständigenrat vermeintlich tief-schürfend die *Kernbotschaften zur Qualität* mitgeteilt werden, wenn die Autoren dabei jedwede Präzision und Differenziertheit vermissen lassen.

Ähnlich schwammig sind die weiteren Vorschläge zur Qualitätsverbesserung formuliert. Die *Patientenberatungsstellen* von Kammern und KZVen stellen zwar eine wichtige Einrichtung dar, ihr Effekt auf wirkliche Qualitätsverbesserungen geht aber schon deshalb gegen Null, weil diese Stellen fast immer erst dann angerufen werden, wenn die Probleme aus einem Behandlungsfall bereits eingetreten sind. Von Maßnahmen gegen Praxen, in denen solchen Probleme gehäuft auftreten, ist zudem fast nie etwas zu hören. Zudem sind die Tätigkeitsbereiche der Beratungsstellen absichtlich außerordentlich eingeeengt. Die *Pflege eines fachlich hochstehenden Gutachterwesens* wäre ferner nur dann ein eindrucksvoller Beitrag, wenn es dieses in hochstehender Qualität überhaupt schon gäbe. Tatsächlich müsste es erst durch eine wirklich fachlich gerechtfertigte Auswahl der Gutachter und deren eingehende Schulung entstehen. Das auch erwähnte, sicher richtungsweisende Projekt der KZV Tübingen wäre bei konsequenter Umsetzung auch in anderen KZV-Bereichen ein weiterer Schritt, die Qualität von Gutachten zu heben. Allein bisher war das Gutachterwesen kein großer Beitrag zur Qualitätssicherung.

Auf den ersten Blick bemerkenswert ist der, wenn auch sehr zaghaft formulierte Vorschlag der zqz-Autoren, evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Der zweite Blick verrät aber auch hier wieder die bedeutende Einschränkung, wonach Leitlinien nämlich nur bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung und in Gerichtsverfahren angewendet werden sollen. Nicht im Entferntesten denkt man offenbar an die stichprobenartige Kontrolle der weitgehenden Einhaltung der Richtlinien auffällig gewordener Praxen, um zumindest einmal mit der Eindämmung der größten Qualitätsprobleme anzufangen.

Während die zu den Bereichen Struktur- und Prozessqualität wortreichen und eher belanglosen Absichtserklärungen nur Wiederholungen der schon vorher abgesteckten *voraussetzungsorientierten* Ziele sind, finden sich zur Ergebnisqualität nur drei knappe, allerdings noch unverbindlichere Punkte, deren Erwähnung hier im Grunde nur noch ein Schmunzeln hervorrufen kann, zumal sie mit konkreter Ergebnisqualität auch nicht im Entferntesten zu tun haben:

- *Verstärkung der zahnmedizinischen Forschung zu Qualitätsfragen*
- *Förderung der Gesundheitsberichterstattung . . . (epidemiologische Untersuchungen)*
- *Erstellung von ...Gesundheitszielen und deren ständige Evaluation und Fortschreibung.*

Mit einem abschließenden Appell zur Abschaffung der Budgetierung, der durch nichts begründeten Behauptung, Qualitätssicherung würde viel Geld kosten und die durchsichtige Warnung an die

Politik, das Gemeinwesen könne mit diesen Kosten belastet werden, gerät die Stellungnahme der zqz letztlich zur Agitation standesinterner wirtschaftlicher Interessen mit dem offensichtlichen Ziel, weitere bohrende Qualitätsfragen von Politik und Öffentlichkeit möglichst abzuwehren. An dem vom Sachverständigenrat gestellten Thema, wie es um die Qualität zahnärztlichen Handelns bestellt bzw. diese zu verbessern ist, geht die Stellungnahme auf unzumutbar oberflächliche Weise vorbei.

Gründlichkeit besser als Präzision?

In Ergänzung dieser sogenannten *Kernbotschaften* wird im Heft 13/2000 der **zm** weiter deutlich gemacht, wie ernst es die Standesführung mit der Qualitätssicherung meint. Unter dem irreführenden Titel *„Schweizer Präzision oder deutsche Gründlichkeit“* bespricht und bewertet der Bremer Kammerpräsident Peter Boehme das jüngst von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft veröffentlichte Qualitätshandbuch. Wer allerdings eine faire Auseinandersetzung mit dessen Inhalten erwartet, sieht sich spätestens nach den ersten Absätzen arg enttäuscht.

Boehme, selbst wahrlich kein ausgewiesener Verfechter der Qualitätssicherung, wenn man seine früheren abweisenden Beiträge betrachtet, geht es nämlich nicht darum, die Inhalte des Handbuches, die er kaum erwähnt, kritisch zu würdigen, sondern es reicht ihm, den Wert derartiger Leitlinien überhaupt mit zwar oberflächlichen Argumenten, aber dennoch in aller Gründlichkeit in Misskredit zu bringen. Als

Sprachrohr der Standesführung gerät somit auch seine Einlassung zur peinlichen Vorstellung, zumal auch unter dem Aspekt, dass nur wenige Wochen vorher an gleicher Stelle die Schaffung von Behandlungsleitlinien als eine der vordringlichsten Aufgaben der beim IDZ neu gegründeten zqz (s.o.) vorgestellt wurde.

Die Schweizer Kollegen formulieren als Ziel ihres Handbuches, *„dem Zahnarzt einen Maßstab in die Hand zu geben, mit dem er seine individuelle Expertenschaft in Bezug auf verschiedene Tätigkeiten und Arbeiten besser beurteilen kann.“* Die Loseblattform soll der Notwendigkeit genüge tun, fachliche Sachverhalte periodisch aktualisieren zu können. Boehme erkennt richtig, dass es den Autoren des Handbuches um die Beschreibung ausschließlich der Ergebnisqualität geht. Die Schweizer Kollegen führen hierzu selbst nachvollziehbar aus: *„Bewusst lassen die vorliegenden Aufzeichnungen in der Regel die Qualität von Struktur und Prozess außer Acht. Es ist nicht Absicht, mit den Leitlinien Behandlungsabläufe oder Praxisstrukturen vorzuschreiben oder einzuführen. Im liberalen Beruf des Zahnarztes bleibt es auch in Zukunft jedem Einzelnen überlassen, wie er die gewünschte Qualität erreicht. Seine Verantwortung ist es, sie zu erreichen.“*

Welchem Praktiker ist es wohl nicht bewusst, welche großen Schwierigkeiten zu bewältigen sind, um derartige ergebnisbezogene Leitlinien möglichst allgemeingültig zu erarbeiten? Und wer mag wirklich die große Notwendigkeit der Schaffung solcher Maßstäbe anzweifeln? In Boehmes kritischer Bewertung liest sich das allerdings völlig anders. Nicht nur, dass er dem staunenden Le-

Unsere Linie: Satin-Steel™

Hu-Friedy bietet mit der Satin-Steel™-Linie eine ergonomische Griff-Alternative:

Nr. 6 in bewährter Hu-Friedy-Qualität.

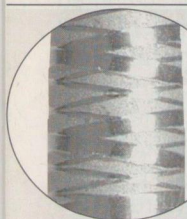
Eine breite Auswahl an Instrumenten aus den Bereichen Parodontologie und

Diagnostik kann mit diesem Griff bestellt werden.

Stabilität
durch ideale Rockwell-Härte

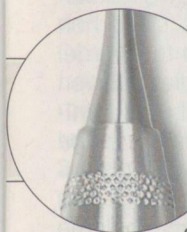
Superscharf
durch Präzisionsschliff und Immunity-Steel™

Optimales Gewicht
fein ausbalanciert für ermüdungsfreies Arbeiten



Griffigkeit
Die neue griffige Struktur unterstützt die Arbeitsbewegungen durch besseren Halt

Ideale Abwinkelung der handgefertigten Arbeitsenden



Größerer Durchmesser von 9,5 mm für entspannteres Greifen

Sanfter konischer Übergang vom Handgriff zum Arbeitsende vermeidet Druckstellen

Verschleißfestigkeit durch Immunity Steel™, unseren dreifach wärmebehandelten Spezialstahl



Hu-Friedy®
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Zweigniederlassung Deutschland Rudolf-Diesel-Str. 8 • D-69181 Leimen
Tel. +49(0)62 24 - 97 00-0 • Fax +49(0) 62 24 - 97 00 - 97 • www.hu-friedy.com

ser Glauben machen will, dass der Bereich der Ergebnisqualität nur ein angeblich *kleiner Ausschnitt aus dem Gesamtbereich des Qualitätsmanagements* ist. Er behauptet zudem, dass es das Schicksal auch früherer Handbücher (z.B. des Würzburger Studienhandbuchs) war, in den Regalen zu verstauen. Gleiches Schicksal prophezeit er auch dem Schweizer Handbuch, dem er in offensichtlicher Hilflosigkeit tatsächlich vorwirft, dem Praktiker genaue Ausführungsanweisungen zum Erreichen der propagierten Ergebnisse vorzuenthalten. Suggestiert werden soll dadurch offenbar, dass es an der Qualität der Leitlinien selbst bzw. an deren Akzeptanz innerhalb der Zahnärzteschaft gelegen habe, wenn die jeweiligen Handbücher alsbald in Vergessenheit geraten sind. Tunlichst verschwiegen wird natürlich, dass es lediglich der Akzeptanz der Standesführung bedurft hätte, um die schon seit langem existierenden Leitlinien zum Maßstab zahnärztlichen Tuns einzuführen und konsequent anzuwenden. Allein diese Akzeptanz wurde aber systematisch verweigert.

Wenn Boehme die angebliche Unbrauchbarkeit der schweizer Leitlinien allein daran festmacht, dass sie wegen angeblich fehlender evidenz-basierter Absicherung nicht als wissenschaftlich gelten könnten, so muss er sich einreihen lassen in diejenigen Standesvertreter, denen an einer effektiven Qualitätssicherung offenbar überhaupt nicht gelegen ist, wohl um einen großen Ansehensverlust der deutschen Zahnärzteschaft zu vermeiden. Wie erheblich mutiger sind da doch die Schweizer und die Amerikaner. Um das Thema auf die

sportliche Ebene in den Bereich des Weitsprungs zu transponieren: Der Athlet, der nicht die gewünschte Mindestweite springt, hat doch nicht deshalb trotzdem gewonnen, weil er glaubhaft für sich in Anspruch nehmen kann, dass die Anlaufspur zu holprig und der Absprung durch Gegenwind behindert waren.

Wenn es auch bei Struktur- und Prozessproblemen Forschungs- und Verbesserungsbedarf gibt, so stehen doch die zu erreichenden Mindestqualitätsziele trotzdem mit hinreichender Genauigkeit fest, auch wenn sie teilweise ‚nur‘ empirisch gewonnen wurden und umfangreiches wissenschaftliches Datenmaterial im einzelnen fehlt. Diese heute schon bekannten und weitgehend anerkannten Ziele werden sich auch durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht grundlegend wandeln. Vernünftig formulierte Leitlinien haben also auch ohne einen aufgeblasenen wissenschaftlichen Überbau einen eindeutigen Wert und verdienen es, sofort umgesetzt zu werden.

Boehme hingegen fällt nichts besseres ein, als weiter abwehrend auf der These der *voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung* zu bestehen, wie sie schon weiter oben kritisch beleuchtet wurde. Er versteigt sich sogar dazu, die auch von ihm getragene akademische Salami-taktik in Sachen Qualität als ‚*deutsche Gründlichkeit*‘ zu verkaufen, eine Gründlichkeit freilich, die nur den Zweck verfolgt, die brennenden Qualitätsprobleme noch lange vor sich her schieben zu können. Die sprichwörtliche ‚*Schweizer Präzision*‘ hält er hingegen für das schlechtere Vorgehen, und verkennt dabei zur Gänze, wie stolz und glücklich die deut-

sche Zahnärzteschaft sein könnte, wenn ihr in der öffentlichen Meinung genau dieses Gütesiegel anhängen würde: die Präzision eines Uhrmachers.

Fazit

Die deutsche Zahnärzteschaft leistet sich bis heute den unbeschreiblichen Luxus, auf qualitätssichernde Maßnahmen gänzlich zu verzichten. Auch alle blumigen Verlautbarungen der eigentlich berufenen Stellen lassen nicht erkennen, dass sich dieses in absehbarer Zeit ändert. Kein Industrieunternehmen kann es sich heute mehr leisten, auf Qualitätskontrollen zu verzichten. Wäre die Zahnärzteschaft im eigenen Lande von Konkurrenz bedroht, so wäre sie angesichts ihrer bisherigen Versäumnisse schon lange vom Markt verdrängt worden. Nur die Monopolstellung derjenigen, die Zahnheilkunde ausüben, lässt einen großen standesinternen Schlendrian zu. Da die Selbstkontrollen innerhalb des Berufsstandes nicht funktionieren und sowieso überhaupt nicht gewünscht werden, wird zwangsläufig der Druck zu Kontrollen der fachfremden Öffentlichkeit immer größer, bis hier ein weiteres Stück zahnärztlicher Souveränität verloren gegangen ist. Machen wir bitte nicht den Fehler, und suchen die Schuld dafür woanders als bei uns. Unsere Glaubwürdigkeit ist nur dann wieder herzustellen, wenn wir mit uns selbst ins Gericht gehen. Gerade der

DAZ hat hierzu wiederholt sehr konkrete Vorschläge unterbreitet, die immer noch ihre Gültigkeit haben. In einer Beziehung muss dann allerdings ein ganz grundlegendes Umdenken stattfinden: Ohne Überprüfung der Ergebnisqualität nach Leitlinien, wie sie hoffentlich bald auch bei uns als verbindlich eingeführt und konsequent umgesetzt werden, wäre jede Qualitätssicherung reine Makulatur. Um dieses zum Wohle unserer Patienten und nicht zuletzt zum Erhalt unserer Freiberuflichkeit durchzusetzen bedarf es einer starken, mutigen Standesführung, die wir allerdings momentan nicht haben.

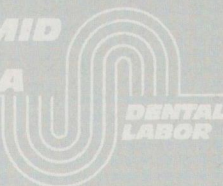
Dr. Eberhard Riedel, München

Rezension der SSO-Leitlinien im forum 71

*Das schöne Lächeln Ihrer Patienten
ist unsere beste Empfehlung*

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

**SCHMID
UND
PAULA**



Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg
Tel. 0941/791521

Ihre Zahntechnikermeister

B. Paula
B. Hoffmann
W. Lipinski

Unternehmer Zahnarzt

Täglich flattern dem Zahnarzt Fachblätter, Körperschaftsinformationen und Hochglanzmagazine in die Praxis, die aufordern, sich als Unternehmer zu fühlen. Viele Zahnärzte selbst scheinen von ihrem Unternehmertum nicht überzeugt zu sein, warum sonst die ständigen Hinweise. Oftmals verbergen sich hinter diesen Aufforderungen allerdings lediglich Industrierwünsche, ein brandneues Produkt der Firma X oder Y zu vertreiben. Nach dem Verkauf kümmert es dann wenig, wie der Zahnarzt denn unternehmerisch mit der angeblich unbedingt notwendigen Neuerwerbung umgehen kann. Diese Animationen vorwiegend von Marketingstrategen schaden dem Zahnarzt mehr als sie ihm nützen und sind lediglich emotionelle Verführer. Aber unabhängig von solchen Auswüchsen spürt fast jeder Zahnarzt heute instinktiv, sei er auch wirtschaftlich noch so unbedarft, dass seine Praxis irgendwie doch etwas mit einem Unternehmen zu tun hat und betriebswirtschaftlich geführt werden muß. Besonders unkritisches Handeln auf der Ausgabenseite straft sonst vielfach kurzfristig. Denn jedes investierende Unternehmen erwartet anschließend zusätzlichen Gewinn und diesen möglichst optimal aus seiner Investition. Gewinn als Ausgleich für eingegangenes Risiko ist gesellschaftlich unumstritten. Hier nun fällt der Unternehmer Zahnarzt zunehmend aus dem Raster, es beginnt sein Leidensweg. Tiefer Dissens herrscht zwischen ihm oder zumindest seiner Standesführung auf der einen Seite und Politik und Gesell-

schaft auf der anderen über die Art des Unternehmertums Zahnarzt.

Die moderne Wirtschaftslehre weist dem echten Unternehmer aus seiner Tätigkeit gleichrangig eine marktwirtschaftliche und eine soziale Verpflichtung zu. Wobei sich das Gewicht der Wirtschaft immer mehr in Richtung Markt verschiebt (Globalisierung!). Damit der Unternehmer seine Tätigkeit optimal gestalten und Produkte bestens vermarkten kann, ist Werbung vielfach bei Überschreitung der Wahrheit erlaubt. Der Staat geht davon aus, dass sein Bürger schon Schmähen von Realität unterscheiden kann. Wenn nicht, aus eigenen Fehlentscheidungen kann jeder lernen.

Ganz anders sehen Gesetzgeber, Gerichte und Gesellschaft die Situation bei den Gesundheitsberufen, einschließlich des Zahnarztes. Festzuhalten ist, dass der überwiegende Teil der deutschen Bevölkerung auch den Zahnarzt primär als Arzt haben will. Man will darauf vertrauen können, dass der Zahnarzt sich nicht primär von eigener Gewinnmaximierung leiten lässt. Dafür ist die Gesundheit ein zu hohes übergeordnetes Gut. Auch die Zahngesundheit gibt man zumindest vor und bequem ist diese Einstellung natürlich auch. Damit jeglicher Eindruck in Richtung Gewinnoptimierung vermieden wird, ist sachliche Information - nicht aber marktwirtschaftliche Werbung dem Zahnarzt erlaubt. Also im Gegensatz zum Unternehmer, wo wirtschaftliche und soziale Aspekte der Tätigkeit gleichrangig akzeptiert werden, wird für den Zahnarzt die soziale, dienende Komponente in den Vordergrund gerückt. Allenfalls gewisse unternehmerische Strukturen werden

zuerkannt. Die Abhängigkeit nimmt natürlich noch zu, wenn aus dem Zahnarzt ein Vertragszahnarzt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit schrumpfenden Einnahmen wird und gleichzeitig die Zahl derer zunimmt, die am System teilhaben wollen oder müssen. Für unser Gegenüber bedeutet das herrliche Zeiten, für ihn stimmen die Instrumentarien der Marktwirtschaft. So wie zum Beispiel VW mit seinen konkurrierenden Zulieferern diktierend umspringt, so springt das Großunternehmen GKV mit seinen Zulieferern, den Gesundheitsberufen, um. Wer zahlt, schafft an!

Rechtsanwalt Schade, ein Kenner der Materie, hat dazu schon vor Jahren angemerkt: die deprimierenste Erkenntnis, die Vertragszahnärzte in Zukunft zunehmend treffen werden, ist, dass sie keine echten Freiberufler sind. Schade schätzt dann, dass allenfalls dreißig Prozent nach marktwirtschaftlichen Vorgaben tätig sein könnten.

Eine Bedrohung der heutigen Zahnärzteschaft erfolgt also nicht nur innerhalb, sondern genauso außerhalb der GKV. Hierbei sollten sich Zahnärzte nicht der Illusion hingeben, sie würden anschließend von Unternehmerverbänden mit offenen Armen aufgenommen. Erschienen doch mit dem Zahnarzt ein zusätzlicher Anbieter (immerhin mit Milliardenmarkt bisher) mit seinen Produkten um die Gunst von Käufern mit nicht dicker werdender Geldbörse auf dem Markt. An die Senkung von Beiträgen nach eventuellem Ausstieg oder Rausschmiß der Zahnärzte glaubt keiner. Viel praktischer ist es, Neulinge vom freien Markt fernzuhalten und in die GKV eingebunden zu lassen. Über Jammern von zu

stark steigenden Lohnnebenkosten haben Industrie und Handel viel raffinierte Steuerungselemente gegen potentielle Mitbewerber um das Nettoeinkommen.

Wie aber dann heraus aus dem schon mehrere Jahrzehnte andauernden und stärker werdenden Jammertal? Zuerst einmal sollten Zahnärzte sich nicht selbst länger in die Tasche lügen. Alle Denkansätze der zurückliegenden Jahre, an denen sicherlich immer etwas Richtiges dran war, haben gesellschaftlich keinen Schritt weitergebracht. Die Politik hat alle ihre Ankündigungen seit 1975 realisiert. Siehe schrittweise Absenkung der Zahnersatz-Honorare. Der Slogan unserer Standesführung »keine Geld« hört sich für die zahnärztliche Galerie gut an. Alles ist aber wirkungslos und von anderen nicht zu fürchten, wenn die Politik auch zahnärztliche Rechte diktiert. Auf Sozial- oder Verfassungsgerichtsurteile zu bauen, ist ebenfalls sehr zweifelhaft. Erinnerung sei an die geradezu zynische Bestätigung des Gesetzgebers bei der Einführung der Altersgrenze von 68 für den Unternehmer Vertragszahnarzt durch das Bundesverfassungsgericht.

Unter Rot-Grün scheint eine Entlassung der Zahnärzteschaft in reine Marktwirtschaft und freies Unternehmertum nicht unmittelbar vor der Tür zu stehen. Obwohl der Staat solches wegen der Vielzahl an Zahnärzten gar nicht zu fürchten hätte. Aber auch die heutige Opposition müsste trotz neuer flotter Sprüche als Regierungsmannschaft erst noch Umkehr in Denken und Handeln beweisen. Herr Blüm und Herr Seehofer waren schließ-

lich über 16 Jahre die besten Sozialisten, die wir Zahnärzte je hatten.

Um die Zahnärzteschaft herum also nichts als Unwägbarkeiten und Unsicherheiten. Steht da nicht endlich ein echter standespolitischer Kassensturz an? Warum hat die Politik seit ca. 25 Jahren so starken Einfluß auf die Entwicklung von Zahnheilkunde und Zahnärzteschaft nehmen wollen? Ein Argument ist, dass damals die Kassen voll waren und Politiker durch Gewährung weiterer Wohltaten ans Wahlvolk (Zahnersatz als Sachleistung) Macht gewinnen oder erhalten wollten. Bei ausreichender Manövriermasse war es später leicht, die politischen Versprechen zu halten, indem man die Zahnärzteschaft unter wirtschaftlichen Druck setzte. Trotzdem ist alles nur die halbe Wahrheit, sie lenkt vom zahnärztlichen Mitverschulden ab.

Ab Mitte der Siebziger Jahre sah der Staat auch Handlungsbedarf wegen zu starker marktwirtschaftlicher Ausrichtung und Überbetonung des freien Unternehmers mancher Zahnärzte. Die frei vereinbarten Honorare besonders für Zahnersatz ließen den Staat zur Überzeugung kommen, Bürger und Versicherte würden zunehmend schutzbedürftiger gegenüber Zahnärzten, die ihrer sozialen Verpflichtung immer weniger gerecht wurden. Kleine Beamte, mehr als Strafe nicht in der GKV, wurden oftmals nur mit dem Höchstsatz der Bugo-Z von ihrem Zahnarzt bedient. Die meisten Patienten sahen es nicht anders. Viele fühlten sich nicht in der Lage, unterschiedliche zahnärztliche Therapievorschläge und Honorarforderungen alleine beurteilen zu können. Verbraucherschutz wurde reklamiert!

Hier nun beging die zahnärztliche Standespolitik die entscheidenden Fehler. In für jeden Außenstehenden unerträglich Überheblichkeit wiegelte sie alle Anfragen und Wünsche ab und deckte Auswüchse. Nach der Devise »Mir san mir« verstrickte sie sich nachweisbar in Unglaubwürdigkeiten, bis letztlich das Gehör der Politik verlorenging. Selbst das zarte Pflänzchen Kostenerstattung für ZE als jüngstes Angebot der Politik verstand man sich in kürzester Zeit durch nachträgliche, unbeweisbare Zusatzforderung kaputt zu machen. Der letzte Beweis, dass eine Berufspolitik, die einzig die Interessen der Zahnärzte im Visier hat, zum Scheitern verurteilt war, ist und bleibt.

Eine Verbesserung der zahnärztlichen Situation lässt sich also nur durch Rückgewinnung der Glaubwürdigkeit erreichen. Für manchen mag die eigene Glaubwürdigkeit schon dadurch gestärkt werden, dass er die GKV verlässt. Fast ganz freier Unternehmer kann er am Markt seine Chancen suchen. Aufforderung und Druck auf die anderen, es ihm gleich zu tun, ist allerdings unredlich. Eine solche individuelle unternehmerische Entscheidung ist und bleibt persönlich.

Die meisten (nach RA Schade 70%) werden eine positive Veränderung ihrer Lage nur im stärkeren Einklang mit dem Großteil der Gesellschaft über eine glaubwürdigere Standespolitik erreichen können. »Hört auf zu lügen« war das Hauptanliegen von Journalisten auf der Pressekonferenz anlässlich des Bayerischen Zahnärtztes Tages 2000. Glaubwürdigkeit wird sicherlich aber nur zurückgewinnbar sein, wenn sich der Zahnarzt auch seiner sozialen Verpflichtung nicht entzieht. Grundlage ist ein gesellschaft-

lich akzeptierter nicht diffamierender (Kassenschrott) Grundleistungskatalog für alle Altersgruppen von Versicherten. Wahlleistungen werden nur dann Zustimmung gewinnen, wenn für den Versicherten transparent ist, für ein Mehrhonorar zusätzlich zu hohen Kassenbeiträgen mehr Qualität einzuhandeln. In einem in Konsens erarbeiteten Modell »sozialpflichtige und private Zahnheilkunde« muß für alle Seiten klar werden, dass es am Schluß nur über Kostenerstattung realisierbar ist. Kostenerstattung immer noch isoliert und ideologisch an den Anfang eines zahnärztlichen Forderungskataloges zu stellen, ist unkluger Totschlag unserer berechtigten Anliegen. Um mehr Unternehmertum zugestanden zu bekommen, haben im Vorfeld bestimmte zahnärztliche Unterlassungen sicherlich vorauszugehen. Gelingen kann alles nur mit Langzeitstrategie und immer wieder neu überdachter sensibler Taktik. Die Zahnärzteschaft muß sich entscheiden, ob sie weiterhin erfolglos fundamentalistisch Illusionen anhängen will oder nicht doch realistisch den ihr frei gehaltenen Platz mitgestaltend in der Gesellschaft einnehmen will

Dr. Klaus Hilfer, München

Reform des Zahnmedizin-Studiums

Auch wenn die Schwerfälligkeit der beteiligten Apparate mitunter mutlos macht - der DAZ engagiert sich weiterhin für die Reform der zahnmedizinischen Approbationsordnung. In seinem letzten *forum* (69) hat er den bisher erreichten Stand zusammengefaßt, den Reformstudiengang in Greifswald vorgestellt,

die Möglichkeiten von Veränderungen mit Hilfe einer Modellklausel beleuchtet und auch "Betroffene" = Studierende zu Wort kommen lassen. Interessierte können das *forum* sowie einen von der DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform erstellten Beispielstudienplan bei der DAZ-Geschäftsstelle anfordern. Internetnutzer erhalten diese Informationen direkt bzw. als Downloads über die Web-Adresse des DAZ: www.DAZ-Web.de.

Weißbuch Implantologie erschienen

Unter Mitwirkung seines Vorsitzenden Dr. H.J. Hartmann und weiterer Autoren hat der Bundesverband der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte in Deutschland (BDIZ) ein sog. Weißbuch herausgebracht. Es soll einige grundsätzliche Fragen beantworten. Im Vordergrund steht dabei die Qualität implantologischer Leistungen. Wenn man diese als Ziel anstrebt, ergeben sich daraus Anforderungen an die Diagnostik, die Indikationsstellung und an die Abläufe und Verfahrensweisen bei und nach der Implantation. Zu letzteren gehören für den BDIZ auch Hygieneanforderungen und Vorgaben für das Assistenzpersonal. Drei Beiträge befassen sich mit dem Qualitätsbegriff in der Implantologie, mit Formen des Qualitätsmanagements und schließlich der Messung und Bewertung der Erfolge. Darüber hinaus untersuchen die Autoren auch Aspekte wie die Aus- und Fortbildung von Implantologen, die Patientenaufklärung und die rechtlichen Verhältnisse zwischen Patient und Behandler bei einer Implantationstherapie. Materialien zur Patientenaufklärung und Dokumentation sowie Literaturhinweise ergänzen das Weißbuch. (I. Berger-Orsag)

"Weißbuch Implantologie", Jahrbuch-Verlag Foester & Partner, Bonn, ISBN 3-89296-056-9, Infos: BDIZ Oldenb., T. 0441-12137, Fax -12148

Primat der Prophylaxe: Schadensvermeidung statt Reparatur entstandener Schäden.

Kann ein individuell hochwirksames Prinzip auch für die Allgemeinheit eingeführt werden?

Das Thema ist heiß, das häßliche Wort Paradigmenwechsel in aller Munde. Kaum eine diesjährige Ausgabe einer zahnmedizinischen Fach- oder Verbandszeitschrift erschien ohne flamme Bekenntnisse zur Oralprophylaxe. Eine auf den ersten Blick erfreuliche Entwicklung. Nur leider ist sie nicht immer aus Überzeugung entstanden, sondern häufig eher unter dem wirtschaftlichen Druck. Der Absatz für teuren Zahnersatz leidet unter Schwindsucht. Die jahrelang ersatzdominierte Zahnheilkunde sucht nach neuen Aufgabenfeldern.

Der engagierte und überzeugte Prophylaktiker freut sich und hofft, dass er endlich kein Außenseiter mehr sein wird, dass die allgegenwärtige Dominanz der Hochleistungskeramiken, Implantate u.ä. auf ein vernünftiges Maß zusammenschrumpft und dass dem eigentlichen Sinn einer Heilkunde endlich ein prominenter Platz zugestanden wird.

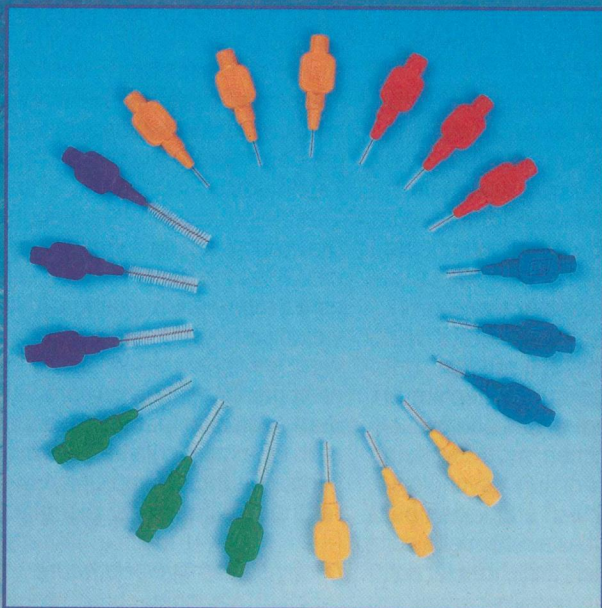
Auf der Suche nach konkreten Veränderungen wird er allerdings enttäuscht. Sehr viele Lippenbekenntnisse, aber kaum realisierbare Visionen. In den Fortbildungskalendern spielt die Prophylaxe immer noch eine dritte Geige. Sinnvolle praktische Kurse für Zahnärztinnen und Zahnärzte gibt es so gut wie

überhaupt nicht. Eine sowohl pädagogische wie auch psychologische Aus- und Fortbildung, die ein ernstzunehmender Prophylaktiker dringend braucht, gibt es ebenso kaum. Die Gebührenordnung zeigt auch keine Tendenzen, die vielen notwendigen Prophylaxesitzungen und Recalls entsprechend zu honorieren. Eine Zusatzbezeichnung in Prophylaxe wurde noch nicht einmal angedacht. Wo ist dann der Paradigmenwechsel? Wo sind die neuen Inhalte? Auf IP-Positionen, Speicheltests und professionelle Zahnreinigung kann man eine moderne Prophylaxe nicht reduzieren.

Die hoffnungslos veraltete Approbationsordnung bleibt wohl auch weiterhin veraltet. Ein Paar Stunden vorwiegend theoretischer Gruppenprophylaxe erst im siebten Semester und mehrere hundert Stunden praktischer Prothetik vom ersten Semester an sprechen ihre eigene Sprache. Praktische Pflichtkurse im Putzen eigener Zähne für die Studierenden sind immer noch eine Rarität. Jahr für Jahr verlassen hunderte prophylaktischer Autodidakten die Hochschulen. Dass es möglich ist, ein zahnärztliches Prädikatsexamen mit Mundgeruch, Gingivitis und sichtbaren Belägen zu absolvieren, ist kein gehässiger Scherz, sondern eine traurige Realität. Die schlechte Oralgesundheit der Bevölkerung ist die direkte Folge

TePe

**Mundhygiene-
produkte aus Schweden**



*TePe
Zahnzwischen-
raumbürsten,
für eine
effektive
Reinigung
des Approxi-
malraumes!*

*Geeignet für sehr enge bis große Interdental-
räume. Jetzt in 6 verschiedenen farbcodierten
Größen. Von xxx-fein, 0,45 mm bis groß, 1,1 mm.*

*Zusätzlich im Sortiment: Zahnbürsten,
Spezialzahnbürsten, Zahnhölzer und Zahnseide.*

Fordern Sie unseren Gesamt-Katalog an, unter:

TePe Mundhygieneprodukte Vertriebs-GmbH
Borsteler Chaussee 43 · 22453 Hamburg
Telefon 040 / 51 491 605 · Telefax 040 / 51 491 610

dieser unglaublichen Situation. Wenn selbst an der Universität die Prophylaxe nicht wirklich ernst genommen wird, dann kann dies auch von der Bevölkerung nicht erwartet werden.

Die Schlüsselposition einer nachhaltig wirksamen Prophylaxe ist die Motivation. Da das Zähneputzen im Allgemeinen mit keinerlei Lustgewinn verbunden ist, stellt die erfolgreiche Motivation eine wahre Herausforderung dar. Wenn es gelingt, dass pelzige Zähne genauso unangenehm empfunden werden wie klebrige Hände, ist das Ziel erreicht. Um erfolgreich motivieren zu können, muß man selbst alle Varianten des Zähneputzens perfekt beherrschen, motiviert sein und eine gehörige Portion psychologischer und pädagogischer Fertigkeiten besitzen. Hieran mangelt es auf der Seite der Anbieter am allermeisten. Ehrlichkeit tut not.

"Erlaube mir, lieber Patient, dass ich dein Lehrer werde und ich kann Dich heilen - wenn wir gemeinsam die Schule nicht schaffen, dann kann ich Dich leider nur reparieren". Dieses Motto der Neuen Schule beschreibt sehr gut nicht nur das Kernproblem der Motivation, sondern auch den gegenwärtigen Wandel der gesamten Zahnmedizin.

Die Prophylaxe der Zukunft ist nicht nur eine Wissenschaft oder ein Job - sie ist auch eine Berufung. Ohne eine wirkliche Motivation und Begeisterung für diese Mission wird sie ihre immensen Möglichkeiten nicht nur in der Individualprophylaxe, sondern auch allgemein nicht entfalten können. Eine menschliche, interessante und wirksame Individualprophylaxe kann ihre Breitenwirkung gar nicht verfehlen.

Dr. Jiri Sedelmayer, Hamburg

Paro® BRUSH-STICK JETZT IM GROSSEN GRATISTEST:

EIN "GESCHENK" DES HIMMELS!

Die *Mikro-Zahnbürste* für "zwischen durch"

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

PROFIMED

Dentalvertriebs- und Prophylaxe-GmbH

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



PZN 688682 6

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

Versuch einer Definition: Was bedeutet "Defensive Zahnheilkunde"?

Ausübung der Heilkunde heisst allgemein, durch Diagnostik und Therapie den Gesundheitszustand der Patienten zu verbessern, zu erhalten oder zumindest eine unabänderliche Verschlechterung zu verlangsamen, Leid zu lindern oder Schmerzen zu stillen.

Ein eherner Grundsatz dabei lautet: Nihil nocere, also keinesfalls Schaden zufügen. Nun haben viele - fast alle - medizinischen Aktionen neben einem erwünschten Ziel auch unerwünschte Bearbeitungsrisiken oder Nebenwirkungen. Verantwortliche Ausübung der Heilkunde liegt nur dann vor, wenn vor jedem Behandlungsschritt auch der Nutzen der unterlassenen Behandlung bedacht wurde, und wenn ein plausibles, mit den Interessen des Patienten in Einklang stehendes Gesamtkonzept vorliegt.

Andernfalls mögen zwar Behandlungen durchgeführt werden, die vielleicht kosmetische oder Wellnesswünsche befriedigen, möglicherweise auch nur den wirtschaftlichen Anliegen des jeweiligen Behandlers entsprechen: Heilkunde, oder in unserem speziellen Fall Zahnheilkunde wird damit nicht ausgeübt.

Nicht alle Zahnbehandlungen gehören somit zur Zahnheilkunde, und deswegen schon gar nicht zur defensiven Zahnheilkunde.

Nach Hippokrates sollen wir alle unsere Patienten so behandeln, als wären es unsere besten Freunde. Würde man besten Freunden mit Marketing - Methoden etwas verkaufen, was sie nicht brauchen?

Mehr Marketing (Lockerung des Werbeverbots) bereitet offensiverer Zahnheilkunde den Weg. Verstärkte Kontrolle hingegen führt zu mehr Bürokratie und zur Demotivation der Behandler. Selbstverständlich gehört zu defensiver Zahnheilkunde auch der Qualitätsaspekt, denn er führt zur Vermeidung von Wiederholungsarbeiten. Was für die praktische Durchführung von Behandlungsmassnahmen gilt, wirkt sich noch schwerwiegender bei der erforderlichen konzeptionellen Vorarbeit aus.

Defensive Zahnheilkunde bedeutet sicher nicht planloses Erhalten um jeden Preis. Fortbildungsbedarf besteht sicher bei vielen Kollegen beim Qualitätsmanagement für die Indikationsstellung. Oft sorgt die Rückfrage beim behandelungsführenden Hausarzt oder Internisten erst für den richtigen Blickwinkel:

- Der schwerkranke, gar moribunde Patient darf von uns Entlastungen und Erleichterungen jedweder Art erfahren, auch wenn sie den Regeln der Kunst keineswegs entsprechen. In der Palliativmedizin kann selbst die Abgrenzung zum Pfusch weitgehend entfallen.
- Bei schweren Belastungen der Immunsysteme ist konsiliarisch zu klären, ob auch nur eine sehr kleine Zusatznoxe wie etwa die obligatorische Fremdkörperreaktion am Apex bei einer Wurzelbehandlung verantwortbar ist oder nicht (im Extremfall hat man

lieber einen Zahn weniger als überall deformierte Gelenke).

- Welche weiteren internistischen oder allgemeinmedizinisch relevanten Risiken oder Besonderheiten müssen bei der Erstellung eines individuellen Verteidigungskonzepts für die zahnmedizinische Betreuung beachtet werden, z. B. hormonelle Einflüsse, Diabetes, Blutgerinnungsstörungen?
- Liegen bei der Behandlungsführung Besonderheiten vor, die nicht unbedingt mit der Schulmedizin in Einklang stehen, z. B. Akupunktur, Homöopathie oder Herdforschung? Sicher ist es nicht die Aufgabe des Zahnarztes, die Patienten oberlehrerhaft auf den Weg der Schulmedizin zurück zu nötigen, besonders, wenn es ihnen gut geht und sie sich gut aufgehoben fühlen. Das Konzept der zahnheilkundlichen Betreuung muss auch hier zurückhaltend bleiben und der allgemeinmedizinischen Behandlungsführung folgen, soweit die Regeln der Kunst dies zulassen.

Einen bedenklich offensiven Charakter nimmt die Zahnmedizin dann an, wenn Zahnärzte, oft nur in Wochenend - Schnellkursen "alternativ - ganzheitlich" fortgebildet, auf dieser Schiene eigenmächtig in die Behandlungsführung eingreifen und sich selbst somit Indikationen für umfangreiche, folgenschwere und teure Behandlungen schaffen.

Ein defensives Konzept kann nur in den seltensten Fällen kurzfristig erstellt werden, sondern muss über einen längeren Zeitraum in der Wechselbeziehung Patient - Praxis erarbeitet werden, denn: Die Momentaufnahme besagt (fast) nichts, die Verlaufskontrolle besagt (fast)

alles. Auch künftig muss das Konzept sich flexibel der Änderung von Rahmenbedingungen anpassen können.

Der Schlüssel für erfolgreiche Konzepterarbeitung und Indikationsstellung liegt bei der Prophylaxe! Hier muss jeder sinnvolle Einsatz geleistet werden, das Hygieneniveau des jeweiligen Patienten zu verbessern. Eine starre Schematisierung etwa im Sinne von Blockschaltbildern mit Zuordnung der Patienten in unterschiedliche Kategorien verbietet sich aber, weil die mentalen, intellektuellen, manuellen, örtlichen und zeitlichen Möglichkeiten nie gleich und in stetem Wandel befindlich sind: Auch der vermeintlich aussichtslose Fall, der gegenüber allen Prophylaxebemühungen inerte Zahnarztphobiker, hat bei jedem Besuch in der Praxis (als Schmerzfall) Anrecht auf Angebote im Bereich der Prophylaxe. Lehnt er sie ab, muss er seinen subjektiven Bedürfnissen entsprechend hinhaltend begleitet werden. Auch hier sind Palliativmassnahmen nicht gleichbedeutend mit Pfusch: Es kann für den Patienten durchaus von Vorteil sein, wenn der bereits gelockerte Zahn mit der Sekundärkaries unter der abgebrochenen Füllung nochmals repariert und nicht gezogen wird.

Auch der manuell völlig ungeschickte Behinderte, zudem in einem sozialen Umfeld lebend, das eine nur einigermaßen suffiziente hygienische Fremdbetreuung nicht sicherstellen kann, darf nicht mit unflexiblen, hygienisch anspruchsvollen Versorgungsformen therapiert werden. Die Messlatte für die Prognose aller weiteren Massnahmen ist die Hygienefähigkeit.

Von staatlicher Seite wurde gefordert, die Zahnheilkunde der Zukunft müsse "ursa-

chengerecht, zahnschutzschonend und präventionsorientiert" sein. In puncto Indikation und Prävention entspricht die defensive Zahnheilkunde diesem Bild also recht genau. Der Begriff "zahnschutzschonend" erscheint jedoch in unglücklicher Einengung fast ausschliesslich das Gebiet der konservierenden Zahnheilkunde zu betreffen. Mit dem Schlagwort "minimal invasiv" wurde seitens der Dental Industrie bereits eine neue High-Tech Produktreihe benannt, die ein neues Feld für außervertragliche Privatliquidation erschliessen soll. Darum kann es nicht gehen: Der Paradigmenwechsel hat bei der täglichen Arbeit zu erfolgen, und er betrifft keineswegs ausschließlich die Zahnschutzsubstanz.

Im Bereich der Zahnerhaltungskunde ist Extension zum Zwecke der Prävention (Black) als Maxime widerlegt. Die Reparatur sehr kleiner kariöser Defekte mit sehr kleinen Füllungen galt noch vor dreißig Jahren als obsolet ("Fliegenschissfüllungen"), ist aber inzwischen, begünstigt durch die Einführung der Adhäsivtechnik, zum Mittel der Wahl geworden. Auch defekte Füllungen müssen nicht mehr gänzlich entfernt werden, sondern können bei guter Übersicht und sicher erzielbarer Kariesfreiheit auch durch Reparatur wiederhergestellt werden, aber: Auch die zweiflächige Reparaturfüllung an einer mehrflächigen defekten Füllung muss sorgfältig gearbeitet sein und rechtfertigt selbstverständlich die Berechnung als normale "F 2".

Um mehr Geld geht es bei der Beurteilung von Reparaturmöglichkeiten im Bereich des Zahnersatzes. Um die Beantwortung der einfachen Frage: Ist eine Reparaturfüllung an einer defekten Kro-

ne lege artis oder Pfusch? hat sich die etablierte Wissenschaft unseres Fachs aus begründeter Sorge jahrzehntelang gedrückt. Die Befürchtung war, dass die Krankenkassenseite im Falle einer positiven Beurteilung durch die Wissenschaft diese Versorgungsform bei einer defekten Krone hätte zur Norm erheben können. Für eine solche Einschätzung mag auch die defensive Zahnheilkunde nicht als Kronzeuge zur Verfügung stehen, zumal wohl die meisten dieser Reparaturfüllungen eher aus sozialer Indikation gelegt werden, obwohl rein fachlich gesehen eine neue Krone indiziert gewesen wäre. Nur bei sehr kleinen und gut überschaubaren Defekten an Kronen kann eine solche Reparatur auch aus fachlicher Sicht zumindest gleichwertig mit einer kompletten Neuversorgung sein, weil der Behandlungsstress, das Bearbeitungsrisiko und der wirtschaftliche Aufwand deutlich geringer und die Prognose des Behandlungsergebnisses nur unwesentlich schlechter einzustufen sind.

Die Schonung von Substanz im Bereich der zahnärztlichen Prothetik kann also die Zähne selbst, aber auch das Material künstlichen Zahnersatzes (Kronen, Brücken und Prothesen) betreffen. Auch körpereigenes Gewebe (eine noch vitale Zahnpulpa) kann zum Zwecke der Erhaltung einer kostspieligen prothetischen Struktur geopfert werden, wenn der Patient dies will und der Zahnarzt es vertreten mag.

Hierbei ist die Subjektivität von Wahrnehmung und Beurteilung zu berücksichtigen: Eigene Behandlungsergebnisse werden von vielen Zahnärzten wohlwollender beurteilt als es ihnen zusteht, besonders im Vergleich zu Kollegenarbei-

ten. Der Patient hat für die Krone oder Brücke erst vor kurzer Zeit erheblich zahlen oder zuzahlen müssen. Eine Neuanfertigung beinhaltet quasi ein Eingeständnis des Mißerfolgs. Der Erhaltungsgedanke darf sich dabei nicht so weit und so lange auf die prothetische Struktur fokussieren, bis es möglicherweise für andere zahnerhaltende Maßnahmen für die Pfeilerzähne zu spät ist.

Auf dem Gebiet der Prothetik werden auch sinnvolle Behandlungskonzepte mit Verteidigungslinien sichtbar, die langfristig gehalten werden können:

- Zahnersatz, auch festsitzenden, vermeiden, (Prophylaxe, Füllungen, Parodontaltherapie, ggf. Kieferorthopädie)
- herausnehmbaren Zahnersatz vermeiden, (Kronen und Brücken, ggf. verkürzte Zahnreihe, aber auch Implantate erwägen zur Vermeidung einseitiger Freundsituation)
- Totalprothese vermeiden, (besonders wichtig im Unterkiefer, Teleskope, notfalls auch Implantate)
- hinhaltende Therapie, ggf. Erweiterung zur Totalprothese (im Oberkiefer denkbar, wenn Zahnerhaltung aus einem der vorgenannten Gründe nicht mehr möglich ist).

In der Parodontologie gilt es, Parodontalgewebe zu erhalten. Schon aus dieser Definition geht hervor, dass die unterschiedlichen -Ektomien zunehmende Indikationseinschränkungen erfahren haben. Offensiv - operatives Vorgehen wie Taschenbeseitigung durch Wegschneiden, aber auch hochgesteckte Augmentationsziele haben Patient und Arzt auf Dauer nur selten genützt. Die beste Parodontologie besteht aus Erhaltung durch

Prophylaxe, auch die beste Parodontalchirurgie wird ohne andauernde intensive Prophylaxe keinen dauerhaften Nutzen erbringen können. Und gerade diese so besonders wichtige Aufgabe der Zahnmedizin wird von den gesetzlichen Kassen nicht bezahlt? - Gut so, heisst die Antwort selbst aus einfachster Sozialpraxis, denn die Eigenleistung des Patienten wirkt qualitätssteigernd. Der Patient ist nur dann bereit, selbst zu zahlen, wenn er am eigenen Leibe erfahren hat, wie gut und ambitioniert mit ihm gearbeitet wurde und wie gut der positive Effekt für ihn selbst erkennbar ist, und nur dann arbeitet er auch langfristig - motiviert mit.

Auch Kieferorthopädie und Funktions-therapie können ihren Beitrag zu defensiver Zahnheilkunde leisten. Hierbei darf nicht die vollständig ebennässige Kosmetik oder die komplette Onlaystrassen-Versorgung in Aufwachstechnik nach voll-individuellem Registrat im Vordergrund stehen, sondern die Erhaltung von Knochen-, Muskel- und Gelenksubstanz. Dies kann auch hier oft mit erstaunlich geringem Aufwand gelingen.

Insgesamt bleibt zusammenzufassen:

Defensive Zahnheilkunde verbietet oder verteufelt nicht generell umfangreiche zahnmedizinische Behandlungen. Bei der Planung muss aber stets bedacht werden, ob durch präventive Maßnahmen die jeweilige Behandlung vermieden oder in ihren Umfang verkleinert werden kann.

Zur Sicherstellung ursachengerechter und substanzschonender Therapie in der Zahnheilkunde besteht Fortbildungsbedarf beim Qualitätsmanagement für die Indikationsstellung.

Bei medizinisch und prognostisch gleichwertigen Behandlungsalternativen ist dem Patienten die preisgünstigere zu empfehlen.

Defensive Zahnheilkunde wäre verbreiteter, wenn auch im Zusammenwirken mit den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit aufwandsadäquater Vergütung geschaffen würde.

Für Neurolinguisten ist anzumerken, dass die häufigen Negationen und martialisch - kriegerischen Begriffe bei der Bearbeitung des Themas (Vermeidung,

Verlust, Verteidigung) unangenehm klingen mögen: Defensive Zahnheilkunde ist in Wirklichkeit der leichtere, schonendere und entspannendere (auch glaubwürdigere) Weg in unserem Berufsalltag. Professor Marxkors, dem ich einige Anregungen verdanke, assoziierte dabei das defensive Verhalten im Strassenverkehr. Auch das vermeidet Menschenopfer und Blechschäden, und man ist viel zufriedener dabei. Ist das nicht auch etwas für uns?

Dr. Till Ropers, Steinkirchen

TAGUNG "Interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe"

am 24./25.11.00 im Hotel Mercure in Berlin-Neukölln

Veranstalter:

Abteilung Gesundheit, Umwelt und Sport des Bezirksamtes Neukölln von Berlin
(Bezirksstadtrat Heinz Buschkowsky)

Mitveranstalter:

- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)
- Ethno-medizinisches Zentrum Hannover
- Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Medizinische Psychologie
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG)

Referenten:

Buschkowsky, Brucks, Dohnke-Hohrmann, John, Künzel, Oesterreich, Pavkovic, Petersen, Robke, Salman, Schneller, Schröder, Strippel, Töppler, Torres, Van Steenkiste, Williams, Yüksel

Inhalte:

Die wissenschaftliche Fachpresse registriert regelmäßig die Erfolge der Prävention und den Rückgang der Karies in den westlichen Industrienationen. Diese Beobachtungen beziehen sich dabei überwiegend auf die jeweils inländische Bevölkerung mit überwiegend gesicherten Lebensbedingungen. Obgleich wissenschaftlich vielfach belegt, wird die schlechtere Kommunikation und Motivierbarkeit weniger privilegierter sozialer bzw. sozioökonomischer Gruppen, so auch der Migranten, dabei oftmals unberücksichtigt gelassen. Tagungsleitung und Auskunft:

Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann, Bezirksamts Neukölln von Berlin, Tel. 030-6809-3682

Offensive - Defensive

Aus der Sicht des Gutachters für private Krankenversicherungen

Wenn man über die sogenannte minimalinvasive oder defensive Zahnheilkunde Überlegungen anstellt, dann ist es zuerst einmal notwendig festzustellen, in welchen Bereichen eine Zahnheilkunde durchgeführt wurde, die über das medizinisch notwendige Maß hinaus ging.

Im Vordergrund stehen dabei vier Behandlungsgebiete: Die Funktionsanalyse bzw. Funktionstherapie, bestimmte Techniken bei der Parodontalbehandlung, bei der Füllungstherapie und bei der Implantologie.

Der erste Komplex, nämlich die Funktionsanalyse bzw. die Funktionstherapie, hat sich in den letzten Jahren wieder auf eine angemessene Therapieebene zurück entwickelt. Hier ist festzustellen, dass noch vor 10 bis 15 Jahren viele Zahnärzte der Meinung waren, dass die Erstellung einer Krone oder einer dreigliedrigen Brücke ohne die Bestimmung der individuellen Scharnierachse einen Behandlungsfehler darstellt.

Inzwischen ist man auch aufgrund wissenschaftlich fundierter Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen, dass aufwendige Registrierverfahren nur in wenigen Ausnahmefällen wirklich medizinisch notwendig sind.

Die früher vielfach praktizierte, völlig überzogene Funktionsanalyse bzw. Funktionstherapie hat bei vielen Patienten zu erheblichen Problemen geführt bis hin

zur Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung.

Schon vor 15 Jahren war feststellbar, dass die Dentalindustrie bzw. die Herstellerfirmen bestimmter Artikulatoren oder Registriergeräte diesen häufig überzogenen Anwendungsumfang mit verursacht haben, oftmals zum Schaden der Patienten und natürlich indirekt auch zum Schaden der behandelnden Zahnärzte.

Interessanterweise sind damals die Zusammenhänge zwischen Kaumuskulatur, Kiefergelenk, Halswirbelsäule und dem gesamten Bewegungsapparat überhaupt noch nicht erkannt worden.

Man hat sich also auf diese Registriergeräte und Artikulatoren gestürzt und ist davon ausgegangen, dass, wenn man nur genügend Messwerte hat, dann auch die prothetische Versorgung optimal durchgeführt werden kann. Über viele Jahre ist auch von namhaften Hochschullehrern die Durchführung eines zentrischen Registrats falsch gelehrt und somit häufig falsch am Patienten durchgeführt worden. Bei vielen Patienten, die überhaupt keine Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur oder der Kiefergelenke aufwiesen, wurden umfangreiche Einschleifmaßnahmen durchgeführt, nur weil bestimmte Ergebnisse der Registrierungen bzw. die Übertragung dieser Ergebnisse in einen Artikulator häufig Stör- und Fehlkontakte aufwiesen, die in Wirklichkeit gar nicht vorhanden waren. Selbst in na-

turgesunden Kauorganen wurde die Okklusion und die Artikulation häufig gnadenlos »eingeschliffen«.

Von dieser rein technisch geprägten Funktionsanalyse und Funktionstherapie hat sich die Zahnärzteschaft in den letzten Jahren Gott sei Dank verabschiedet.

Der zweite Komplex, der hier erwähnt werden muss, ist die Regenerationsbehandlung bzw. die sogenannte GTR-Behandlung im Zusammenhang mit schwerwiegenden Parodontalerkrankungen. Diese Behandlungstechnik ist ein Musterbeispiel dafür, mit welchem hohen finanziellen Einsatz bestimmte Herstellerfirmen in der Lage sind, Zahnärzten eine angeblich wissenschaftlich erprobte Behandlungstechnik aufzuzwingen, ohne dass wirklich wissenschaftlich abgesicherte Langzeitstudien vorlagen.

Dieser Komplex, der erhebliche unnötige Behandlungskosten verursacht hat und der bei vielen Behandlungsmaßnahmen zu umfangreichen Beschwerden bei den Patienten führte, wird erst seit circa zwei Jahren kritisch auch von wissenschaftlich ausgerichteten Hochschullehrern beurteilt. Die sogenannte GTR-Behandlung ist in einer Vielzahl von Fällen technisch mangelhaft durchgeführt worden, und sie wurde in vielen Fällen durchgeführt, bei denen von Anfang an klar war, dass ein Behandlungserfolg nicht zu erreichen ist. Inzwischen hat sich durch eine Vielzahl von klinischen Untersuchungen herausgestellt, dass der Unterschied bezogen auf den Behandlungserfolg zwischen normalen Lappenoperationen und Lappenoperationen kombiniert mit einer GTR-Behandlung

relativ gering ist und in vielen Fällen den Mehraufwand nicht rechtfertigt. Erst seit einigen Jahren kristallisiert sich immer mehr heraus, dass die GTR-Behandlung nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen sinnvoll ist und dass die Indikation vorher fachlich qualifiziert überprüft werden muss.

Die aggressive Weise, mit der hier durch die Herstellerfirmen diese Behandlungsmethoden in die Kollegenschaft hineingetragen wurden, ist beispiellos. Beispiellos ist auch die Fülle der angebotenen Membranen, Knochenersatzmaterialien und Präparate, die angeblich den Behandlungserfolg gewährleisten, ohne dass diese Materialien bzw. Präparate wissenschaftlich abgesicherten Langzeituntersuchungen unterzogen wurden.

Ein weiterer Komplex ist die Füllungs-therapie. Auch hier haben die Herstellerfirmen in den letzten Jahren Behauptungen und Versprechungen aufgestellt, die im Wesentlichen nicht einzuhalten waren. Einen qualifizierten Ersatz für Amalgam gibt es immer noch nicht. Festgestellt werden muss, dass plastische Füllungen, gleichgültig aus welchen Materialien sie so sorgfältig wie möglich hergestellt werden, mit erheblichen Risiken verbunden sind. Alle auf dem Markt befindlichen Füllungsmaterialien wie Composite, Compomere, Glasionomere bzw. Ormocere werden gerade in letzter Zeit hinsichtlich ihrer langfristigen Funktionstüchtigkeit immer kritischer beurteilt. Die komplette Katastrophe droht dann, wenn diese schwierig zu verarbeitenden Füllungsmaterialien zusätzlich noch unter Zeitdruck mangelhaft angewendet werden.

Ich bin der Meinung, dass hier mittelfristig eine Zeitbombe in vielen Kauorganen tickt, deren Auswirkungen wir noch gar nicht abschätzen können.

Ein weiterer Komplex ist die aggressive und häufig weit über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Versorgung mit Implantaten. Es besteht kein Zweifel, dass durch den Einsatz implantologischer Behandlungstechniken in vielen Fällen hervorragende Ergebnisse erzielt werden. Für die Patienten bedeutet diese Behandlungsmethode häufig einen bisher mit konventionellen Methoden nicht erreichbaren Komfort bei ihrer prothetischen Versorgung. Problematisch ist die Anzahl der angebotenen Implantatsysteme. Das Angebot kann insbesondere von »Einsteigern« nicht mehr überblickt und noch weniger bewertet werden. Die Folge ist, dass eine Vielzahl wissenschaftlich unkontrollierter oraler Implantatsysteme heute weit verbreitet ist und zum Einsatz kommt.

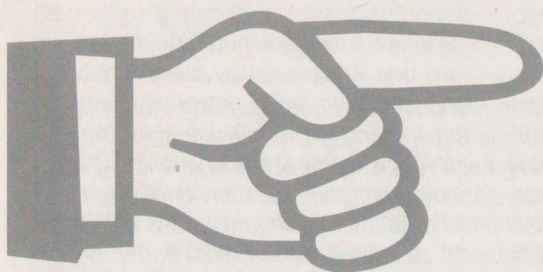
Bei vielen Implantatsystemen fehlen Langzeitstudien über einen wirklich angemessenen Zeitraum. Ganz problematisch wird es dann, wenn selbst ehemalige Hochschullehrer aus heiterem Himmel die Behauptung aufstellen, man könne jetzt aufgrund eines bestimmten Implantatdesigns nun alle Patienten sofort nach der Implantation mit festsitzendem Zahnersatz versorgen, ohne dass die bisher für notwendig erachtete Einheitszeit von drei bis ggf. neun Monaten abgewartet werden muss. Es gibt Zahnärzte, die bei entsprechender Bezahlung einer Herstellerfirma nicht einmal davor zurückschrecken, seit Jahrzehnten abgesicherte fachliche Grund-

sätze und Erkenntnisse zu unterlaufen.

Hinzukommt, dass Erfolgsquoten veröffentlicht werden, ohne dass die Kriterien für den Erfolg oder Misserfolg wissenschaftlich exakt definiert sind. Es werden Implantatsysteme auf den Markt geworfen, bei denen sogar angemessene klinische Untersuchungen oder Verlaufskontrollen über fünf Jahre völlig fehlen. Im Zusammenhang mit der oralen Implantologie stellt natürlich die Möglichkeit, verlorene Knochensubstanz durch die GBR zurückzugewinnen, eine faszinierende Behandlungstechnik dar. Aber auch auf diesem Gebiet nimmt das Angebot an Folien, das Angebot an Knochenersatzmaterialien, das Angebot an verschiedenen Anwendungstechniken rapide zu, so dass auch hier ein Überblick für den normalen Praktiker schwer zu erlangen ist. Insbesondere bei der sogenannten Sinus-Boden-Elevation bzw. der Sinus-Lift-Operation ist ein behutsamer Einsatz dieser Techniken angezeigt, deren Anwendung sich immer an der medizinischen Notwendigkeit des Behandlungsfalles orientieren sollte und nicht daran, was unter Einsatz aller verfügbaren Mittel machbar und erreichbar erscheint. Die Versorgung mit einer Totalprothese ist kein Behandlungsfehler. Ich bin der Meinung, dass alle implantologisch tätigen Zahnärzte oder Kieferchirurgen verpflichtet werden sollten, ihre implantologischen Behandlungsmaßnahmen über 20 Jahre zu dokumentieren, und den zuständigen Berufsverbänden regelmäßig Statistiken über die erfolgten Behandlungsmaßnahmen mitzuteilen, auch über die Implantatverluste bzw. über eingetretene Probleme insbesondere bei Implantationen

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



Eine Empfehlung
für Ihre Patienten



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

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

in Kombination mit knochenaufbauenden Maßnahmen. Die Zahnärzteschaft benötigt hier qualifizierte, umfassende Langzeitstudien, die ja im Bereich der knochenaufbauenden Maßnahmen, also bezogen auf die Sinus-Boden-Elevationen bzw. die Sinus-Lift-Operationen immer noch fehlen.

Insgesamt ist zu wünschen, dass insbesondere auf dem Gebiet der Parodontalchirurgie und der Implantologie jede geplante Therapie sorgfältig überlegt und

qualifiziert durchgeführt wird und dass Sinus-Boden-Elevationen oder Sinus-Lift-Operationen wirklich nur dann zur Durchführung kommen, wenn alle möglichen Alternativen ausscheiden. Der verständliche Wunsch nach festsitzen-dem Zahnersatz darf weder die Zahnärzte noch die Kieferchirurgen dazu verführen, wissenschaftlich nicht abgesicherte Behandlungsmethoden durchzuführen.

Dr. Gerd Ebenbeck, Regensburg

Keine leichte Aufgabe: Aufklärung ohne Marketing und Beeinflussung. Aber nur so kann ein mündiger Patient die ihm genehme Behandlungsrichtung bestimmen, zumindest darüber mitbestimmen. Die Forderung nach »ursachengerechter« Behandlungsplanung darf sich nicht auf medizinische oder zahnmedizinische Ursachen eingrenzen lassen, sondern hat auch soziale und wirtschaftliche Rahmenbedingungen des Patienten zu berücksichtigen. Der Zahnarzt hat dabei nicht zu kritisieren, dass vom harten Berufsalltag gebeutelte Patienten mit Burn - Out - Syndrom einem entspannenden Urlaub einer womöglich noch kostspieligeren Gebiss - Sanierung den Vorzug geben. Dr. Ulrich Zibelius, Zahnarzt aus Lemgo, schreibt zur Indikationsfindung:

Den Patienten entscheiden lassen

Eine alltägliche Situation, wie sie jeder Zahnarzt kennt: ein Patient mittleren Alters erscheint zu einer Routineuntersuchung in der Praxis, beschwerdefrei und durchaus zufrieden mit der Gesamtsituation seiner Mundhöhle. Wir sehen als Untersucher einen mäßig gepflegten Zahnbestand mit mehreren älteren Füllungen im Front- und Seitenzahnbereich, Verlust der Zähne 36 und 46 mit leichter Aufwanderung/Kippung von 37 und 47

nach mesial, Zahnstein in der UK Front, Parodontitis marginalis mit Taschentiefen bis 4mm, Abrasion der Eckzahnspitzen und Schliiffacetten im Molarenbereich. Die klinische Untersuchung ergibt keinen kariösen Befund, die Füllungen im OK Frontzahnbereich zeigen Randverfärbungen, die Amalgamfüllungen an einzelnen Molaren weisen leichte Randspalten und Kantenabbrüche auf. Die Vitalitätsprüfung der Zähne ergibt bei 25

ein nur fraglich positives Ergebnis. Funktionelle Beschwerden scheinen durch Befragen ausgeschlossen. Nicht wenige Zahnärzte/-innen würden in einem solchen Fall nach der Entfernung der Zahnsteinablagerungen den Patienten mit der Aufforderung entlassen, in ca. 6 Monaten zur nächsten Routinekontrolle wieder zu erscheinen. Dies geschähe mit einem durchaus guten Gefühl: keine dringend behandlungsbedürftigen Befunde, weitere Diagnostik scheint verzichtbar.

Denkbar ist aber auch, sich mit dieser Betrachtung der Dinge nicht zufrieden zu geben und nun in einen weitergehenden Prozess von Diagnostik und Therapie einzusteigen. Und, wir alle sind uns darüber im Klaren, auch dies geschieht jeden Tag ganz selbstverständlich in vielen Praxen. Die moderne Zahnheilkunde bietet hier ein immenses Reservoir an Möglichkeiten, und die zusätzliche Einbeziehung sog. naturheilkundlich-ganzheitlicher Betrachtungsweise läßt breitesten Raum für fortgesetztes Handeln. Das Dilemma liegt auf der Hand. Was braucht der Patient und was geschieht, wenn der Arzt mehr kann, als der Patient benötigt?

Und schon gebe ich mich auf ein äußerst glattes Parkett. Bei aller Fragwürdigkeit dieser These, ich möchte sie doch aufstellen, um damit einen Zündfunken für eine Diskussion zu liefern: Bestimmt wird die zahnmedizinische Therapie in einem erheblichen Maße weniger von dem, was der Patient braucht, als von dem, was der Arzt kann, und das ist eine ganze Menge, einschließlich der Fähigkeit, dem Patienten klar zu machen, was er benötigt, obwohl er es bislang noch gar nicht wußte.

Was in allen anderen Bereichen des gesellschaftlichen Zusammenlebens als durchaus legitim, in der Wirtschaft als geradezu notwendig und unbedingt erwünscht erachtet wird, im medizinischen Bereich und angrenzenden Gebieten gilt Bedarfsweckung als anrücklich, weil nicht patientenorientiert. Wem darf sie nützen, die Therapie?

Wir bewegen uns auf einem schwierigen Pfad, auf dem schmalen Grat zwischen Informationspflicht und Bedarfsweckung. Immer noch gilt als moralischer Imperativ für ärztliches Handeln das *primum nil nocere*, d.h., Zielrichtung ärztlichen Tuns muß zunächst das Herausfinden des objektiven Behandlungsbedarfs sein. Wenn wir dann noch jenen Kant'schen Imperativ dazunehmen, der fordert, niemandem etwas zuzumuten, was wir selbst nicht würden erleiden wollen, so sind damit Pflöcke in die Landschaft gesetzt, die eine gewisse Orientierung erlauben.

Ist dies so selbstverständlich, dass es niemand mehr hören kann, oder ist diese Prämisse in einem veränderten Gesundheitssystem (um nicht zu sagen Gesundheitsmarkt) verzichtbar geworden? Ich meine, weder - noch. Mit der zunehmenden Erweiterung medizinisch - technischer Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie wächst bei den Ärzten in gleichem Umfang die Verantwortung für einen bedarfsgerechten Einsatz ihrer Mittel. Dabei sind die Ärzte auch selbst den mit millionenschweren Werbeetats ausgerüsteten Marketingabteilungen der Industrie ausgesetzt, die ihre Entwicklungen angewendet sehen möchte. Jeder kennt sie, diese Werbetrommler, die der neuen Methode eine 100%ige Erfolgsgarantie attestieren, dem Anwender Scha-

ren neuer, begeisterter Patienten versprechen, weil er sich als moderner, innovativer Zahnarzt zeitgemäßer Lifestyle-Medizin ausweist, während der Nichtanwender als konservativer, vielleicht sogar etwas verschlafen wirkender Arzt von gestern im inzwischen auch unter den Medizinern spürbaren Wettbewerb das Nachsehen hat.

Nicht immer ist die Taktik so leicht durchschaubar wie bei jenem Anbieter von Laser-Technik in der ZHK, der seit einiger Zeit jedem Zahnarzt die »Lizenz zum lasern« als »Lizenz zum Geldverdienen« schon auf dem Briefumschlag schmackhaft machen möchte.

Aber nichts ist so schlecht, als dass es nicht noch als schlechtes Beispiel dienen könnte. So markiert dieses Unternehmen nicht nur die Gürtellinie des guten Geschmacks, sondern auch die der ärztlichen Ethik. Wenn medizinisches (Be-)Handeln in erster Linie jenem Impetus folgt, der Patientenorientierung als Instrument zur Umsatzsteigerung versteht, und als bedarfsgerecht ansieht, was dem Behandler nützt, wird es zu einer Bedrohung für den Patienten, zu einem Problem für das Selbstverständnis und das Ansehen des gesamten Berufsstandes. Angesichts eines so krassen Beispiels wie des eben genannten wird es nicht schwerfallen, Konsens zu erzielen, dass hier das Wohl des Patienten eben nicht im Vordergrund steht. Viel schwieriger wird es, im konkreten Behandlungsfall zu entscheiden, ob eine weitergehende Behandlung schon erforderlich, oder eine zurückhaltendere noch möglich erscheint. Hier hilft nur das aufklärende Gespräch, das den Pa-

tienten als mündigen und gleichberechtigten Partner sieht, dem nach Vorstellung der Vor- und Nachteile verschiedener Methoden die Entscheidung über die Behandlungsrichtung überlassen bleibt. Klingt gut, ist aber in der Praxis nur schwer umsetzbar, wird mancher einwenden. Richtig, aber wer hat denn behauptet, dass Zahnheilkunde, zumal unter den Gegebenheiten der Kassenpraxis, einfach sei?

Kurzmeldungen

Zur Beteiligung am Tag der Zahngesundheit am 25.09.2000 kann bei der DAZ-Geschäftsstelle **Informations-Material** angefordert werden (Tel: 0221-97300545).

Für den Einsatz am Patienten gibt es Infopakete beim Verein für Zahnhygiene und Informations-Material, besonders über die Fluoridanwendung (s.S.73), bei der **DAZ-Infostelle für Kariesprophylaxe** in 64503 Groß Gerau, Postfach 1352, Tel. 06152-81466, Fax-81788, oder auch im Kölner DAZ-Büro.

Erweiterung des DAZ-Central-Gruppenvertrages

Wie im letzten Forum berichtet, hat der Gruppenvertragspartner des DAZ, die Central Krankenversicherung, einen neuen Tarif für Ärzte und Zahnärzte herausgebracht, den Tarif KNZA. Er bietet günstigere Beiträge bei Ausschluss der Erstattung zahnärztlicher Leistungen und einer Selbstbeteiligung von 1000 Euro für Erwachsene, 500 Euro für Kinder.

Durch einen Zusatz ist KNZA (in der Tarifform G) jetzt in die Vereinbarung zwischen DAZ und Central aufgenommen worden. Das heißt, auch bei Wahl des KNZA können DAZ-Mitglieder jetzt die circa 5%ige Beitragsreduktion und die weiteren Vorteile des Gruppenvertrages in Anspruch nehmen. *IBO*

Defensive Zahnheilkunde aus Sicht der GKV

von Dipl.-Kfm. Martin Schneider,
Referatsleiter »Zahnärzte/Zahntechniker«
beim VdAK/AEV, Siegburg

1. Zahlen bzw. Fakten zum Versorgungsbereich:

Zahlen erhellen ja - einen gewissen Wahrheitsgehalt und eine gewisse Objektivität vorausgesetzt - manchmal die Analyse. Deshalb ist für einen Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung legitim, sich zunächst mit einigen wichtigen Rahmendaten bzw. Fakten zum zahnmedizinischen Versorgungsbereich auseinanderzusetzen:

— So betrug das gesamte GKV-Ausgabenvolumen (alte und neue Bundesländer) im Jahr 1998 für den vertragszahnärztlichen Bereich ca. 21 Mrd. DM. Addiert man zu diesem Betrag noch die Selbstbeteiligungen der Versicherten sowie die Ausgaben der privaten Krankenversicherung, so entstand 1998 in den

zahnärztlichen Praxen ein Umsatz von ca. 33 Mrd. DM.

— Zwischen 1985 und 1998 verdoppelte sich der »Privatanteil« (Selbstbeteiligungen + PKV-Anteile) an den gesamten Umsätzen der Zahnarztpraxen laut offiziellen KZBV-Statistiken von ca. 20% auf nunmehr fast 40%. Gerade dieser Effekt hat übrigens auch wesentlich zum relativen Rückgang des vertragszahnärztlichen Ausgabenanteils an den gesamten Leistungsausgaben der GKV in den letzten Jahren beigetragen.

— Und noch eine wichtige Kennzahl: In den alten Bundesländern stieg im gleichen Zeitraum die Anzahl der Vertragszahnärzte um fast 40% von knapp 30.000 im Jahr 1985 auf fast 42.000 im Jahr 1998 an.

— Und noch ganz nebenbei: Im internationalen Vergleich sind die Deutschen bei den Pro-Kopf-Ausgaben nach Erhebungen des Augsburger BASYS-Institutes nach wie vor »Weltspitze«.

— Allerdings hat sich die Mundgesundheit in den letzten Jahren in Deutschland ebenfalls enorm verbessert. So sank der für internationale Vergleiche gebräuchliche DMF-T-Index (12-Jährige) in den alten Bundesländern von 6,2 im Jahr 1980 auf nunmehr 1,4 im Jahr 1997. Überdies ist die Kariesprävalenz mittlerweile in allen Altersgruppen deutlich rückläufig.

— Da zukünftig weite Bevölkerungsschichten von prophylaktischen Effekten profitieren müssten - der oft thematisierte demographische Faktor im Bereich Zahnmedizin verläuft laut einer IGES-Studie aus dem Jahr 1991 sogar atypisch - dürfte der objektive zahnärztliche Behandlungsbedarf in Zukunft weiter zurückgehen.

— Beim Thema Qualitätssicherung treten wir in Deutschland allerdings nach

wie vor auf der Stelle. So führt die in diesem Bereich von den Spitzenkörperschaften der Zahnärzte »gepflegte« Non-Debatte in Verbindung mit den völlig unzureichenden Transparenzschriften dazu, dass sich ein erheblicher Teil der Vertragszahnärzte nach wie vor mit enormen Qualitätsdefiziten durch die Versorgung »mogeln« kann.

— Und es mutet in diesem Zusammenhang schon sehr seltsam an, dass in Budgetzeiten dieses Thema nicht schon zu offenen Revolten in den Vertreterversammlungen der KZVen geführt hat, denn hier wird der berufspolitisch in Budgetzeiten oft zitierte »Honorardiebstahl« gerade nicht primär durch vermeintlich unzureichende finanzielle Rahmenbedingungen im GKV-System selbst, sondern durch ein ureigenes internes Verteilungsproblem induziert.

Dass dies alles bei globaler Betrachtung zu einer offensichtlichen Willkür bei der Versorgung der GKV-Versicherten (s. Ergebnisse zur Befundqualität der WIdO-Studie 1999 »Markttransparenz beim Zahnersatz«) führt, kann dann auch niemanden mehr ernsthaft verwundern. Es muss zumindest eine gewisse Beliebigkeit bei der zahnärztlichen Behandlungsplanung konstatiert werden. Fasst man die gerade vorgetragenen Zahlen bzw. Fakten zusammen, so könnte man durchaus zu dem provokanten Zwischensatz gelangen:

»Zu viele Zahnärzte erbringen zu viele Leistungen - ohne dass einheitliche Befunde oder Behandlungsstrategien erkennbar wären - und dieses auch noch teilweise qualitativ schlecht und damit viel zu teuer!«

Wird dies als Fazit akzeptiert, so führt dies direkt zu der These:

»Weniger - aber dafür besser - wäre mehr!«

2. Regelungen zur Reform 2000

Und diese Gedanken müssen auch den Gesetzgeber bei der Konzeption der GKV-Gesundheitsreform geleitet haben. Und bei aller generellen Kritik an der Reform 2000 enthält diese doch zumindest für den vertragszahnärztlichen Bereich aus Sicht der GKV einige versorgungspolitische »Meilensteine«. Zu nennen sind hier insbesondere:

1. Die vollständige BEMA-Überarbeitung entsprechend einer *ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Zahnmedizin* bis zum 31.12.2001 (§87 Abs. 2d SGB V).
2. Die komplette Überarbeitung der Richtlinien (§92 Abs. 1a SGB V).
3. Die Erarbeitung von Richtlinien zur Qualitätssicherung (§136 b SGB V).

3. Leitbild einer »defensiv« ausgerichteten Zahnmedizin

Und so bieten gerade die vom Gesetzgeber vorgegebenen »Renovierungs- bzw. Modernisierungsarbeiten« des GKV-Leistungskatalogs die Chance zur Umsetzung einer »defensiv« ausgerichteten Zahnmedizin bzw. der Realisierung des Grundsatzes: »Weniger ist mehr!«. Wenn »defensiv« nämlich bedeutet, dass:

— die Vermeidung von Schäden oberste Priorität besitzt (= Ausbau von Primär- und Sekundärprävention zu Lasten der Tertiärprävention),

- falls eine Schädigung vorliegt, minimal-invasiven Behandlungskonzepten der Vorzug zu geben ist,
- die medizinische Notwendigkeit sowie der Behandlungsbedarf primär die Therapieentscheidungen und damit auch die Kosten für Versicherte und Kostenträger bestimmen,
- risikoorientierte Diagnostik, rationale Planung und objektive Aufklärung/Beratung den Standard in den zahnärztlichen Praxen bestimmen,
- der Anteil der sog. »Re-Dentistry« (Wiederholungsversorgungen) auf ein akzeptables Niveau zu reduzieren ist,

dann befänden wir uns bei konsequenter Umsetzung dieser Ziele in Deutschland auf einem guten Weg. Denn eins ist klar: Bei den weltweit höchsten Pro-Kopf-Ausgaben muss es eigentlich möglich sein, eine qualitativ hochwertige und moderne Versorgung für alle GKV-Versicherten in Deutschland zu organisieren. Das immer wieder gern verwendete Motto: »Mehr Geld ins System« hilft hier nicht weiter, denn mehr Finanzmittel für einen Bereich mit der Tendenz zu Überkapazitäten und partiellen Überversorgung sind gesundheitsökonomisch unter dem Primat knapper Ressourcen weder sinnvoll noch opportun und würden einer stringenten Kosten-Nutzen-Orientierung - gerade im internationalen Vergleich - wahrscheinlich nicht Stand halten.

Die Umsetzung einer »defensiv« orientierten Zahnmedizin bedeutet allerdings auch, dass sich viele Akteure im System von althergebrachten Konzepten und Paradigmen verabschieden müssen. Und bei der Umsetzung derartiger Ansätze

trifft man naturgemäß sehr schnell auf Probleme.

Betrachtet man beispielsweise die Füllungsversorgung (Abrechnungsfrequenz lt. KZBV in der BRD 1998: ca. 70 Mio Füllungen der BEMA-Nrn. 13a - 13g) an einem konkreten Beispiel, so treten sehr schnell diverse Fragen auf:

- Soll an einer bereits lange im Mund befindlichen Teilkrone im Seitenzahnbereich (erwachsener Versicherter) eine sich noch im Anfangsstadium befindende Karies durch die Anfertigung einer neuen Krone (z.B. Vollgußkrone) beseitigt werden oder genügt bei entsprechender Risikoprognose auch die - vielleicht nicht so ganz richtlinienkonforme - minimal-invasive Füllung?
- Oder führt im konkreten Fall eine lokale Fluoridierung an diesem Zahn - für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr derzeit überhaupt keine GKV-Leistung - noch zu einer Remineralisierung der vorhandenen Zahnschubstanz und damit zu einer sowohl »präventions«- als auch »ursachengerechten« Versorgung des Patienten?

Oder auf dieses Beispiel bezogen etwas abstrakter:

- Gelten die jahrzehntelang in Deutschlands Zahnarztpraxen bei der Füllungs-therapie angewandten »Black'schen Präparationsregeln (Grundsatz: »Extension for prevention« mit entsprechendem Verlust an Zahnschubstanz) unter den Rahmenbedingungen einer defensiven Zahnheilkunde weiter fort oder sind sie völlig obsolet geworden?
- Sollen zukünftig bei der Versorgung von GKV-Versicherten primär medizini-

sche bzw. wissenschaftliche Kriterien im Sinne einer leitlinienorientierten bzw. evidenz-basierten Versorgung (EbD) beachtet werden?

— Welche Wertigkeiten haben in diesem Zusammenhang ökonomische oder soziale Faktoren beim Patienten, welche eine unter »objektiven« Kriterien entstandene Therapieentscheidung durch subjektive Einflußgrößen unter Umständen »relativieren« bzw. »konterkarieren« könnten?

— Und beim lieben Geld? Welche Kosten werden bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen alternativer Versorgungsmöglichkeiten zugrundegelegt? Die isolierten Kosten für die GKV? Die gesamten Kosten für die Versorgung (GKV-Anteil + Versicherungsanteile)? Die gesamten Kosten zuzüglich sog. »indirekter Kosten«, welche in anderen Leistungssektoren der GKV entstehen können? Welcher Zeitkorridor ist bei der Messung derartiger Versorgungsindikatoren zugrunde zulegen?

— Oder generell: Wie kann ein eventuelles Spannungsverhältnis zwischen der Verteilung der finanziellen Ressourcen - auch innerhalb der zahnmedizinischen Teilbereiche (z.B. Zahnersatz versus Kieferorthopädie) - sowie »rein« medizinischen Kriterien unter der Zielsetzung einer defensiv ausgerichteten Zahnmedizin aufgelöst werden?

4. Perspektive für die GKV

Dieser Stich ins gesundheitspolitische Wespennest zeigt bereits deutlich, dass die Umsetzung einer defensiven Zahnheilkunde fachlich, politisch und ökonomisch eine große Herausforderung für alle Beteiligten darstellt. Allerdings muss an dieser Stelle deutlich davor gewarnt

werden, mehr oder weniger »absolutistisch« eine derartiges Leitbild umzusetzen, denn allein schon die Korrektive des Sozialrechts (ausreichend - zweckmäßig - wirtschaftlich) in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden zwangsläufig zu einer Relativierung bestimmter Behandlungs- bzw. Versorgungsansätze führen. Es besteht allerdings die Hoffnung, dass die insbesondere von marketing-lastigen Anbieterinteressen gesteuerte restaurative Versorgung durch entsprechende Anreize auf ein wirklich bedarfsorientiertes Maß zurückgedrängt wird.

Gelingt es allerdings, die zweifelsohne vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven aus dem »Über- bzw. Fehlversorgungsbereich« der GKV für die Umsetzung dieser »Grundidee« zu mobilisieren, so sind noch genug Finanzmittel für die Investition in bedarfs- und qualitätsorientierte Behandlungsansätze vorhanden. Und wenn dann noch im neuen BEMA das Geld der Leistung (Stichwort: leistungs- bzw. aufwandsgerechte Vergütung) folgt - umso besser.

Nur eins ist klar: Ohne ein klares Bekenntnis der Spitzenkörperschaften der Zahnärzteschaft zur konsequenten Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen sowie qualitätsgesicherten Behandlungsansätzen wird es mit der GKV keine abschließende Debatte über Ressourcen, Erstattungssysteme, Regel- und Wahlleistungen oder dergleichen geben. Hier findet sich der zahnärztliche Berufsstand ansonsten sehr schnell auf dem Abstellgleis der gesundheitspolitischen Agenda wieder.

Medizinethik oder allgemeine Moral sind gefragt und werden strapaziert, wenn derjenige, der den Anstoß zu einer Handlung gibt, gleichzeitig der ist, der diese Handlung selbst durchführt und wirtschaftlich davon profitiert. Dort wo Charakterstärke gefragt ist, liegt es nahe, der politischen Doktrin zu folgen: »Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.« Kontrollinstanzen stehen in hinreichender Menge zur Verfügung, z.B. bei den Körperschaften; sie nutzen oft nur ihren Freiraum unzureichend aus. Neue Instanzen sind eher geeignet, das bereits stark belastete Arzt - Patienten - Vertrauensverhältnis weiter zu schädigen. Handwerkszeuge zur Selbstkontrolle bei der Indikationsstellung könnten vielen Kollegen helfen, sich auf ihre originäre Aufgabe (zurück-) zu besinnen. Dr. Franz-Josef Schraad, Zahnarzt in Langenhagen, schreibt zur defensiven Zahnheilkunde:

...Und dann kommt die Moral

Prof. Gutowski hat einmal *die* Zahnärzte als die besten bezeichnet, die nicht nur gut arbeiten, sondern auch Skrupel haben. Dies hat zum einen fachliche Gründe. Je länger man in diesem Beruf arbeitet, um so zurückhaltender wird man in seiner Therapie und erkennt seine Grenzen. Zum anderen gibt es auch soziale Gründe. Es ist nicht sinnvoll, immer alles zu therapieren, was nach heutigem Stand des Könnens und Wissens therapierbar ist.

Für jeden Patienten sollte versucht werden, die für ihn richtige Therapie zu finden, und das mit dem Patienten zusammen, indem wir ihm auch zuhören. Leider degradieren sich heute immer mehr Behandler zu Therapieverkäufern. Die Schulungskurse hierfür erfreuen sich hoher Beliebtheit.

Defensive Zahnheilkunde hat gerade in der heutigen Zeit noch weitere Aspekte:

Sie ist z.B. ein Mittel, um das durch viele Umstände getrübt Patienten - Arzt Verhältnis wieder zu verbessern. Der Patient

fühlt sich wohler, wenn er das Gefühl hat, über die Therapie informiert worden zu sein, auch mitbestimmt zu haben, anstatt gleich in der ersten Sitzung einen Heil- u. Kostenplan in die Hand gedrückt bekommen zu haben, den er meist nicht versteht, erst recht nicht, wenn er zum Begleitblatt mit den Mehrkosten kommt.

Zurückhaltende Zahnmedizin erfordert aber auch, und das gerade in der heutigen Zeit der wirtschaftlichen Engpässe, viel Selbstdisziplin, indem man wirklich nur die Leistungen erbringt, die für die Behandlung notwendig sind, und nicht alle diejenigen, die abrechenbar sind. Man benötigt meines Erachtens z.B. kein Röntgenbild vor dem Exkavieren eines stark kariösen Zahnes, um zu sehen, ob die Pulpa in Gefahr ist oder nicht.

Es gibt für sämtliche Leistungen immer irgendwelche medizinische Begründungen. Gerade die Leistungen RÖ, ViPr, ÜZ, bMf, sK werden gerne als Beiwerk genommen. Hier lassen sich leicht pro Patient 50 DM mehr erwirtschaften. Bei meiner Praxis würde das ein zusätzliches Honorar von 100.000 DM pro Jahr bedeuten. *Hochgerechnet auf alle Zahnärzte...*

Dies ist sicherlich ein Zahlenspiel und trifft nicht so zu, aber in Zeiten knapper Budgets ist es sehr ärgerlich, wenn Kollegen, die vorwiegend von der Zahnerhaltung leben, sei es, weil der Patientenstamm nicht so zahlungskräftig ist, oder weil der Behandler nicht in der Krone das Heil für den Zahn sieht - solche soll es auch noch geben - durch manche Behandler in wirtschaftliche Nöte gebracht werden.

Defensive Zahnheilkunde hat also viele Vorteile:

Sie ist

1. häufig die bessere Therapie,
2. eine vertrauensbildende Maßnahme in der Beziehung Patient - Arzt und damit auch in der Beziehung Öffentlichkeit - Ärzteschaft,
3. notwendig, will man soziale Verantwortung übernehmen,
4. zwingend für eine langfristig gesicherte wirtschaftliche Existenz der Praxen.

Ich bin der festen Überzeugung, dass in der defensiven Zahnheilkunde unsere Zukunft liegt, auch wenn der Weg heute genau in die entgegengesetzte Richtung zu gehen scheint.

Der DAZ bedankt sich für die Unterstützung seiner Jahrestagung durch die Firma Praxis Expert GmbH, die als Gebietsrepräsentanz des NAV-Wirtschaftsdienstes in Berlin-Brandenburg fungiert. Sie bietet "strategische Finanzplanung und Unternehmensberatung für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker" an. Nähere Infos sind bei der DAZ-Tagung oder über Tel. 030-28526920 erhältlich.

Zahnweiß aus der Tube: Eine Illusion?

Werbeaussagen von Weißmacher-Zahnpasten nach Studienergebnissen nicht nachvollziehbar/ Zahnschäden möglich/ Verbindliche Definition fehlt

Früher hießen sie "Raucher-Zahnpasten" und führten ein Schattendasein. Heute nennt man sie Whitening- oder Weißmacher-Zahncreme und sie haben rund 20 Prozent Marktanteil erreicht. Sie reinigen jedoch nicht besser als eine herkömmliche Zahnpasta, manche verursachen sogar mehr Schäden. Zu diesem Ergebnis kommt eine Laboruntersuchung von Prof. Dr. Thomas Imfeld vom Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Epidemiologie der Universität Zürich. Imfeld testete dabei Reinigungsvermögen, Abrasions- und Anrauungspotenzial von elf Whitening-Zahnpasten und verglich die Ergebnisse mit denen von normalen Zahnpasten. Fünf der elf Weißmacher-Produkte reinigten ebenso gut, aber nicht besser, als die unter den gleichen Bedingungen geprüften normalen Zahnpasten. Drei reinigten sogar schlechter, lediglich drei brachten mehr Verfärbungsentfernung.

Die Mehrzahl der Produkte verursachte aber einen höheren Abrieb (Abtragung gesunder Zahnschubstanz) und eine stärkere Anrauhung auf Dentin (Zahnhals). Verbraucher mit freiliegenden Zahnhälsen sollten sie deshalb nicht regelmäßig oder mehrmals täglich benutzen, rät Imfeld.

Aus einer Pressemeldung der GABA Elmex Forschung

Für mehr Zurückhaltung

Vor 15 Jahren habe ich bei einem Patienten im Ober- und Unterkiefer einen Teleskopersatz mit je 4 Teleskopen im Ober- und Unterkiefer eingegliedert. Eigentlich müsste ich mich freuen, denn der Ersatz ist nach wie vor funktionsfähig. Ursprünglich war von den 8 Pfeilerzähnen einer wurzelbehandelt; heute sind alle Zähne wurzelbehandelt und zwei mussten wegen Wurzelfraktur extrahiert werden. Auch wenn ich dem Patienten über 15 Jahre seine Kaufähigkeit erhalten habe, so stimmt mich das Ergebnis doch nachdenklich. Insgesamt 7 Zähne sind als Folge der Behandlung in der Zwischenzeit abgestorben und mussten wurzelbehandelt werden. Dieser iatrogene Schaden lässt sich auch durch die erfolgreichen Wurzelbehandlungen nicht schön reden. Die Behandlung war aggressiv; es wurde viel gesunde Zahnschubstanz - bedingt durch das Therapiekonzept - weggeschliffen. Sehr viele Dentinkanälchen wurden eröffnet. Was einmal weggeschliffen ist, ist jedoch für immer verloren! Hahn (Uni Tübingen) erklärte vor zwei Jahren bei der Flensburg-Fördertagung, das Risiko eines überkronten Zahnes, nekrotisch zu werden, liege bei 25% in den nächsten vier Jahren! In Deutschland sind zahnschonende Verfahren vom Gesetzgeber benachteiligt: Die obsoleten Gebührenordnungen kennen weder minimalinvasive Therapie noch Adhäsivbrücken (zumindest im Bema) oder gar Adhäsivattachments. Beihilfestellen bezahlen den Mehraufwand nicht (weil verfahrensbedingt und nicht in der Person des Patienten begründet) und Kassenpatienten müssen sich ihre

gesunden Nachbarzähne abschleifen lassen, wenn die Kasse die Versorgung einer Zahnücke bezuschussen soll - oder alles selbst bezahlen. Ein Alptraum, wenn man an die potenziellen Schäden durch die Behandlung denkt!

Dan Fischer teilt zahnärztliche Maßnahmen nach dem Grad ihrer Invasivität ein. Prophylaxe ist danach am wenigsten invasiv, auf den nächsten Treppenstufen finden wir Bleaching, kleine Füllungen, große Füllungen, laborgefertigte Inlays, Kronen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen und Implantate. Diese Reihenfolge sollte man sich bei jeder zahnärztlichen Behandlung vor Augen halten, denn jeder Schritt weiter ist ein Schritt näher an der letzten Stufe. Wir können und wollen unseren Patienten heute ihre eigenen Zähne ein Leben lang erhalten. Wenn man einmal davon ausgeht, dass keine zahnärztliche Arbeit ewig hält, dann sollte man versuchen, den Invasivitätsgrad möglichst niedrig zu halten, um für eine eventuell später notwendige Neuanfertigung ein Maximum an Zahnschubstanz erhalten zu haben. Das heißt, man sollte versuchen, die nächste höhere Invasivitätsstufe erst in einem möglichst hohen Lebensalter des Patienten zu betreten. Anders gesagt: ein Zahn, der bereits mit 20 Jahren überkront ist, hat sehr viel geringere Chancen, ein Leben lang erhalten zu werden als ein Zahn, der mit 65 Jahren überkront wird. Unter diesem Aspekt sollten wir auch die Reparatur zahnärztlicher Rekonstruktionen neu überdenken, denn dabei werden immer weniger Dentinkanälchen angeschnitten als bei einer kompletten Erneuerung!

Dr. Winfried Zeppenfeld, Flensburg

Kollege Zeppenfeld aus Flensburg ist ausweislich seiner Praxisführung und seiner Fortbildungstätigkeit ein anerkannter Experte für defensive Therapiekonzepte, die er mit hohem Qualitätsanspruch auch umsetzt. Im nachfolgenden Brief vom April '99 an Frau Ministerin Fischer beschreibt und begründet er seine Methodik, weist aber auch auf die Notwendigkeit einer angemessenen Vergütung hin.

Eckpunktepapier / Mehrkostenregelungen

Sehr geehrte Frau Ministerin,

es ist sicher wünschenswert, wenn jedem Bürger dieses Landes eine Grundversorgung an ärztlichen Leistungen kostenfrei zur Verfügung steht. Wie Sie wissen, sind diese Leistungen aber auf ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig beschränkt.

In der Zahnmedizin hat es in den letzten Jahren sehr viele Neuerungen gegeben, die deutlich bessere Behandlungsergebnisse ermöglichen als alles, was wir vorher gekannt haben. Leider sind aber fast alle diese Verfahren zeitaufwendiger und außerdem z.T. mit hohen Investitionen verbunden. In einigen Fällen decken die Kassenhonorare dann nicht einmal die Hälfte der während der Behandlung anfallenden Praxiskosten.

Solche Leistungen können dem Patienten folglich nicht angeboten werden, es sei denn, der Patient zahlt die Behandlung im vollen Umfang selbst und verzichtet dabei auf das Kassenhonorar, für das er Beiträge bezahlt hat (Zuzahlung ist im Sachleistungssystem ja ausgeschlossen).

Das halte ich jedoch für in hohem Maße unsozial! Vor der Zuzahlungsregelung bei den Füllungen hatte ich viele Patienten, die aufwendige Kompositfüllungen in voller Höhe aus eigener Tasche bezahlt ha-

ben, weil sie kein Amalgam wollten und Zuzahlung verboten war. Ich habe das immer für ungerecht gehalten!

Die Mehrkostenregelung hingegen bringt für alle Beteiligten erhebliche Vorteile (s. auch Abb.1 bis 3):

- Der **Patient**, der eine Leistung wünscht, die über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche hinausgeht, kann eine höherwertige Leistung bekommen, ohne dass er für diesen Wunsch mit dem Verlust des Kassenhonorars bestraft wird. Die Mehrkosten bei einem Gold- oder Keramikinlay sind außerdem 2 bis 5 mal so hoch wie bei einer nach Zeitaufwand berechneten Kompositfüllung. Trotzdem möchten die Patienten dabei die Leistung in Anspruch nehmen, für die sie Beiträge bezahlt haben
- Die **Kasse** spart Geld, wenn ich bei einem Patienten in 45 bis 60 Minuten eine perfekte Kompositfüllung anstelle einer in 10 Minuten hingekachelten Sozialfüllung lege. In der zusätzlichen Behandlungszeit für diese eine Füllung fällt kein weiteres Kassenhonorar an, so daß die Ausgaben der Kasse sinken. Meine Arbeitszeit ist schließlich begrenzt! Außerdem würden bei minderwertiger Arbeit zwangsläufig frühere und höhere Folgekosten anfallen.

- Mir als **Zahnarzt** bietet die Mehrkostenregelung die Möglichkeit, auch gesetzlich Versicherte hochwertig, d. h. nach aktuellem Stand der Wissenschaft zu versorgen und dabei ein angemessenes Einkommen zu erzielen, statt Pleite zu gehen. Kompositfüllung als Kassenleistung ist bekanntlich ruinös - für den Zahn oder für die Praxis! Außerdem ist für mich natürlich der Befriedigungswert guter Arbeit viel höher, und Motivation steigt bekanntlich die Qualität.

Es wäre deshalb im Sinne einer guten Zahnheilkunde mehr als wünschenswert, die Zuzahlungsmöglichkeit - außer bei Füllungen - auch auf andere Bereiche auszuweiten. Mehrkostenregelungen sind die einzige Möglichkeit, hochwertige Versorgungen, die über das Maß des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen hinausgehen, auch für gesetzlich Versicherte zugänglich zu machen. Sonst bleiben diese Leistungen auf Patienten beschränkt, die so viel Geld haben, daß sie auf das Kassenerstattung verzichten können.

Damit sind sowohl deutliche Qualitätsverbesserungen als auch Einsparungen möglich, wie ich Ihnen weiter unten an 2 Beispielen darlegen möchte.

Kürzlich las ich in der Zahnarztwoche (DZW), daß Mehrkostenregelungen laut Eckpunktepapier eine „Fehlsteuerung der zahnmedizinischen Versorgung bewirken sollen, da nicht ausschließlich die Bedürfnisse der Patienten, sondern auch betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte das Behandlungsgeschehens bestimmen“. Das klingt auf den ersten Blick vernünftig, ist jedoch nicht zu Ende gedacht! Auch betriebswirtschaftli-

che Gesichtspunkte bestimmen immer das Behandlungsgeschehen - der Zahnarzt muß schließlich von seiner Arbeit leben. Es wird doch wohl niemand ernsthaft annehmen, daß im Sachleistungssystem betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte keinen Einfluß auf das Behandlungsgeschehen hätten! Es ist eminent wichtig, daß zwischen dem Zeitaufwand für das Erbringen einer Leistung und der Vergütung ein vernünftiger Zusammenhang besteht, da die meisten Kosten in der Praxis zeitabhängig sind (z.B. Miete, Gehälter, Zinsen etc.).

Die Auswirkungen sind doch bereits jetzt offensichtlich! Es ist heute möglich, stark geschädigte und geschwächte Zähne mit geklebten Füllungen zu versorgen, statt sie zu überkronen. Diese Verfahren sind allerdings sehr zeitaufwendig und betriebswirtschaftlich nur mit einer Mehrkostenregelung machbar.

Wir gehen in unserer Praxis so vor, daß wir die Zeit stoppen und die Mehrkosten nach tatsächlichem Zeitaufwand berechnen.

Ohne Mehrkostenregelung müßten solche Zähne überkront werden, da die Füllungsvergütung betriebswirtschaftlich völlig unzureichend sind. Aber auch die Zahnersatzhonorare sind in Deutschland - auch im internationalen Vergleich - keineswegs üppig, insbesondere, wenn man hohe Qualitätsansprüche stellt, z.B. Arbeit mit Lupenbrille, Stereomikroskopkontrolle, perfekte, interferenzfreie Kauflächengestaltung etc. Wie macht man eine gute Krone in weniger als 40 Minuten? Betrachtet man das Ganze von der Kostenseite, so sind die Auswirkungen grotesk. Bei einer größeren mehrflächigen Kunststofffüllung zahlt der Patient bei uns in der Regel zwischen 100 DM

und 250 DM dazu; die Kasse (AOK-Punktwert) zahlt 58,90 DM. Wird der Zahn hingegen überkront, so zahlt der Patient je nach Metall und evtl. Verblendung zwischen 280 DM und 450 DM; die Kasse wird mit einem ähnlichen Betrag belastet.

Für den Patienten ergibt sich darüber hinaus der Nachteil, daß unnötig viel gesunde Zahnschubstanz geopfert werden muß, wenn der Zahn überkront wird. Wer jahrelang im Sachleistungssystem mit völlig unzureichenden Füllungshonoraren arbeitete, kam zwangsläufig zu dem Ergebnis, daß Zähne mit größeren Defekten überkront werden mußten, weil es betriebswirtschaftlich gar nicht anders ging. So ist es nicht weiter erstaunlich, daß in Deutschland genau so viele Zahntechniker wie Zahnärzte arbeiten, während in anderen Industrieländern auf einen Zahntechniker drei Zahnärzte kommen.

Ein anderes Problem ist die rasante wissenschaftliche Entwicklung: Der Abstand zwischen dem zahnmedizinischen Machbaren und der Gebührenordnung wird immer größer, weil die Gebührenordnung gar nicht so schnell angepaßt werden kann: die GOZ (für Privatleistungen) gilt unverändert seit 1988, der Bema (für Kassenleistungen) ist im wesentlichen seit 1965 unverändert.

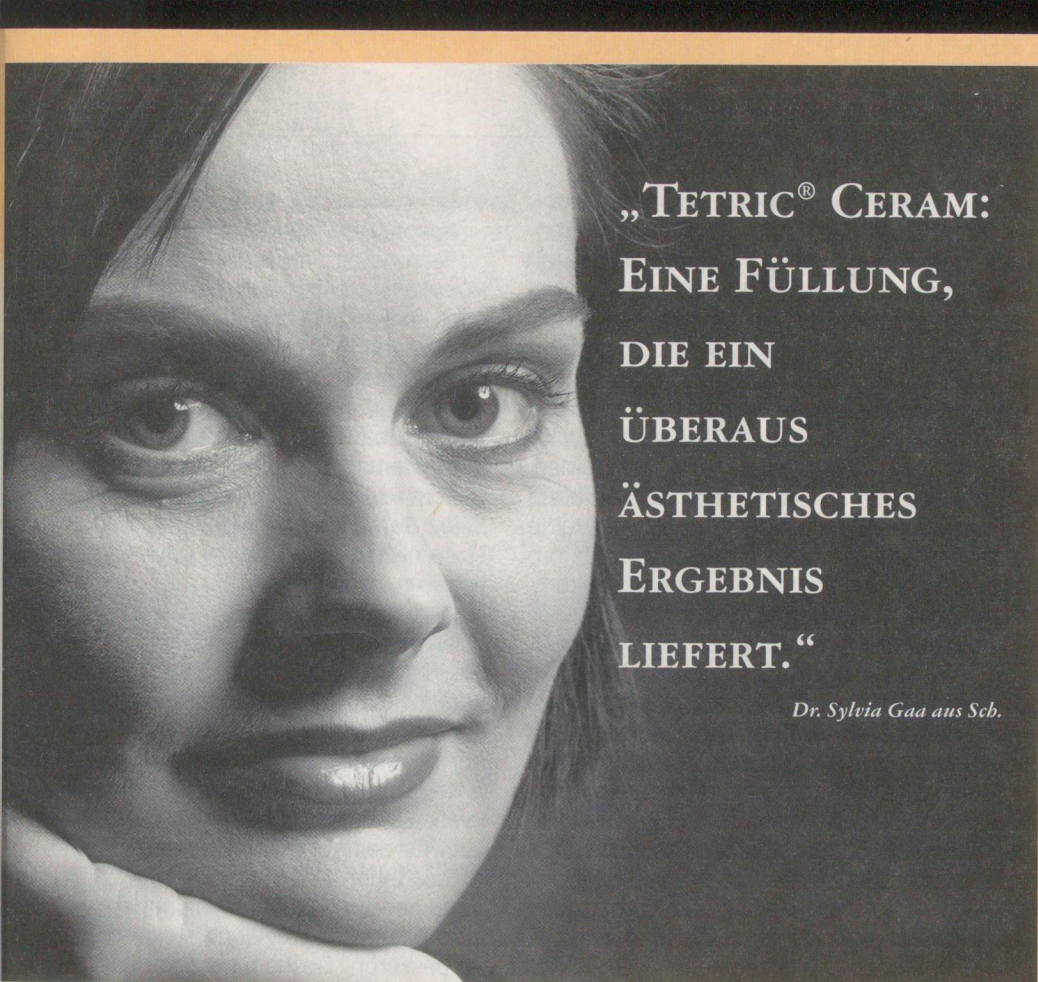
Neue Füllungsmaterialien und neue Verfahren - drei bis vier mal zeitaufwendiger als die alten Amalgamfüllungen - ermöglichen in vielen Fällen ästhetisch ansprechende Versorgungen, die zahnchonender und kostengünstiger (für Kasse und Patient) sind als die üblichen Überkronungen. Das gilt insbesondere auch für Frontzähne. Ich bin der festen Überzeugung, daß die Mehrkostenrege-

lung die einzige Möglichkeit ist, gesetzlich versicherten Patienten weiterhin eine gute und zahnchonende Zahnheilkunde anzubieten. Ich halte es jedoch für falsch, für aufwendige Kompositrestaurationen seitens des Verordnungsgebers höhere Vergütungen festzulegen; damit wird wiederum eine willkürliche Behandlungszeitgrenze gezogen, oberhalb derer aus betriebswirtschaftlichen Gründen nur eine Überkronung möglich ist.

In den vergangenen Jahren haben Hunderte von Patienten die Mehrkostenregelung bei uns in Anspruch genommen. Diese Patienten nehmen inzwischen sogar monatelange Wartezeiten auf Behandlungstermine in Kauf, weil sie verstanden haben, daß sie durch die Zuzahlung eine exzellente Leistung erhalten, die preiswert, das heißt ihren Preis wert ist (s. Abb. 1b und 3). Wie soll ich die Ansprüche dieser Patienten bei einem Zuzahlungsverbot erfüllen? Wie soll ich dem Patienten klarmachen, daß eine Behandlung, die bisher eine dreiviertel Stunde dauerte, in weniger als 15 min durchgeführt werden muß? Soll ich dann etwa auch noch erklären, dass das selbstverständlich alles ohne Qualitätseinbußen möglich sei?

Die Patienten haben wenig Verständnis dafür, daß ihnen moderne, aufwendige Behandlungen vorenthalten werden müssen, nur weil sie nicht in der Gebührenordnung aufgeführt sind oder eine Zuzahlung verboten ist.

Es wäre sehr sinnvoll, Mehrkostenregelungen auch auf andere Bereiche, insbesondere die Wurzelbehandlungen auszuweiten. Auch das möchte ich Ihnen an einem Beispiel erläutern: Vor einigen Monaten habe ich einem Patienten einen stark zerstörten Backenzahn (Zahn



„TETRIC® CERAM:
EINE FÜLLUNG,
DIE EIN
ÜBERAUS
ÄSTHETISCHES
ERGEBNIS
LIEFERT.“

Dr. Sylvia Gaa aus Sch.

Tetric® Ceram

*Die plastische Keramik
für ästhetische Füllungen*

- erfüllt die ästhetischen Ansprüche Ihrer Patienten
- hohe Kaudruckstabilität
- zuverlässige Randdichtigkeit durch abgestimmtes Adhäsivsystem
- traumhaftes Handling

≡ VIVADENT ≡

Telefon (079 61) 8 89-0, Telefax (079 61) 5 42 17

E-mail: info@vivadent.de

Internet: <http://www.vivadent.de>

24) mit drei Wurzeln durch eine Wurzelbehandlung erhalten können. Die Behandlung dauerte 2 Stunden und 45 Minuten für ein perfektes Ergebnis durch dreidimensionale Wurzelfüllung mit warmer Guttapercha (vertikale Kondensation nach Schilder), ein Verfahren, das in Deutschland wegen des hohen Aufwandes praktisch nie angewandt wird. Das Kassenhonorar (Trep1, 3WK, Med, 3WF, 2RÖ2, 2bmF =DM 303,-) hätte nicht einmal ausgereicht, um die Hälfte in der Praxiskosten (1998: 290 DM pro Stunde bei mir ohne Zahnarzteinkommen und ohne Laborkosten) zu decken. Nur durch eine am Zeitaufwand orientierte Mehrkostenvereinbarung und Kostenerstattung war es möglich, diesem Patienten den Zahn zu erhalten und das Beschleifen des gesunden Nachbarzahnes für eine Brücke zu vermeiden.

Außerdem wäre die Krankenkasse bei einer Extraktion und Versorgung mit Keramik-Verblendbrücke mit Kosten von 1150 DM belastet worden; der Patient hätte bei nicht erfülltem Bonus einen Eigenanteil in gleicher Höhe plus 150 DM für die Edelmetallmehrkosten gehabt. Der Zeitaufwand war hier sicherlich extrem, aber auch unter normalen Bedingungen dauert die Behandlung eines dreiwurzeligen Zahnes auf diesem Qualitätslevel etwa 2 Stunden, d.h. das Honorar deckt etwas mehr als die Hälfte der Praxiskosten, und die Behandlung ist in jedem Fall ein Verlustgeschäft, also aus betriebswirtschaftlicher Vernunft nicht durchführbar. Durch die Mehrkostenberechnung hatte der Patient hingegen folgende Vorteile:

- Der Zahn konnte erhalten werden.
- Der gesunde Nachbarzahn wurde nicht beschliffen.

- Die Kosten waren niedriger als bei der ansonsten notwendigen Brückenversorgung.

Hülsmann stellte 1998 fest, daß im Bereich der Wurzelbehandlungen in Deutschland in den letzten 20 Jahren keine Fortschritte erzielt wurden, daß bis zu 65% Misserfolge auftreten, während es in vergleichbaren Industrieländern starke Verbesserungen gegeben hat und Erfolgsquoten von über 80% publiziert werden. Seine Bemerkung am Ende des Artikels, es sei nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen, ob die Honorarsituation in Deutschland die Ergebnisse beeinflusst hätte, ist für Insider der blanke Zynismus.

Ein Kollege, der in Amerika die 3 jährige Fachausbildung für Wurzelbehandlungen mitgemacht hat, berichtete, er sei bei der Abschlussfeier mit den Worten nach vorne gebeten worden, es müsse ja auch jemand aus einem Entwicklungsland für das Abschlussfoto in der ersten Reihe stehen.

Auch bei den Wurzelbehandlungen wäre eine Mehrkostenregelung zur Qualitätsverbesserung deshalb sehr sinnvoll. Nur so können Patienten, die eine Versorgung auf höchstem Niveau wünschen, diese erhalten, ohne mit dem Verlust der Kassenerstattung bestraft zu werden. Durch Mehrkostenvereinbarungen bei Wurzelbehandlungen ließen sich Zahnersatzkosten in erheblicher Höhe sparen, und die Zuzahlungen für die Patienten wären deutlich geringer als beim sonst erforderlichen Zahnersatz.

Fazit: Angemessene Vergütungen ermöglichen gute Arbeit, zu niedrige Honorare hingegen bedeuten zwangsläufig schlechte Arbeit oder Ausweichen auf besser bezahlte Alternativtherapien. Weiteres Senken der Zahnersatzhonorare

re führt zu Qualitätsverlusten und kürzerer Lebensdauer der Restaurationen mit hohen Folgekosten.

Viele unsere Patienten wünschen eine hochwertige Versorgung auf der Basis der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Sie sind gerne bereit, den damit verbundenen Mehraufwand selbst zu tragen. Sie haben wenig Verständnis dafür, daß dies für pflichtversicherte Patienten aufgrund des Zuzahlungsverbots nicht möglich ist. Einige verzichten dann sogar auf

die Kassenerstattung und ziehen es vor, die Behandlung in voller Höhe selbst zu bezahlen (s. Abb. 3), eine sehr unbefriedigende Lösung.

Sehr geehrte Frau Fischer, Mehrkostenregelungen bieten erhebliche Vorteile für alle Beteiligten im Sinne einer hochwertigen und kostengünstigen Zahnmedizin.

*Dr. W. Zeppenfeld,
Flensburg*



Abb.1a: Erneuerungsbedürftige Amalgamfüllungen an zwei unteren Backenzähnen. Röntgenologisch sichtbare Karies unter den Füllungen sowie die unzureichende Gestaltung des Kontaktpunktes, (Reinigung des Zahnzwischenraumes mit Zahnseide unmöglich) machten die Erneuerung der Füllungen erforderlich.



Abb.1b: Kompositfüllungen (Material: Tetric Ceram) unter absoluter Trockenheit in Schichttechnik gelegt: Situation aus Abb.1a ein Jahr nach dem Legen der Füllungen.



Abb.2: Ein Jahr alte Kompositfüllungen bei drei und unteren Backenzähnen: die Füllungen stehen über und sind ganz oder teilweise herausgebrochen. Solche katastrophalen Ergebnisse sind die häufige Folge, wenn man versucht, Seitenzahnkompositfüllungen in dem Zeitrahmen zu erbringen, den das Kassenhonorar ermöglicht. Diese Materialien verzeihen im Gegensatz zu Amalgam keine Fehler.

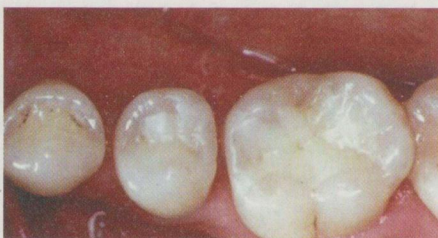


Abb.3: Sechseinhalb Jahre alte Seitenzahnkompositfüllungen (Material: Tetric). Der Patient bezahlte die Füllungen in voller Höhe selbst, da die Mehrkostenregelung '92 noch nicht existierte. Dennoch war diese Versorgung für ihn kostengünstig: für ein Gold- oder Keramikinlay hätte er 3-4mal soviel bezahlen müssen. Auch die Überkronung wäre wesentlich teurer gewesen und es hätte zudem unverantwortlich viel gesunde Zahnschubstanz geopfert werden müssen.

Politisch betrachtet aus der Sicht der CDU

Wolfgang Lohmann MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU- Bundestagsfraktion zum Thema: Defensive Zahnheilkunde

Der Begriff »Defensive Zahnheilkunde« ist noch unbekannt, selbst in Kreisen der Zahnärzteschaft stößt man auf Achselzucken. Aus den Beiträgen, die Hauptthema dieses Heftes sind, erschließt sich einem Laien - zu dem auch ich mich in diesem Falle zähle -, dass sich dahinter eine substanzschonende, präventionsorientierte Behandlungsform verbirgt. Man könnte es auch etwas salopper formulieren und sagen: Weniger ist oftmals mehr. Diese Aussage gilt in ihrer Generalität aber weder für die Medizin im Allgemeinen noch für die Zahnmedizin im Besonderen. Vielmehr hat der behandelnde Zahnarzt im Einzelfall zu entscheiden, welche Maßnahmen erforderlich sind, um eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche zahnmedizinische Versorgung des Patienten zu garantieren.

Die »Defensive Zahnheilkunde« hat sich diesen Aspekt zum Inhalt gemacht und will auf diesem Wege mit dazu beitragen, dass der Diskussion um die Expansion zahnärztlicher Leistungen der Boden entzogen wird. Vor allen Dingen im Bereich des Zahnersatzes waren in der Vergangenheit besonders hohe Ausgabenzuwächse zu verzeichnen. Gleichzeitig belegten wissenschaftliche Studien, dass Zahnersatz durch Prophylaxe weitgehend vermieden werden kann. Als Voraussetzungen hierfür werden eine flächendeckende prophylaktische

Betreuung im Kindheits- und Jugendalter und entsprechende präventive Betreuungskapazitäten für Erwachsene angesehen.

In Deutschland sind diese Voraussetzungen gegeben. Verschiedene Bundesländer haben gruppenprophylaktische Maßnahmen mit Erfolg durchgeführt. Außerdem hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsreformgesetz und dem Gesundheitsstrukturgesetz insbesondere für Kinder und Jugendliche ein weiteres umfangreiches Bündel an prophylaktischen Maßnahmen eingeführt.

Vor diesem Hintergrund hat die unionsgeführte Bundesregierung im Beitragsentlastungsgesetz den Zahnersatz für Kinder und Jugendliche, die nach 1978 geboren sind, aus der Leistungspflicht der Kassen herausgenommen. Um unbillige Härten zu vermeiden, waren Ausnahmen für Missbildungen und Unfälle vorgesehen. Die noch vorhandenen leistungsrechtlichen Lücken in der präventiven Betreuung bei Schwangeren, Kleinkindern von der Geburt bis zum Kindergartenalter sowie bei Erwachsenen sind von der unionsgeführten Bundesregierung mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz geschlossen worden. Für diese Maßnahmen, vor allen Dingen wegen des Wegfalls von Zahnersatz für Kinder und Jugendliche, die nach 1978 geboren sind, ist die Union im Bundestagswahl-

Kompetenz auf höchster Ebene!

forum	service	geräte	edv	concept	material
-------	---------	--------	-----	---------	----------

*Unternehmerisches
Denken und Handeln*

- Vorträge
- Workshops
- Trainings
- Seminare

*Technischer Kunden-
dienst*

- Montage
- Reparatur
- Wartung
- Prüfung

*Beratung und Ver-
kauf von Hightech-
Geräten*

- Laser
- Röntgen
- Prophylaxe
- Behandlungs-
plätze
- Labor-
einrichtung
- Möbel

*Beratung und Ver-
kauf von digitalen
Systemen*

- digitale
Vernetzung
- Software
- Hardware

*Optimale Ideen für
höchste Ansprüche,
ständige Ausstellung*

- Planung
- Ergonomie
- Objekte
- Analyse
- Finanzierung

Übersicht im Katalog

- Verbrauchs-
material
- Instrumente
- Zähne

Internet: <http://www.multident.de>

e-mail: info@multident.de



MULTIDENT
HANSEN · HEISE · HAMMER

Partner
für Praxis & Labor

BERLIN · BRAUNSCHWEIG · BREMEN · GÖTTINGEN · HALLE/LEIPZIG · HAMBURG · HANNOVER · MAGDEBURG · NEUMÜNSTER · OLDENBURG · PADERBORN · ROSTOCK/STRALSUND · SCHWERIN

0339 056311 054211 055511 03346050 03401 055111 033911 0343211 04411 0552511 033811 033891
2424297 25810-0 302910 61032 50300 514004-0 53006-0 62553-0 58973 93080 1632-0 200819182 06202223

kampf 1998 hart gescholten worden und die rot-grüne Bundesregierung hat im Solidaritätsstärkungsgesetz den Zahnersatz wieder in den Leistungskatalog eingeführt.

Heute hat sich die öffentliche Meinung gewandelt. Selbst Journalisten, die der Union nicht nahe stehen, erkennen unter Hinweis auf Studien (z.B. der Charité in Berlin) an, dass Zahnersatz durch Prophylaxe weitgehend vermieden werden kann und die präventiven Bemühungen zu einer Verbesserung der Mundgesundheit führen. Internationale vergleichende Studien belegen mittlerweile, dass Deutschland bei der Mundgesundheit einen der vorderen Plätze einnimmt.

Mit der abnehmenden Bedeutung des Zahnersatzes gehen Bedeutungszuwächse von zahnerhaltenden Maßnahmen einher. Dies führt zu der gegenwärtig von der Selbstverwaltung diskutierten Frage, wie dieser Bedeutungswandel im Leistungskatalog nachvollzogen werden kann. Unabhängig von dieser Frage scheint mir die »Defensive Zahnheilkunde« aber den Finger auf ein anderes Problem zu legen, nämlich, welche medizinisch notwendigen zahnärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Einzelfalles zu erbringen sind. Da die Ausfüllung des Begriffes »Notwendig« naturgemäß nicht einfach ist, wäre es wünschenswert, wenn mit Hilfe der »Defensiven Zahnheilkunde« eine Definition dessen erfolgen könnte, was medizinisch notwendig respektive angemessen ist. Dabei treten naturgemäß Fragen der Qualitätssicherung in den Vordergrund, deren Beantwortung in der Regel durch die medizi-

nischen Fachgesellschaften erfolgt. Insofern erlaube ich mir darauf hinzuweisen, dass es hier möglicherweise Überschneidungen mit den Zielen der »Defensiven Zahnheilkunde« gibt.

Weil die Eingrenzung dessen, was im Einzelfall medizinisch notwendig ist, sehr schwierig, der Patient meistens mit dieser Frage überfordert, und der Zahnarzt, der die Frage zu entscheiden hat, gleichzeitig derjenige ist, der die Behandlung selbst durchführt und wirtschaftlich von ihr profitiert, wird oftmals unterstellt, die Zahnärzteschaft sei primär an ihrem persönlichen wirtschaftlichen Erfolg interessiert und weniger an der Frage, was medizinisch notwendig ist. Diesen Zielkonflikt glauben vor allen Dingen Sozialdemokraten nur dadurch bewältigen zu können, dass sie der Zahnärzteschaft grundsätzlich mit Misstrauen begegnen und sie durch Vorschriften in ihrem Verhalten bändigen wollen.

Bestes Beispiel hierfür sind die sog. sektoralen Budgets, die zwar verhindern, dass die wirtschaftlichen Blütenträume der Zahnärzteschaft reifen, gleichzeitig aber auch den Traum des Patienten von einer angemessenen medizinischen Versorgung jäh zerstören. Denn die Folge von Budgetierung ist die Rationierung zahnmedizinischer Leistungen. Mit staatlich ausgeübter und gesetzter Kontrolle kann eine angemessene zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung auf Dauer nicht aufrechterhalten werden.

Wenn man verhindern will, dass zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer überzogene zahnmedizinische Leistungen angeboten werden,

und erreichen will, dass die zahnmedizinisch notwendige Versorgung sichergestellt wird, dann ist es erforderlich, das System so auszugestalten, dass die Zahnärzte hinreichend Anreize finden, eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Versorgung vorzunehmen. Ich denke, dies ist am ehesten möglich, wenn man den Patienten als mündigen Bürger wahrnimmt und ihm auch ein gewisses Maß an Eigenverantwortung zugesteht. Darüber hinaus sind auf der Seite der Leistungserbringer Wettbewerbsselemente in das System hineinzutragen, wobei ich dafür stehe, dass es hierbei nicht zu einer Zerschlagung der öffentlich-rechtlich organisierten Selbstverwaltung kommen darf. Innerhalb eines so gesetzten wettbewerblichen Rahmens werden die Zahnärzte ihre Bera-

tungspflicht, die ja Teil der Behandlung ist, im Interesse des Patienten als Kunden mit Sicherheit sehr bedacht ausüben. Das bedeutet, einem Patienten, der es sich wirtschaftlich überhaupt nicht erlauben kann, wird keine überbeuerte medizinische Versorgung angeboten, aber auch demjenigen, der es sich wirtschaftlich leisten kann, wird nicht die teuerste Versorgung angedient, sondern man wird ihn auch über das informieren, was medizinisch notwendig ist, aber weitaus weniger kostet.

Wenn die Zahnärzteschaft diesen Weg beschreitet, schlägt sie jenen die Argumente aus der Hand, die glauben, eine vernünftige zahnmedizinische Versorgung sei nur mit mehr Regelungen und Vorschriften zu erreichen.

Politisch betrachtet aus der Sicht der SPD

Horst Schmidbauer MdB, aus der Sicht der SPD Bundestagsfraktion

Durch die Einfügung des Leitbildes einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Zahnheilkunde in die soziale Krankenversicherung wird der Paradigmenwechsel in der deutschen zahnmedizinischen Versorgung sozialrechtlich zum Abschluss gebracht. Dieses Motto fasst knapp und präzise die Ziele der Gesundheitsreform 2000 für den zahnärztlichen Bereich zusammen.

Qualität statt Quantität

In Zukunft wird es darauf ankommen, zahnärztliche Leistungen nicht mehr nach ihrer Quantität, sondern nach ihrer Qualität zu honorieren. Dies liegt nicht nur im Interesse der Patientinnen und

Patienten, die einen Anspruch darauf haben, so lange wie möglich gesunde und gut funktionierende Naturgebisse zu behalten. Ebenso ist es im Interesse der Beitragszahler. Denn wenn die Qualität zahnärztlicher Leistungen gut ist, führt dies zu weniger Anschlussbehand-

lungen. Die Kosten der Krankenkassen bleiben entsprechend niedriger und die Beitragssätze stabil. Darüber hinaus wird hohe Qualität der Leistungen auch den Einkommensverhältnissen der Zahnärzte selbst zugute kommen.

Gesundheitsgefahren und hohe Gesundheitsausgaben als Folgen der Einzelleistungsvergütung

Warum das so ist, wird klar, wenn man sich anschaut, welche Faktoren bis heute das Vergütungssystem prägen: Hier herrschte bisher das Prinzip der Honorierung nach Einzelleistungen. Dies birgt erhebliche Gefahren für die Patientinnen und Patienten: Ihnen droht ein schädliches Nebeneinander von Überversorgung einerseits und Unterversorgung andererseits. Es kommt immer wieder vor, dass - aus ökonomischen oder sonstigen Gründen - zahnmedizinisch angezeigte Behandlungen unterlassen, zahnmedizinisch nicht hinreichend indizierte Eingriffe hingegen forciert werden. Besondere Gefahren entstehen, wenn auf der Grundlage umstrittener Diagnoseverfahren intakte zahnärztliche Restaurationen entfernt, erhaltungswürdige Zähne extrahiert oder mit medizinisch gar nicht notwendigen Kronen versorgt werden.

Praktische Erfahrungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen zeigen, dass schätzungsweise rund 40 Prozent aller Einzelkronen überflüssig sind. Bei Prothesen und auch Implantaten wird die Nachsorge oftmals vernachlässigt. Die Folge: in rund 40 Prozent der Fälle muss beispielsweise die gleiche Prothese noch einmal neu angefertigt werden, wobei der Zahnverlust fortschreitet. Auch diese Schätzung beruht auf Beobachtungen

der Praxis. Verlässliche Untersuchungen dazu existieren nicht. Allerdings gibt es in der internationalen wissenschaftlichen Literatur Studien, die den Wiederholungsbedarf bei Kronen, Füllungen oder Prothesen auf 40 bis 70 Prozent schätzen¹. Insgesamt hat das bisherige System der Honorierung nach Einzelleistungen dazu geführt, dass noch viele Zahnärzte eine Behandlungsstruktur bevorzugen, in der die Behebung schon eingetretener Zahnschäden eine größere Rolle spielt, als deren Verhütung.

Dieser restaurativen Behandlungsstruktur wohnt, wie schon erwähnt, nicht nur in gesundheitlicher, sondern auch in ökonomischer Hinsicht, ein gewaltiger Puffer inne: Der hohe Wiederholungsbedarf verursacht entsprechend massive Kosten für die Patienten und ihre Krankenkassen. Diese Kosten sind vermeidbar, wenn man dem oben zitierten Leitgedanken der Gesundheitsreform von der ursachengerechten, zahnschonsamen und präventionsorientierten Zahnheilkunde folgt. Denn Prävention in Verbindung mit qualitätsgesicherter kurativer Behandlung führt zu der gewünschten hochwertigen und haltbaren Sanierung. Deshalb sollen genau diese zahnärztlichen Leistungen bei der Honorierung ein ihrer Bedeutung entsprechendes Gewicht haben bzw. bekommen. Dies ist der Rahmen, den Gesetzgeber und Regierung mit der Gesundheitsreform vorgegeben haben.

Neubewertung zahnärztlicher Leistungen durch die Selbstverwaltung

Die Umsetzung liegt in den Händen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das

Reformgesetz stärkt sowohl die Kompetenzen des gemeinsamen Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen wie auch des Bewertungsausschusses. Diesen Gremien ist aufgegeben, Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Leistungen neu zu definieren.

Der einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche Leistungen (Bema-Z) soll überarbeitet werden. Ziel ist eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Bewertung präventionsorientierter Maßnahmen, die ein Überhandnehmen stark invasiver und spät reparativer Eingriffe eindämmt. Die Instrumente, mit denen wir den Wandel zu einer ebenso hochwertigen wie kostengünstigen Zahnheilkunde in der Praxis unterstützen wollen, sind ergebnisorientierte Leistungsanreize und eine stärkere Pauschalierung des Vergütungssystems.

Keine Leistungseinschränkungen für die Versicherten

Dabei soll das Sachleistungsprinzip gestärkt, die Grundlage der Regelversorgung nach dem GKV-Katalog keinesfalls eingegrenzt werden. Ein Zurückdrängen des Zahnersatzes aus der Gesetzlichen Krankenversicherung wird es mit uns auf keinen Fall geben. Allen Bestrebungen, die Versicherten für immer mehr Leistungen zur Kasse zu bitten und die zahnmedizinische Grundversorgung auf ein Minimum zu beschränken, erteilen wir eine deutliche Absage.

Zukunftsaufgaben: Qualitätssicherung und Beratung

Eine weiterer essentieller Bestandteil des Wandels in der zahnmedizinischen Ver-

sorgung ist die Qualitätssicherung. Dabei geht es um den Aufbau der von den Patienten dringend benötigten und vom Gesetz geforderten Beratungsstrukturen. Hier sehen wir von der SPD eine Herausforderung für die Krankenkassen.

Denkbar ist, dass die Krankenkassen für diese neuen Aufgaben zahnmedizinische Experten einstellen. So steigern sie ihre eigene innere Kompetenz und gewinnen einen noch engeren Bezug zu ihren Versicherten und deren Belangen. Besonders wäre dabei auf die Qualität und Unabhängigkeit des eingekauften Sachverstandes zu achten. Die Beratung muss kompetent sein, die Entscheidung aber unbedingt beim Patienten bzw. Versicherten bleiben.

Zu sinnvollen und leistungsfähigen Beratungsstrukturen gehören zum Beispiel auch regelmäßige Aufklärungsaktionen und konkrete Unterstützungsprogramme für verschiedene Zielgruppen. Oder die Einführung eines Schulfaches »Gesundheitslehre«. Solche systematischen Strategien der Gesundheitsförderung müssen in Deutschland noch aufgebaut werden.

Wichtig ist, bei der Bevölkerung das Bewusstsein für Zahngesundheit und deren Zusammenhang mit der Gesamtgesundheit zu stärken und entsprechende Verhaltensweisen zu fördern. Nur ein informierter Patient ist ein mündiger Patient.

Das Reformgesetz hat mit der Erweiterung der Gruppenprophylaxe über das zwölfte Lebensjahr hinaus hier einen ersten Schritt getan. Der zuvor skizzierte Auf- und Ausbau von Beratungsstrukturen und Präventionsangeboten muss folgen.

Neue Ausbildungs- und Approbationsordnung für Zahnärzte

Bei dem Wandel hin zu einer defensiven, d.h. zahnschutzschonenden und qualitätsorientierten Zahnheilkunde sind selbstverständlich und in allererster Linie auch die Zahnärzte selbst gefordert. Von ihnen wünschen wir uns verantwortliches Verhalten und die Bereitschaft zur Kooperation. Dies gilt zum Beispiel für die Neugestaltung der zahnärztlichen Ausbildungsordnung. Bereits an den Universitäten sollten Prioritäten im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt und gestärkt werden. So könnten beispielsweise Studierende in die praktische Durchführung der Gruppenprophylaxe einbezogen werden. Wünschenswert ist auch eine neue zahnärztliche Approbationsordnung, die den Erfordernissen von Gesundheitsförderung, kollektiver und individueller Prävention in hohem Maße Rechnung trägt. Auch die Fortbildung muss sich künftig an diesen Zielen orientieren.

Niederlassungsbeschränkungen

Der Kostenanteil für die Zahnheilkunde am Deutschen Bruttoinlandsprodukt liegt schon seit Jahren ein Viertel bis die Hälfte über dem anderer Länder mit vergleichbarer Zahngesundheit. Daraus lässt sich schließen, dass es in der deutschen Zahnheilkunde Wirtschaftlichkeitsreserven gibt, die - wenn man sie ausschöpft - eine erhebliche Effizienzsteigerung erwarten lassen.

Wie gezeigt wurde, können Präventionsorientierung und Qualitätssicherung dazu erheblich beitragen. Zu erinnern ist auch an den eingangs genannten Grund-

satz, dass zahnärztliche Leistungen künftig nach ihrer Qualität und *nicht* nach ihrer Menge bewertet werden sollen.

Mengenbegrenzung, auch im Hinblick auf die Zahl der Zahnärzte, ist daher die notwendige Ergänzung unserer Politik. Auch dies wird letztlich den Einkommensverhältnissen der Zahnärzte selbst zugute kommen. Seit 1980 sind nämlich die Einkünfte der Zahnärzte leicht rückläufig, wenn auch auf hohem Niveau. Die Ursachen sind folgende: Die Zahl zahnärztlicher Praxisinhaber hat stetig zugenommen. Allein in den alten Bundesländern stieg sie seit 1980 um rund 50 Prozent². Die Zahl der Einwohner ist dagegen nur um etwa zehn Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahngesundheit der Bevölkerung stark verbessert. Folge dieser Entwicklungen ist bereits jetzt, dass der auf den einzelnen niedergelassenen Zahnarzt bezogene potentielle Behandlungsbedarf stark rückläufig ist. Er verzeichnet ein Minus von fast 44 Prozent in den alten Bundesländern. Dieser Trend, wird sich in Zukunft noch verstärken. Denn dann profitieren weitere Bevölkerungskreise von dem prophylaktischen Betreuungsansatz, den wir in unserem Reformgesetz verankert haben und der besonderes Gewicht auf die Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen legt.

Wenn also immer mehr Zahnärzte immer weniger potentielle Patienten haben, ist die Folge, dass für den Einzelnen die Stücke aus dem Budget-Kuchen immer kleiner werden. Deshalb brauchen wir dringend - in gewissem Umfang - eine wirkungsvolle Zulassungssperre.

Der neue Ansatz, dass Kassen und kasenzahnärztliche Vereinigungen Praxen in überversorgten Gebieten zurückkau-

fen können - eine Idee, die der Politik von der Zahnärzteschaft aufgegeben wurde - mag zunächst befremden. Zumindest was die Niederlassungschancen für junge Zahnärzte betrifft. Diese verbessern sich aber wieder, wenn wir auch die Zahl der zahnmedizinischen Studienplätze anpassen. Diese Maßnahmen haben keineswegs mit Bedarfsplanung im Sinne einer sozialistischen Planwirtschaft zu tun. Denn Bedarfsplanung alleine reicht keinesfalls aus, um rasch zu einer besseren Honorarverteilung zu kommen.

Im Gesundheitswesen:

Weder Staat pur noch Markt pur

Mit uns gibt es kein staatlich reglementiertes Gesundheitswesen. Ebenso wenig gibt es mit uns eine pure Herrschaft des Marktes im Gesundheitssystem, wie wir sie aus den USA kennen. Dies würde dem System der Gesetzlichen Krankenkassen, das auf dem Grundgedanken der Solidargemeinschaft basiert, zuwiderlaufen. Die Folge wäre eine brutal ausgeprägte Zweiklassenmedizin, in der viele Patientinnen und Patienten zu kurz kämen. Daher setzen wir im Gesundheitssystem weder auf »Staat« noch auf »Markt«, sondern auf eine starke und kompetente Selbstverwaltung

1) Vgl. dazu: Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde - Anspruch und Wirklichkeit; hrsg. von Winfried Walther und Michael Heners, Karlsruhe; Heidelberg 1995. Quality Evaluation of Dental Restorations, Criteria for Placement and Replacement - Proceedings of the International Symposium on Criteria for Placement and Replacement of Dental Restorations, Lake Buena Vista, Florida, October 19-21, 1987; Chicago, London, Berlin, Sao Paulo, Hong Kong and Tokyo, 1989

2) Zu dieser und den folgenden Angaben vgl. Ferdinand Rau, Rüdiger Saekel, Erträge und Behandlungsbedarf in Zahnarztpraxen, in: Wirtschaftsdienst, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung, Hamburg, Sept. 1999, S. 538 ff.

Gesucht-Gefunden

Partner-Suche: Nähe Hamburg; etablierte, solide Praxis (keine Alterspraxis) in gute Hände abzugeben. Im Rahmen einer längerfristigen fairen Kooperation wird Existenzgründer/in eine Niederlassung unter günstigen Konditionen geboten. Der bisherige Inhaber möchte seinen Arbeitsumfang reduzieren und Praxisführung und Verantwortung abgeben. Interessenten wenden sich bitte an die DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221-973005-45, Fax -7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Assistenten-Suche: Junge moderne qualitätsorientierte Praxis in Westfalen mit drei Behandlern sucht Assistent(in) mit Freude an umfassender Ausbildung (Chirurgie, Parodontologie, hochwertige Prothetik, Funktionsdiagnostik und Kieferorthopädie) - langfristige Perspektive möglich. Lage der Praxis bei Dortmund mit hohem Freizeitwert. Chiffre 9015

Praxis-Suche: Räumlich ausbaufähige Zahnarztpraxis mit gutem Umsatz zur Übernahme bundesweit gesucht. NAV-Wirtschaftsdienst, Marcel Nothnagel, Tel. 05144-8109, Fax 05144-2454

Praxis-Suche: In Recklinghausen u. Umgebung wird zahnärztliche Übernahmep Praxis gesucht. NAV-Wirtschaftsdienst, P. Harzen-dorf, Tel./Fax 02196-973310

Praxis-Abgabe: Zahnarztpraxis im Bergischen Land abzugeben; 3 BHZ; hochwertige Ausstattung: gute, zentrale Lage, ausbaufähig, auch als Gruppenpraxis geeignet. NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse Tel./Fax 0221-8460281, Lohse@nav-widi.de
Fortsetzung Seite 68

EDV am Behandlungsplatz: Ja, sowieso, vielleicht später, möglichst nicht: Jeder Praxisinhaber ist zumindest gedanklich damit befasst.

Haben Sie eigentlich schon einmal darüber nachgedacht, wieviel Zeit Ihnen Ihr Computer um seiner selbst willen abverlangt, wieviel Helferinnenzeit, wie hohe Servicekosten und Telefongebühren für die Hotline zum Software-Provider?

Im folgenden äußern sich zwei versierte EDV-Freaks kontrovers und auch augenzwinkernd zur Bildschirmarbeit am zahnärztlichen Behandlungsplatz.

EDV am Behandlungsplatz!

Als ich vor über 15 Jahren mit dem Programmieren meiner Praxissoftware begann, konnte niemand ahnen, welche rasante Entwicklung die Computertechnologie nehmen würde. War vor 10 Jahren der Computer in der Zahnarztpraxis fast noch die Ausnahme, so gibt es heute kaum noch eine Praxis ohne EDV. Die Aufgaben, die vom Computer übernommen wurden, wuchsen im gleichen Maße exponentiell. Was anfänglich nur als Unterstützung bei der Rechnungserstellung gedacht war, hat sich zwischenzeitlich zu einem multimedialen Ereignis von großer praxisökonomischer Relevanz gemauert.

Die Frage, wo sich in dieser modernen Arbeitsumgebung der Platz für die Computertastatur und den Bildschirm befindet, kann für mich nur eine Antwort haben: in jedem Behandlungsraum! Diese Forderung ergibt sich aus den so überaus vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten dieser Technologie, wobei die Annahme töricht wäre, dass deren Entwicklungspotential schon bald erschöpft ist. Gewiss: vor nicht allzu langer Zeit hat wohl auch die letzte Praxis den früher obligatorischen Schreibtisch aus dem Behandlungszimmer verbannt. Im Zuge kleiner

(teurer) werdender Praxisflächen machte es Sinn, Praxisgrundrisse nach ergonomischen Gesichtspunkten zu gestalten und die Raumaufteilung zu optimieren. Auch im Hinblick auf Hygienegerichtlinien wurden die eigentlichen Behandlungsbereiche vom Rest der Praxis isoliert.

Da, wo der Schreibtisch, also die zentrale Praxisverwaltung jetzt ist, sollte sie natürlich auch bleiben, nämlich typischerweise im Bereich des Praxisempfanges bzw. einem abgetrennten Büroraum. Die EDV bietet aber auf geradezu ideale Weise die Möglichkeit, alle für die Interaktion zwischen Behandler und Patient notwendigen Informationen bei minimalem Platzbedarf verfügbar und mit hoher Geschwindigkeit sichtbar zu machen. Dieses können Patientenbefunde in beliebiger graphischer Ausfertigung, zurückliegende Behandlungsdaten, digital abgelegte Röntgen- oder Intraoralbilder, Behandlungspläne, Gesprächsnotizen, Merkblätter zur Patientenaufklärung etc. etc. sein.

Erst wenn alle Daten in der konkreten Behandlungssituation bei Behandler und Patient zusammenlaufen, sind die Mög-

lichkeiten, die die EDV bietet, voll ausgeschöpft. Nur die Präsenz der Daten direkt bei der Behandlung gewährleistet ein Maximum an Ergonomie. Jeder gestehe sich ein, wie viel wertvolle Praxiszeit dadurch vergeudet wird, dass Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder oder beliebige behandlungsrelevante Aufzeichnungen erst gesucht und herangebracht werden müssen. EDV erspart zwar nicht völlig das Suchen, aber sie beschleunigt es in jedem Falle unheimlich. Andersherum ist die Aufnahme von Befund- und Behandlungsdaten am Patienten, nicht zuletzt zum Zwecke der lückenlosen Abrechnung, nur dann als ergonomisch zu bezeichnen, wenn die Daten nach Diktat direkt in den Computer wandern, d.h. also nicht erst unleserlich auf einen Schmierzettel, um dann irgendwann später von einer anderen Kraft ‚ins Reine‘ geschrieben zu werden. Zwangsläufig führt jedwede Übertragung von Daten von einer Person zu einer anderen zu Veränderungen oder teilweisem Verlust. Nur das direkte Einspeichern von Daten in die EDV vermeidet diese Reibungsverluste weitgehend und bietet in Zeiten knappen Personals sogar dem Behandler allein die Möglichkeit der Datenaufzeichnung. Je kürzer also die Wege, umso korrekter und mit Sicherheit vollständiger sind die patientenbezogenen Daten, deren stete und schnelle Zugreifbarkeit zweifellos wieder die Arzt-Patientenbeziehung in den verdienten Mittelpunkt des Geschehens rückt.

Auch zum Zwecke einer optimalen Patientenberatung und Aufklärung, der im Zuge einer immer kritischer und mündiger werdenden Öffentlichkeit eine deut-

lich steigende Bedeutung zukommt, ist der Bildschirm vom Arbeitsplatz gar nicht mehr wegzudenken. Verschiedene für den Patienten in Frage kommenden Versorgungsformen können graphisch per Software vorgeführt und zusätzlich die geschätzten Kosten für jede Alternative auf Knopfdruck mitgeteilt werden. In Ergänzung der persönlichen Erläuterungen können abgelegte Videosequenzen mit Aufklärungs- bzw. Prophylaxeinhalten gezeigt werden.

Fortschreitende Digitalisierung macht den Computer im Behandlungsraum demnächst ohnehin unentbehrlich. Schon heute ist die EDV-gestützte Abnahme und Speicherung funktionsanalytischer Messungen möglich, die den Gesichtsbogen und das Registrat bald entbehrlich macht. Wie lange mag es noch dauern, bis wir digitale Abformungen der Zahnreihen durchführen? Sicherlich muss auch das Röntgen letztlich voll auf Digitaltechnik umgestellt werden, was freilich bislang weder in Abbildungsqualität noch im Kosten-Nutzenverhältnis gelungen ist. Schärfere Digitalbilder zu einem mit der herkömmlichen Entwicklungstechnik vergleichbaren Preis werden aber auch nur eine Frage der Zeit sein. Diese Investition kann derzeit noch nicht empfohlen werden.

Völlig zufriedenstellend erscheint dagegen die Technik von Tatstatur und Bildschirm selbst zu sein. Beide Geräte stehen bereits hygienefreundlich flach und platzsparend zur Verfügung, der Monitor als hochauflösender TFT - Flachbildschirm auf Schwenkarm für den wahlweisen Einblick des Patienten (15 Zoll- Diagonale genügt) und die Tastatur in

flexibler Gummiausführung ohne Fugen und Ritzen, die sogar in Flächendesinfektionsmittel schwimmen kann.

Eine große Hürde auf dem Weg zum wirklich digitalen Behandlungsplatz ist allerdings noch nicht genommen: Solange wir gesetzlich verpflichtet sind, unsere Krankenakten handschriftlich zu führen, bleibt uns der zeitaufwendige Papierkrieg mit all seinen Nachteilen nicht ganz erspart. Jedoch ist es uns schon heute unbenommen, eine EDV-Akte als Hauptakte zu führen, sofern ausreichen-

de handschriftliche Aufzeichnungen parallel geführt werden. Es bleibt zu hoffen, dass auch der Gesetzgeber bald die Zeichen der Zeit erkennt. Denn mit geeigneter Software, die sowohl den Missbrauch späterer Aufzeichnungsverfälschung wirksam unterbindet als auch vor Datenverlust sicher schützt, gibt es keinen vernünftigen Grund mehr, die Papierform weiter zwingend aufrecht zu erhalten.

*Dr. Eberhard Riedel,
München*

EDV am Behandlungsplatz?

Kann heute eine moderne Zahnarztpraxis ohne Computer auskommen? Die Antwort ist ein klares ja. Eine moderne Praxis ist wahrscheinlich auch eine junge Praxis, wo man es sich leicht leisten kann, ein Viertel seiner Zeit mit Kreuzchenmalen, Umschläge zupappen, Aktenordner wälzen etc. zu verbringen, weil der Betriebsstoff einer Praxis, die Patienten eher rar ist. Sind derer dann ausreichend vorhanden, ist es keine moderne Praxis mehr und man hat schon längst schon um die einzige nicht zu verlieren, die sich mit dem Verwaltungs- und Abrechnungskram auskennt, mindestens einen Computer angeschafft. Gleichzeitig verhilft nur dies zu der Möglichkeit, bei der nächsten Vernissage und Praxisfête zu bemerken, daß man diesen Computer 'seinen Leuten' überließe, weil man ja selbst wahrhaftig andere Dinge... Im Ernst, bei der Frage nach der Intensität

der 'Computerisierung' einer Praxis kann es nicht (mehr) um das 'ob' gehen. Da haben schon unsere KZVen dafür gesorgt, daß man spätestens nach der ersten Quartalsabrechnung den weichen Bleistift in die Ecke schmeißt und sich bei Aldi nach dem nächsten Schnäppchen anstellt. Die Frage die man stellen muß, ist vielmehr die nach dem Grenznutzen all der Möglichkeiten, die uns die heutige Informationstechnologie für unsere Arbeit anbietet. Damit sind wir beim Stichwort - immer dann, wenn wir nicht gerade die Hand im Munde unserer Patienten haben, gerät unser Handeln zum Umgang mit Informationen. Wer sitzt da auf unserem Stuhl? War er/sie schon einmal da? Was war da? Wann war das? Banale Sachen! Jederzeit auf Papier festzuhalten. Stimmt! Damit komme ich zu meiner ersten These: Wer sich daran adaptiert hat, seinen

beruflichen Umgang mit Informationen mit Hilfe des Datenträgers Papier zu bewältigen, sollte diese Gewohnheit nicht leichtfertig über Bord werfen! An dieser Stelle sollte ich erwähnen, daß ich meinen ersten Artikel über Praxis-EDV vor über zwanzig Jahren geschrieben habe, damals noch auf der Schreibmaschine, weil ein Computer, mit dem das möglich gewesen wäre, nicht in meine Wohnung gepaßt hätte. Seither gehe ich mit diesen Dingen um. Nix Phobie! In meiner Praxis steht an jedem Arbeitsplatz ein Rechner (notabene ein vernetzter Notebook, weil der nicht soviel Platz wegnimmt) und daneben liegt, ja, liegt die gute alte Karteikarte. Warum? Ich bin es so gewöhnt. Ich kann sie herumtragen, ich kann schnell 10 Jahre zurückblättern, ich kann die Röntgenbilder herausnehmen und mit alten Aufnahmen vergleichen, ich kann an ihrem Gewicht fühlen, wieviel meiner Arbeit in ihr festgehalten wurde. Romantiker? Sowieso! Aber bitte ein realistischer und dazu gehört auch, daß man seine Bedürfnisse, auch die irrationalen, kennt. Wenn ich schnell wissen will, was ich schon alles, wann, am Zahn 25 dieses Patienten gemacht habe, frage ich den Computer - das findet der schneller. Wenn ich wissen will, ob dieser Patient mal ein paar Jahre woanders Patient gewesen ist, sagt mir die Karte das schneller und ich kann auch gleich herauszufinden versuchen, warum der Patient vielleicht damals woanders hingegangen ist. Geht doch mit dem Computer auch! Vielleicht - eher aber nicht. Vielleicht nach dem zweiten Softwarewechsel. Also - ich fahre zweigleisig. Gürtel und Hosenträger, EDV und Karteikarte. Übrigens ist das meine zweite Ebene der

Datensicherung. Versagt nur, wenn der Blitz direkt in meine Praxis einschlägt.

Zweite These: den Informationsgehalt einer Karteikarte (inklusive Röntgenbilder, Kondylenbahnwinkel von 1981, persönliche Notizen über 25 Jahre) per EDV zu verwalten und bereitzuhalten, ist aufwendig und erfordert gekonnten und peniblen Umgang mit elektronischen Medien.

Beispiele? Ein Endwiderstand in einem Netz mit Sterntopologie tut es nicht mehr. Hä? Kein Bild, kein Ton am Arbeitsplatz. Serverausfall? Wie weiß ich das, ob der Server noch läuft? Hand hoch, wer das kann! Hotline anrufen, schöne Musik hören, die am Telefon nicht den gewohnten HiFi-Charakter hat. Dann Callcenter-Frust. „Sieht nach Hardwarefehler aus“, sagen die Softwareleute. „Wann haben Sie das letzte Update bekommen“, fragen die Hardwareleute mit dem bekannten maliziösen Unterton. Der Service kommt in den nächsten 24 Stunden (kost' ja auch n' Batzen Geld!!). Bis dahin schriftlich weitermachen - auf Notizzetteln. Schöne neue Welt!

Anderes Szenario: „Also Frau Maier, ich halte Ihnen mal diese kleine Kamera in den Mund, damit Sie selber..., ach Karin rück' doch den Monitor mal etwas näher, damit Frau Maier..., Ihre Brille? Moment, Sanne bitte die Brille von Frau Maier. So also der Zahn da oben ... wo oben ist? ... aber hier doch Frau Maier (Griff zur Cursorsteuerung), da wo der kleine Pfeil...genau! Also die Füllung müßte...wie bitte? (nimmt Kamera aus dem Mund) Was sieht scheußlich aus? Alles? Das ist doch nur, weil alles so vergrößert wird. Nein, das ist eine ganz neue Füllung, die habe ich doch letzte

Woche...Scheußliche Farbe? Ja wissen Sie, der Monitor hat einen kleinen Blau-stich. Ich zeig' Ihnen mal, wie das vor-her ausgesehen hat. Haben wir ja ge-speichert. Karin: "Aber Herr Doktor, das war doch vor der Sache mit dem Back-up." Vorhang.

Was ich Ihnen sagen möchte: setzen Sie moderne Informationstechnologie dort ein, wo Aufwand und Ertrag in einem sinnvollen Verhältnis stehen. Gehen Sie schrittweise vor. Bleiben Sie Herr der Lage. Dazu gehört auch, daß Sie sich an zuverlässige, verfügbare Menschen wen-den können, wenn Sie Hilfe brauchen. Ihre Patienten kommen vielleicht zu Ih-nen, weil Sie eine ganz moderne Praxis haben. Sie bleiben bei Ihnen, wenn Sie ein moderner Zahnarzt sind. Und das heißt: Zuwendung, (geht ohne EDV), Ehr-lichkeit (s.o.) und Dienstleistung (geht besser mit EDV).

Dr. Kai Müller, Seefeld

Gesucht-Gefunden

Partner-Suche: Umsatzstarke Zahnarzt-Einzelpraxis (hoher Privatanteil) in Düsseldorf mit Schwerpunkt Parodontologie, Implantate sucht Partner für langfristige Kooperation. NAV-Wirtschaftsdienst, Hubertus von Loe, Tel/Fax 02151-818181-2/-8 oder 0172-26105-31

Praxis-Abgabe: Etablierte Zahnarztpraxis in Praxisgemeinschaft in Berlin-Pankow z. III. Q. 2000 abzugeben. NAV-Wirtschafts-dienst, L. Höppner, Tel/Fax 030-28526991-29

Praxis-Suche: Größere Zahnarztpraxis zur baldigen Übernahme gesucht. Bevorzugt Raum Köln/Bonn. NAV-Wirtschaftsdienst, I. Fuhr, Tel 02054-954521, Fax -954519

Partner-Suche: Suche zulassungsberechtig-te(n) Partner(in) für eine fortbildungsaktive und gleichzeitig sozial verantwortliche Zahn-heilkunde. Sie sollten teamfähig sein und den Willen haben, fachlich erfolgreich zu sein. Dr. F.J. Schraad, Hauptstr. 17, 30855 Langenhagen, Tel. 0511-748848

Stellensuche: KfO-Weiterbildungsstelle von junger Zahnärztin gesucht. Angebote an DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221-973005-45, Fax -7391239

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

Neues Tätigkeitsfeld: Zahnarzt mit langjähriger Berufserfahrung sucht aus gesundheitlichen Gründen Arbeitsmöglich-keit ohne Behandlungstätigkeit. Hinweise an DAZ-Geschäftsstelle Tel. 0221-973005-45, Fax -7391239

Praxisaufgabe: Zahnarztpraxis in Köln aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, F. Reinshagen, Tel./Fax: 0221-97355-194/-152

Praxis-Suche: Zahnarzt interessiert an Praxisübernahme am Bodensee ab 2000. Tel/Fax 07433-384263

Nächster Redaktionschluss:
4. Oktober 2000

Sozialer Tag im Dentallabor Schuschan

WARUM IN DIE FERNE SCHWEIFEN...

GENAU BESEHEN-

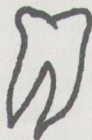
WENN MAN DAS ZIERLICHSTE NÄSCHEN
VON SEINER LIEBSTEN BRAUT-

DURCH EIN VERGRÖßERUNGSGLÄSCHEN
NÄHER BESCHAUT-

DANN ZEIGEN SICH HAARIGE BERGE
DAS EINEM GRAUT.

J. Ringelnatz

Stefanie, 12J.



Tel.: 0431/79875

Gesundheit und soziale Ungleichheit bei Einschülern im Land Brandenburg

Der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage ist in den letzten Jahren vermehrt in den Mittelpunkt epidemiologischer Studien gerückt. Relativ selten sind jedoch nach wie vor Untersuchungen, die die Gesundheit von Kindern in verschiedenen sozialen Lebenslagen zum Gegenstand haben. Da Kinder auf die Lebensverhältnisse, in denen sie groß werden, selbst keinen Einfluss haben, ist die gesellschaftliche Verantwortung zur Verminderung der gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit jedoch gerade bei dieser Gruppe besonders groß. Eine Datenquelle, die zu diesem Zweck herangezogen werden kann, stellen die Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dar, sofern dabei soziale Merkmale der Kinder erhoben werden. Im Land Brandenburg ist dies der Fall; hier werden auf dem Dokumentationsbogen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes für jedes Kind auch der Erwerbsstatus und die Schulbildung der Eltern festgehalten und anonymisiert an das Landesgesundheitsamt übermittelt, so dass sie für eine sozialepidemiologische Auswertung zur Verfügung stehen. Einige der wichtigsten Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 1998 werden im folgenden kurz vorgestellt.

Kinder aus sozial schwachen Familien sind kränker

In den letzten Jahren hat demnach der Anteil der Einschüler aus sozial benach-

teiligten Familien stetig zugenommen, von 19,3 % im Jahr 1994 auf 23,6 % im Jahr 1998. Diese Entwicklung hängt damit zusammen, dass zwischen 1994 und 1998 der Anteil nicht erwerbstätiger Elternteile gestiegen ist. Die sozialen Veränderungen spiegeln sich auch in der Sozialhilfe wider. Im genannten Zeitraum ist der Anteil der Kinder bis 6 Jahre, die Sozialhilfe beziehen, gewachsen: von 5,6 % im Jahr 1994 auf 10,1 % im Jahr 1998. Das ist fast eine Verdoppelung.

Bei vielen ärztlichen Diagnosen aus den Einschulungsuntersuchungen zeigt sich, dass Kinder aus der unteren sozialen Statusgruppe kränker sind als Kinder aus der mittleren und oberen sozialen Statusgruppe. Für den künftigen Schulerfolg sind beispielsweise Sprachstörungen ein großes Handicap. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind hier von etwa dreimal so häufig betroffen als Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status. Lediglich bei der häufigen allergischen Hauterkrankung Neurodermitis sind die Verhältnisse wie zu erwarten gegenläufig. Weiterhin sind nach ärztlichem Urteil Kinder aus sozial benachteiligten Familien mehr als 10-mal so häufig von Behinderung bedroht als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.

Etwa 15 - 20% aller Kinder haben bis zu ihrer Einschulung einen Unfall, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verkehrs- und Verbrühungsunfällen doppelt so häufig betroffen sind wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.

Aussagen zur Mundgesundheit sind ebenfalls Bestandteil des Berichtes. Die Ergebnisse aus den Vorsorgeuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste der 14 Landkreise und 4 kreisfreien Städte waren hierfür die Grundlage. Für den Vergleich wurden die Daten des Gebisszustandes der Schüler in den ersten Klassen aus vier Schuljahren vergleichend betrachtet. Der Anteil kariesfreier Gebisse lag 1994/95 bei 21% und 1997/98 bei 33%, bei nahezu gleich bleibendem Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse von 44%.

Die Zahn- und Mundgesundheit dieser Altersgruppe hat sich verbessert. Neben einer breiten Verfügbarkeit von Fluoriden und einem langsam wachsenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung haben auch die im Sozialgesetzbuch V fixierten Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe, die schrittweise eingeführt und umgesetzt wurden, hieran einen Anteil. Die positive Entwicklung kariesfreier Gebisse bei den Brandenburger Erstklässlern wurde durch das seit 1993 stufenweise aufgebaute flächendeckende Angebot der gruppenprophylaktischen Betreuung in den Kindertagesstätten entscheidend mitbestimmt. Aber auch die Mundgesundheit hängt vom Sozialstatus ab. Im Rahmen eines Modellprojekts in der Stadt Brandenburg fanden ärztliche und zahnärztliche Untersuchungen der Einschüler in Zusammenarbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) und des Zahnärztlichen Dienstes statt. Die dabei erhobenen Angaben zur Mundgesundheit der Einschüler und zum Sozialstatus der Eltern zeigten, dass eine eindeutige Beziehung zwischen Sozialstatus und Zahn- und Mundgesundheit besteht. Kinder aus sozial

benachteiligten Familien weisen gegenüber denen aus hoher sozialer Schicht knapp halb so häufig kariesfreie Gebisse, knapp halb so häufig sanierte Gebisse und mehr als doppelt so häufig behandlungsbedürftige Gebisse auf. Man kann in diesem Fall die Zahn- und Mundgesundheit der Einschüler aus höherer sozialer Schicht als einen Maßstab für ein erreichbares Gesundheitsziel ansehen.

Diagnose- und Behandlungsdefizite: Frühförderung oft versäumt

Unter den Befunden, die bei den Einschulungsuntersuchungen festgestellt wurden, führten 24% zu einer erstmaligen Überweisung zur Behandlung, d. h. hier haben vor der Einschulungsuntersuchung Eltern oder auch die niedergelassenen Ärzte Gesundheitsstörungen bei den Kindern nicht bemerkt. Die kassenfinanzierten Früherkennungsuntersuchungen sind für solche Screenings nicht ausreichend: an der U 9 (für Kinder von ca. 6 Jahren) nahmen 1997 in Brandenburg z.B. nur noch etwa 60% der Kinder teil. Es ist bekannt, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen Familien an diesen Untersuchungen nicht teilnehmen.

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden noch immer sehr viele Befunde entdeckt, die bereits für eine Frühförderung relevant gewesen wären (besonders Sprachstörungen, psychomotorische Störungen und Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung). Auch hier sind die Kinder aus sozial schwachen Familien besonders betroffen: bei etwa 43% dieser Kinder wird ein frühförderrelevanter Befund festgestellt, der Anteil ist doppelt so hoch wie in der Gruppe der Kinder aus der sozial hohen Schicht.

Konsequenzen

- Die dargestellten Ergebnisse haben in Brandenburg zu ersten Konsequenzen geführt, z.B. zur systematischen Durchführung von Reihenuntersuchungen des KJGD in den Kindertagesstätten.
 - Die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Brandenburg greift den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Kindergesundheit zunehmend auf, um daraus ableitend gesundheitliche und soziale Hilfestrukturen auf der kommunalen Ebene zu organisieren.
 - Um eine wirksame Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Kinder zu erreichen, sind die verschiedenen Akteure der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung zusammenzubringen, um gemeinsam abgestimmte Handlungsstrategien zu entwickeln.
 - Voraussetzung für eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Kinder ist sicher auch die Einflussnahme auf die Versorgungsstrukturen, z.B. hinsichtlich der Qualität und Zugänglichkeit von Hilfen im ländlichen Raum.
- Die bestehenden zahnmedizinischen Betreuungsprogramme sind auf kommunaler Ebene fortzuführen und bedarfsgerecht zu intensivieren. Bei der Planung ist zu berücksichtigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien intensiver einbezogen werden. Der Durchführung aufsuchender Prophylaxemaßnahmen wird dabei aus Gründen der Erreichbarkeit und Effektivität ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Kontaktadresse:

Der Bericht „Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999“ wurde im März 2000 vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen herausgegeben und ist in Einzelexemplaren kostenfrei im Landesgesundheitsamt Brandenburg, 15838 Wünsdorf, Wünsdorfer Platz 3 (Tel.: 033702-71138, Fax: 033702-71101) zu beziehen.

*Dr. Andreas Böhm
Landesgesundheitsamt Brandenburg*

Dr. Gudrun Rojas, Brandenburg

Fluoride für eine noch bessere Zahngesundheit

Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe bauen auf lokale Fluoridierung durch Zahnpasta und Speisesalz

Zahlreiche Untersuchungen haben in den letzten Jahren gezeigt, dass Fluoride in erster Linie durch direkten Kontakt mit Zahnhartsubstanzen karieshemmend wirken. Hinzu kommen Beobachtungen, dass die Milchzahnkaries bei Vorschulkindern

nicht genauso erfreulich rückläufig ist wie die Karies der bleibenden Zähne bei älteren Kindern. Dies hat die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. und die Gesellschaft für

Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK veranlasst, neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden herauszugeben.

Im Einzelnen sehen die neuen Empfehlungen folgende Vorbeugungsmaßnahmen vor: Vor dem 6. Lebensmonat ist aus zahnärztlicher Sicht keine Fluoridzufuhr bzw. -anwendung notwendig. Sind die ersten Milchzähne durchgebrochen, sollten sie einmal täglich mit einer höchstens erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste mit einem Fluoridgehalt von 0,05 Prozent (ebenfalls neue Empfehlung für Kinderzahnpasten) geputzt werden. Ab dem zweiten Geburtstag wird empfohlen, die Milchzähne zweimal täglich mit einer erbsengroßen Menge Kinderzahnpaste unter entsprechender Hilfestellung und Kontrolle durch die Eltern zu reinigen. Zusätzlich wird die generelle Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt empfohlen, sobald die Kinder an der häuslichen Verpflegung teilnehmen.

Ab Schulbeginn sollten Kinder ihre Zähne mit Erwachsenenzahnpaste putzen - sie enthält 0,10 bis 0,15 Prozent Fluoride. Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt soll selbstverständlich beibehalten werden.

Mit fluoridiertem Speisesalz, das in Deutschland als Jodsalz mit Fluorid im Handel ist, sollte generell die gesamte Familie versorgt werden, d.h. es sollte im Haushalt als Regelsalz verwendet werden. Das dem Salz zugesetzte Fluorid wirkt nämlich als Schutzschild schon während des Essens - also wenn verstärkte Säureattacken zu erwarten sind - direkt am Zahn. Außerdem kommt es den Zähnen über die Speisen

mehrmals täglich zugute, so dass auch eine gute Dauerwirkung gewährleistet ist.

Fluoridlacke, -lösungen oder -gelees sollten den Empfehlungen zufolge nur auf zahnärztliche Anweisung verwendet werden und wenn notwendig nur bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ab Schulbeginn. Sind wegen eines besonders hohen Kariesrisikos weitere Vorsorgemaßnahmen notwendig, sollten diese ebenfalls in Absprache mit dem Zahnarzt erfolgen.

Fazit: Für die Praxis bedeuten die neuen Empfehlungen, dass die lokale Anwendung von Fluoriden in Form von fluoridierter Zahnpaste und fluoridiertem Speisesalz in Zukunft zu bevorzugen ist. Die Fluoridzufuhr durch Tabletten sollte nur noch in Einzelfällen erfolgen. Die Entscheidung darüber ist dem jeweiligen Arzt überlassen.

Die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) hat bereits ihre sämtlichen Informationsschriften auf die neuen Empfehlungen abgestimmt. Für Zahnärzte steht beispielsweise die aktualisierte Broschüre "Fluoride in der Kariesprophylaxe" zur Verfügung und für Patienten das achtseitige Falblatt "Kariesvorbeugung den Zähnen zuliebe".

Beide Schriften sind kostenlos anzufordern bei der

**Informationsstelle für Kariesprophylaxe,
Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau,
Telefon: 06152-81466, Fax: -81788,
E-Mail: daz@kariesvorbeugung.de.**

Informationen über Karies und Vorbeugungsmöglichkeiten inklusive der neuen DGZMK-Empfehlungen bietet die Informationsstelle für Kariesprophylaxe auch über das Internet: www.kariesvorbeugung.de.

Termine

—13.9., 20⁰⁰, Berlin/Geschäftsst. des NAV: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/-Brandenb.** zur Vorbereitung der Berliner KZV-Wahlen, Tel 030-9915108

—20.9., Berlin/Kongresshalle: **Eröffnungsveranstaltung Tag der Zahngesundheit 2000** unter dem Motto „Mundgesundheit von Anfang an – neue Möglichkeiten interdisziplinären Zusammenwirkens“, Tel 06151-894814, Fax -895198

—21.9., -19.10., -16.11., -21.12.: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg**, Tel 04402-928811

— 25.9., bundesweit: **Tag der Zahngesundheit**

—7.10., Berlin/„Leopold's Wirtshaus“ in der Kulturbrauerei am Prenzlauer Berg: **DAZ-Jahrestagung 2000**, 10⁰⁰ Fortbildung zum Thema „**Parodontitis – endlich alles unter Kontrolle?**“ *Actisite, Emdogain, Gen-Test, Periostat, Vector – was ist für die tägliche Praxis wirklich relevant?*“, Referent: Dr. Stefan Hägewald, Charité Berlin; 14⁰⁰ DAZ-Mitgliederversammlung; 8.10. Kulturprogramm

—11.10., 20⁰⁰, Berlin/Geschäftsst. des NAV: **Treffen der DAZ-Studiengr. Berlin/-Brandenb.** zum Thema „*Neues aus der Endodontie*“, Referentin: Dr. Claudia Barthel, Zahnkl. Nord der Charité

—21.10.2000, 10⁰⁰, Bonn/Dt. Landjugendakademie, In der Werhecke 1: **Herbstveranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM):** „*Die Rolle zahnärztlicher Verbände außerhalb der Körperschaften am Beispiel des Deutschen Zahnärzte Verbandes (DZV)*“, Referent: Martin Hendges Tel. 0228-211296

—08.11., 20⁰⁰, Berlin/Geschäftsstelle des NAV: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/-Brandenb.:** „*Folgen von vorzeitigem Milchzahnverlust vermeiden - Kinderkronen, Platzhalter*“,

Referentin: Dr. Elke Kutschke, Jugendzahnklinik Hohenschönhausen, Tel. 030-9915003

— 10.-12.11., Neuss/Dorinth-Hotel: **Bundeskongress des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzhelferinnen:** „*Wissen – Können – Handeln*“, Tel 0231-556959-0, Fax -553559

—10.-12.11., Berlin/Haus am Köllnischen Park: **Bundeshauptvers. des NAV-Virchow-Bundes** mit öffentl. Veranstaltung am 10.11., 10⁰⁰ Tel 0221-973005-0

—16.11.-18.11., Frankfurt: **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Mund, Zahn- und Kieferheilkunde (DGZMK)** in Kooperation mit dem Hessischen Zahnärztetag

—24./25.11., Bad Homburg: Sitzung des Arbeitskreises „**Psychologie und Zahnmedizin**“ der **Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)** mit der Arbeitsgemeinschaft Funktionsdiagnostik zum Thema „*Cranio-mandibuläre Dysfunktionen*“ Tel 06421-283672 Fax -286559, Margravs@mailers.uni-marburg.de

—24./25.11., Berlin/Hotel Mercure: **Tagung des Bezirksamtes Neukölln** zum Thema: „*Interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe*“ in Kooperation mit DAJ, BZÖG u.a., Leitung Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann, Tel 030-6809-3682

—17.01.2001, 20⁰⁰, Berlin/Geschäftsst. des NAV: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin Brandenb.:** „*Neues über Adhäsive*“, Referent Dr. Uwe Blunck, Zahnklinik Nord der Charité Tel. 030-9915003

— 24.01.2001, 20⁰⁰, Berlin/Geschäftsstelle des NAV: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin Brandenb.** zum Thema „*Anwendung von Composit-Materialien*“, Referent: Dr. Uwe Blunck Zahnklinik Nord der Charité Tel. 030-9915003

Buchbesprechungen Buchbesprechungen Buch

Franck Renouard, Bo Rangert
**Risikofaktoren in der Implantologie -
 klinische Diagnostik und Therapie**
 Quintessenz Bibliothek, 176 Seiten
 Preis 198 DM, ISBN 3-87652-581-0

Diese Buch ist durchgehend sinnvoll und gut mit klinischen Fotos und Schemazeichnungen farbillustriert. Am Anfang steht die systematische Darstellung der verschiedenen Risikofaktoren bei Implantationen: Es werden 1. allgemeine Risikofaktoren (wie Allgemeinerkrankungen, Rauchen, ungenügendes Knochenangebot) von 2. ästhetischen Risikofaktoren (wie ungünstige Papillenausprägung, hohe Lachlinie, überhöhte Erwartungen des Patienten) und 3. biomechanischen Risikofaktoren von implantatgestützten Versorgung (wie okklusale Belastung, Abstützung auch auf natürlichen Zähnen, Achsabweichung) unterschieden.

Informativ und einprägsam wird in tabellarischen Zusammenfassungen je nach Ausprägung der einzelnen Befunde zwischen günstigen (grün = O.k!), mäßig günstigen (gelb = Vorsicht!) und sehr ungünstigen Voraussetzungen (rot = Stop!) unterschieden. Diese Kennzeichnung durchzieht das gesamte Buch. Es wird deutlich, dass nicht immer ideale Voraussetzungen machbar und notwendig sind, eine Mißachtung mehrerer Risikofaktoren aber mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Mißerfolg führt.

Dem Praktiker wird so ein alltagsrelevantes Rüstzeug zur Implantatplanung,

aber auch zur Einschätzung von bestehenden Implantatversorgungen und zur Problemlösung an die Hand gegeben.

Die Beschränkung auf das Branemark-System wird nur bei der Behandlung technischer Mißerfolge unangenehm bemerkbar. Wer theoretische Hintergrundinformationen vermißt, kann sich mit einem Verzeichnis über vertiefende Literatur trösten. Die nachfolgenden Kapitel zur Versorgung des Ober- bzw. Unterkiefers zeigen für eine Vielzahl typischer klinischer Situationen mittels prägnanter, gut bebildeter Falldarstellungen Implantatlösungen, Risikofaktoren und Limitationen auf. Abschließend wird im Kapitel "Therapieschritte und Behandlungsprotokoll" der Bogen von der Diagnostik und Planung über Chirurgie und prothetische Versorgung zur Langzeitbetreuung gespannt. Auch hier geht es um Entscheidungshilfen, welche Vorgehensweise bei welchen Voraussetzungen sinnvoller ist. Von diesem Buch dürfen keine detaillierten Arbeitsanleitungen zum chirurgischen oder prothetischen Vorgehen erwartet werden. Diese sollten aber auch besser in praktischen Fortbildungskursen erlernt werden.

Dieses Buch stellt ein didaktisch hervorragend konzipiertes Repetitorium dar, das gerade dem implantologisch weniger Erfahrenen praxisnahe Planungs- und Entscheidungshilfen gibt und die Grenzen des Machbaren aufzeigt.

Jörg Hendriks, Aurich

Axel Bumann, Ulrich Lotzmann

Funktionsdiagnostik und Therapieprinzipien

Farbatlanten der Zahnmedizin Bd. 12

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York
359 Seiten, 858 meist farbige Abbildungen
in 1304 Einzeldarstellungen,
gebunden, 498 DM ISBN 3-13-787501-3

Der neue Atlas in der bewährten, klaren Konzeption der Thieme-Farbatlantenreihe dürfte mit seinem Erscheinen das Standardwerk für die manuelle Funktionsdiagnostik in der zahnärztlichen Praxis sein. Die Haupteinteilungen des Inhalts sind: Anatomie des Kausystems, Manuelle Funktionsanalyse, Bildgebende Verfahren, Modellmontage und Okklusionsanalyse, Instrumentelle Bewegungsanalyse, Diagnosen und Klassifikationen sowie Therapieprinzipien.

Die Funktionsdiagnostik und -therapie hat sich in den vergangenen 20 Jahren kontinuierlich weiterentwickelt. Hochspezialisierte Kollegen entwickelten mit der Industrie elektronische Artikulatormodelle, die berührungsfrei alle möglichen Bewegungsabläufe nachvollziehen. Dies ist die Spitze einer nach Perfektion süchtigen Zahnarzelite. Der erfahrene und um Qualität bemühte Praktiker bleibt ratlos zurück. Mit diesem Atlas haben Bumann und Lotzmann die Elite und den Praktiker wieder näher zusammengeführt, denn das Ziel der manuellen Funktionsanalyse ist die Überprüfung des Adaptationsgrades der Gewebestrukturen und die Suche nach Belastungsvektoren. Dies ist mit instrumenteller FAL nicht möglich. Es wird der Versuch unternommen, Klarheit in die Vielzahl der Terminologien und Begriffe zu bringen. Alle dargestellten Untersuchungs-

techniken (zum Arbeiten genügen die vorhandenen fünf Sinne) werden beispielhaft didaktisch und photographisch dargestellt.

Selbst die Basis der Diagnostik, die Anatomie, kann interessant und kurzweilig sein, wie 40 Seiten am Buchanfang zeigen. Eine willkommene Wissensauffrischung, falls das Examen bereits einige Zeit zurückliegt. Ganz selbstverständlich werden Muskelstrukturen ausführlich dargestellt und die verschiedenen progressiven und regressiven Gewebereaktionen erläutert. Am zufällig ausgewählten Begriff der »Bilaminären Zone«, der über zwei Seiten mit den Photos zweier anatomischer Präparate, vier Graphiken, zwei histologischen Bildern und einem Funktionsschema dargestellt wird, habe ich die Weiterentwicklung in der Literatur nachvollzogen. Im Kiefergelenk-Buch von Solberg/Clark (1983/Quintessenz-Verlag) gibt es zur »Bilaminären Zone« nur eine Graphik mit 15 Hinweisfeilen, aber sonst keine weiterführenden Ausführungen. Im *Kiefergelenksfehlfunktionen*-Buch von Steenks / Wijer (1991 / Quintessenz - Bibliothek) ist die Bilaminäre Zone keinen Eintrag im Register wert.

Bumann hat die bereits bekannten orthopädischen Untersuchungstechniken der *Manuellen Funktionsanalyse* zusammengeführt und mit dem Physiotherapeuten Groot Landeweer weiterentwickelt. Dieses Konzept wird auf den folgenden 87 Seiten ausführlich mit step by step Darstellungen erklärt. Jeder Kollege, der manuelle Funktionsanalyse anwendet, findet hier die Antworten bei allen auftauchenden Fragen. Die Photos und Texte bestechen durch erstklassige Ausführungen und Erläuterungen.

Die nachfolgenden 60 Seiten informieren über *Bildgebende Verfahren*. Es werden Vor- und Nachteile sowie Indikationen verschiedener Röntgentechniken erläutert. Die historischen Röntgentechniken werden nur gestreift. Zwei Drittel der Ausführungen beschäftigen sich ausschließlich mit der Magnetresonanztomographie (MRT). Dieses Kapitel ermöglichte mir erstmals, dass ich auf MRT-Aufnahmen Zusammenhänge verstanden und selbst erkannt habe.

Der große Abschnitt über *Modellmontage und Okklusionsanalyse* ist unnötig und überflüssig. Jeder Kollege kennt sein eigenes Artikulationssystem und benötigt keine Hinweise, dass z.B.: Alginsäure durch Einstreuen von Gipspulver gebunden werden soll.

Das Kapitel der *Diagnosen und Klassifikationen* (30 Seiten) versucht alle Definitionen mit den im Buch verwendeten gewebespezifischen Diagnosen in Übereinstimmung zu bringen. Die Erklärungen und Schemata sind als praxisnahe Orientierung gedacht und schaffen eine direkte Verbindung zu den eigenen Patientenanamnesen.

Die letzten Seiten sind den *Therapieprinzipien* gewidmet. Es werden die Grundprinzipien der Therapiemöglichkeiten erwähnt. Es soll damit wahrscheinlich Lust auf einen möglichen Nachfolgebund mit diagnosebezogenen Therapien geweckt werden.

Dieser Atlas ist ein **Muss** für Kollegen, die sich für Manuelle Funktionsdiagnostik interessieren. Er ist ein teures Extra-Bonbon für Kollegen, die sich vielfältige Anregungen für die tägliche Praxis gönnen wollen.

Helmut Simon, München

Norbert Schwenzer, Michael Ehrenfeld
Allgemeine Chirurgie

Lehrbuch zur Aus- und Weiterbildung
Band 1, 3. aktualisierte Auflage
Georg Thieme Verlag Stuttgart
327 Seiten, 284 meist farbige Abbildungen
in 440 Einzeldarstellungen, 59 Tabellen,
148 DM, ISBN 3-13-593403-9

Dieser Lehrbuchklassiker ist in der 3. Auflage völlig neu überarbeitet worden. In nunmehr drei Bänden vermittelt das Werk einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der zahnärztlichen Chirurgie und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Der erste Band ist in die Kapitel: 1- Wundlehre, 2- Blutung und Blutstillung, 3- Transfusionsmedizin, 4- Hygiene und Infektionsprävention, 5- Anamnese, Befunderhebung und Dokumentation, 6- Allgemeinanästhesie, 7- Weichteilinfektionen, 8- Spezifische Infektionen, Pilzkrankungen, Allergie, 9- Entzündungen des Knochens, 10- Bildgebende Verfahren, und 11- Notfallmedizin aufgeteilt. Neu sind die Kapitel Anamnese, Befunderhebung, Dokumentation und Notfallmedizin. Im Kapitel Bildgebende Verfahren sind die neuesten Erkenntnisse im Bereich Nuklearmedizin, Sonographie, CT und MRT anschaulich dargestellt. Jedes Kapitel, farblich markiert, ist in sich abgeschlossen, mit einer Zusammenfassung und Angaben zur weiterführenden Literatur. Das Buch im bewährten Thieme-Standard wurde im Layout modernisiert, Bilder, Fotos und Grafiken in hervorragender Qualität sind alle farblich. Spezielle Informationen sind hervorgehoben. Merksätze, Fehler, Risiken und Gefahren, Praxistipps und Hintergrundwissen sind durch spezielle Symbole gekennzeichnet. Durch die klare Gliederung, das didaktische Konzept mit Star-

ter als Kurzüberblick, Grundlagen-Abschnitten und Zusammenfassungen am Kapitelende vermittelt das Buch dem Studierenden im klinischen Studienabschnitt unentbehrliches Basiswissen. Aber auch der Praktiker findet in diesem Lehrbuch sehr viel Informationen und neuere Erkenntnisse zur Vertiefung und Wissensserweiterung.

Dietrich Dombrowski

Caleffi/ Berardi/ Noack

Keramikverblendschalen-Veneers

Klinische Erfahrungen und neue Methoden - von der klassischen Keramik bis zu Pressverfahren, Quintessenz-Verlag, 152 S. Hardcover, 98 DM, ISBN 3-87652-243-9

Keramikveneers nehmen unter den verschiedenen Lösungen der Ästhetik im Frontzahnbereich immer mehr Raum ein, allerdings bin ich nicht der Meinung, dass sie sich entschieden durchgesetzt haben. Der hohe Kostenfaktor für den Patienten sowie der große Zeitaufwand für den Behandler setzen hier immer noch Grenzen. Aufgrund der Fortschritte auf dem Gebiet der Keramikverarbeitung, der dentalen Haftsysteme und der Weiterentwicklung der keramischen Materialien bieten die Keramikveneers jedoch in vielen Fällen eine ansprechende Alternative zu den Kompositrestaurationen, ohne einen orthodontischen oder prothetischen Eingriff auszuschließen. Ihr Vorteil besteht natürlich in der Ästhetik, nicht nur bei Erosionen, Abrasionen und Keildefekten, sondern auch im kariös geschädigten Gebiß. Die vorliegenden, sehr gut bebilderten Fallbeispiele aus alltäglichen Praxis-situationen veranschaulichen in kleinen

Teilschritten genau die langjährig erprobte Vorgehensweise. Veneers galten noch vor ein paar Jahren als exotische Technik, die sich inzwischen zu einer hartsubstanzschonenden Versorgung entwickelt hat. Das vorliegende Werk ist sowohl für Behandler als auch für Zahntechniker sehr empfehlenswert und der Preis durchaus angemessen.

Silke Lange, Oldenburg

Jürgen Düker

Röntgendiagnostik mit der Panorama-Schicht-Aufnahme

Hüthig Zahnmedizin, 2. überarb. u. erw. Auflage 2000, 583 Seiten, 387 Abbildungen in 1271 Einzeldarstellungen, 255 DM ISBN 3 830450346/695

Das Buch "Röntgendiagnostik mit der Panoramaschichtaufnahme" von J. Düker stellt in seiner 2. überarbeiteten Auflage ein hervorragendes Nachschlagewerk für jeden dar, der sich mit der Diagnose und der Differentialdiagnose im Zahn-, Mund- und Kieferbereich beschäftigt. Eine systematische Gliederung, sowie die auch im Detail sehr gut auswertbaren Panoramaaufnahmen, erleichtern es dem Praktiker, seine primäre Fragestellung und die zusätzlichen Zufallsbefunde einzuordnen. Das Buch sollte in jeder Zahnarztpraxis stehen, denn die komplizierten Strukturen des Schädels zeigen auf den Panoramaaufnahmen eine Fülle von Details und Befunden, die erkannt und eingeordnet werden müssen. Korrekt diagnostizieren kann man bekanntlich nur das, was man schon einmal gesehen und ausgewertet hat.

Gerd Ebenbeck, Regensburg

DAZ nutzt Pause nach Gesetzesmarathon für Gespräche und Reflexion des eigenen Standorts

Während im Vorjahr die DAZ-Aktivitäten stark von Aktionen und Reaktionen in Bezug auf die in Arbeit befindliche und schließlich verabschiedete Gesundheitsreform bestimmt wurden, bietet das Jahr 2000 eher Muße zu grundsätzlichen Überlegungen. Nicht zufällig hatten wir mit dem Referenten der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung in Frankfurt, Kurt Erdmann, stellvertretender Chefredakteur der Ärzte-Zeitung, als Thema vereinbart: „Wann kommt die Strukturreform im Gesundheitswesen? Standortbestimmung und Perspektiven“. Denn grundsätzlich gilt in unserer schnell lebigen Zeit immer: „Nach der Reform ist vor der Reform“, so dass man gut daran tut, nach Abschluss eines Gesetzes mit der Ideen-Sammlung für das nächste zu beginnen. Bei der von Verfahrenspannen und der Ablehnung im Bundesrat gekennzeichneten GKV-Strukturreform 2000 war und ist die Vorläufigkeit besonders augenfällig. Auch ihre Befürworter gehen davon aus, dass dem verabschiedeten Gesetzestorso über kurz oder lang weitere Reform-Schritte folgen müssen.

Referent der Frühjahrstagung kritisiert Körperschaften und Standespolitiker

Allerdings sollten die gesundheitspolitisch Engagierten, so der Appell des Wirtschaftswissenschaftlers und langjährigen Beobachters der ärztlichen und zahnärztlichen Szene, ihre Erwartungen nicht nur auf mögliche Aktivitäten des

Gesetzgebers richten. Mit scharfen Strichen zeichnete Erdmann ein Bild der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, bei dem er nicht mit Kritik an Ärzten und Zahnärzten sparte und insbesondere das Problem der nicht medizinisch, sondern wirtschaftlich indizierten Leistungen brandmarkte. Die gegenläufige Entwicklung von Zahnärzte- und Einwohner-Zahlen spricht für sich. Während die Zahl der Zahnärzte von 1980 bis 1997 um 50% wuchs, sank die Zahl der Patienten pro Zahnarzt um 25%, zusätzlich gab es einen enormen Rückgang der Zahnerkrankungen (R. Saekel vom Bundesgesundheitsministerium spricht von 25%). Die zu erwartende Reduzierung von Wartezeiten, Umfang und Kosten von Behandlungen blieb aus. Die meisten Standespolitiker weigern sich, dieses Problem zu thematisieren. Stattdessen ist allein die Rede von den – tatsächlich ebenfalls vorhandenen – Budgetierungs-bedingten Leistungsbeschränkungen.

Laut Erdmann haben Berufsverbände und Körperschaften die Zeichen der Zeit verschlafen. KV'en und KZV'en halten an überkommenen Strukturen und Pfründen fest, anstatt für ein gut organisiertes und bezahlbares Gesundheitswesen zu streiten - im Rahmen der Möglichkeiten der Selbstverwaltung, die der Journalist durchaus noch als gegeben ansieht. Die KV'en und KZV'en könnten gegen Unwirtschaftlichkeiten und Qualitätsmängel vorgehen

und sinnvolle Veränderungen der Praxisorganisation fördern. Für Erdmann ist klar, dass in naher Zukunft in der ambulanten Medizin größere, wirtschaftlicher arbeitende Einheiten mit gegenüber heute veränderten Personal- und Finanzierungsstrukturen die bisherigen Einzelpraxen verdrängen werden. Die Körperschaften sollten solche Entwicklungen mitgestalten, anstatt sie zunächst zu blockieren und sich dann von ihnen überrollen zu lassen. Daneben stellte Erdmann einen ganzen Katalog von Forderungen auf, die von vielen im DAZ sicher unterschrieben würden. Dazu gehören die Ausgrenzung bestimmter versicherungsfremder Leistungen aus der GKV, die Beschränkung der Beitragsbemessung nicht nur auf Arbeitseinkommen, die Überprüfung der beitragsfreien Mitversicherung, die steuerliche Besserstellung von Vorsorgeaufwendungen usw.

Leistungsausgrenzungen gewinnen Befürworter

Gravierende Veränderungen wird es laut Erdmann auch für die Patienten geben. Die Leistungskataloge werden zusammengestrichen werden; im Bereich der Zahnmedizin sieht er z.B. schon einen parteiübergreifenden Konsens zur Ausgrenzung der Prothetik. Mit der Verringerung der Leistungen müssten die Beiträge sinken, so dass der Einzelne mehr Wahlfreiheit gegenüber heute erhielte und sich für die weggefallenen Bereiche zusätzlich privat versichern könnte. Die GKV müsse sich, so Erdmann, auf ihre eigentliche Aufgabe zurückbesinnen, nämlich: „erkrankte Erwerbstätige rasch wieder ins Erwerbsleben zurückzuführen und die finanziellen Folgen einer schweren Erkrankung auch im Alter solidarisch abzusichern“.

Konsequenzen von Grund- und Wahlleistungen noch unklar

Eine solche Definition geht weit hinter das Selbstverständnis der heutigen GKV zurück. Ähnlich wie das angedeutete Wahlleistungs-Szenario bleibt sie die Antwort auf die Frage schuldig, wie der wachsende Teil weniger begüterter und z.T. nicht erwerbstätiger Menschen in unserem Land zukünftig versorgt werden soll und welche Konsequenzen eine nach Einkommen und Versicherungsschutz differenzierte Versorgung für die Berufsausübung von Ärzten, Zahnärzten und anderen Leistungserbringern haben wird. Wer sich für den Vortrag von Kurt Frank Erdmann näher interessiert, kann den Text in der DAZ-Geschäftsstelle anfordern. Anfordern können Sie übrigens auch Informationen über den Fach-Vortrag der Frühjahrstagung, der in diesem Jahr von der Endodontie-Spezialistin Dr. Claudia Barthel von der Zahnklinik Nord der Charité gehalten wurde und sehr prägnant und gerafft den aktuellen Stand dieser Disziplin für den Praktiker präsentierte. Das Referat wurde dokumentiert in „der artikulator“ Nr. 71/2000; Kopien sind über die DAZ-Geschäftsstelle erhältlich.

Doch noch einmal zurück zur Diskussion über mögliche zukünftige Reformen. Ob es im Fall von Leistungsausgrenzungen überhaupt zu den versprochenen Beitragsreduzierungen kommt, darf bezweifelt werden, nachdem verschiedene Untersuchungen einen deutlich steigenden Finanzbedarf der GKV schon aufgrund der Demographie prognostizieren. Und selbst wenn die Beiträge geringfügig sinken würden, belegen verschiedene Umfragen, dass ein differenziertes Angebot von Vertrags- bzw. Grundleistungen sowie Zusatz- oder Wahlleistungen nicht den

Wünschen der Mehrzahl der gesetzlich Versicherten entspricht. Sie möchten weiterhin einen möglichst umfassenden Versicherungsschutz und würden dafür sogar steigende Beiträge akzeptieren.

Umfassende Beschreibung der Zahnheilkunde in Angriff genommen

Interessant wird es in diesem Zusammenhang sein, die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Erarbeitung eines neuen, präventionsorientierten BEMA durch den Bundesausschuss zu verfolgen. Noch tagen die Kassen und die zahnärztliche Seite getrennt. Die Zahnärzte – d.h. eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von BZÄK, KZBV und DGZMK sowie Funktionsträgern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften – erstellen derzeit eine vollständige Beschreibung der modernen Zahnheilkunde. Im Mai 2000 luden sie verschiedene Verbände, u.a. den DAZ, zu einer Präsentation nach Köln ein. Parallel zu den Definitions-Aktivitäten wird eine arbeitswissenschaftliche Studie durchgeführt, durch die für die 30 häufigsten Leistungen der zu einer korrekten Erbringung nötige Zeitaufwand und die mentale und physische Belastung gemessen werden sollen. Als positiv wertet der DAZ, dass einer gründlichen Diagnostik im Rahmen des Projektes ein sehr hoher Stellenwert zugemessen wird. Hier besteht Übereinstimmung mit der auf Kassenseite etablierten Arbeitsgruppe, die ebenfalls die Diagnostik ausbauen und aufwerten möchte.

DAZ fordert Moderator

Ob allerdings die Arbeiten am neuen BEMA im gesetzlich vorgeschriebenen Zeitrahmen bewältigt werden können und ob es zu einer fruchtbaren inhaltli-

chen Auseinandersetzung über den Leistungskatalog zwischen den Vertragspartnern kommen wird, ist für den DAZ noch nicht ausgemacht. Er appelliert insofern an die Bundesregierung, durch einen Moderator den Prozess der gemeinsamen BEMA-Überarbeitung zu fördern und zu beschleunigen. Nach seiner Frühjahrstagung hat er u.a. durch eine entspr. Presseerklärung sowie auch in einem Gespräch mit dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses, dem Bundestagsabgeordneten Klaus Kirschner, für diese Idee geworben.

Falschmeldungen über juristische Niederlagen des DAZ

Während nicht nur im Bereich BEMA-Umstrukturierung eine zunehmende Übereinstimmung verschiedener zahnärztlicher Gruppierungen und Körperschaften festzustellen ist, sorgt die KZV Niedersachsen weiterhin für massive Konflikte. Seit der stellvertretende DAZ-Vorsitzende Dr. Roland Ernst aus Edewecht in verschiedenen Forum-Beiträgen die Finanzschiebereien der KZVN beleuchtet und der DAZ hierzu eine Reihe von Pressemeldungen herausgegeben hat, reißen die Versuche nicht ab, die Kritiker zu desavouieren und mundtot zu machen. Die KZVN initiierte vor verschiedenen Gerichten Verfahren gegen Ernst bzw. den DAZ. Die in einem der Verfahren angerufene Staatsanwaltschaft Köln veranlasste von Amts wegen Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Hannover gegen den KZVN-Vorstand. Diese wurden allerdings später eingestellt.

KZVN mehrfach gegen DAZ bzw. DAZler unterlegen

Die KZVN nahm die Verfahrenseinstellung zum Anlass, sich in Pressemeldungen

über die "schwere juristische Schlappe" des DAZ auszulassen. Zeitgleich unterlag die KZVN in einem Verfahren gegen Dr. Roland Ernst in allen Punkten. Obwohl inzwischen beide Urteile schriftlich vorliegen, weigert sich übrigens der Nord-Kurier mit pauschalem Verweis auf das Landespressegesetz, in seinem Medium eine Richtigstellung der Falschmeldung vorzunehmen. Zu hoffen ist, dass trotz solcher Informationspolitik möglichst viele niedersächsische Zahnärzte erkennen, wie wenig der derzeitige KZV-Vorstand in ihrem Interesse handelt, und daß sie bei den anstehenden Wahlen für einen politischen und persönlichen Neuanfang votieren. Nähere Informationen über die Auseinandersetzung um die „niedersächsischen Verhältnisse“ sind über die DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402-928811) oder das Kölner DAZ-Büro zu erhalten.

Bei der jüngsten DAZ-Ratssitzung am 8.7. in Hamburg nahmen verständlicherweise die Auseinandersetzung mit der KZVN und die Frage, welche bundespolitischen Veränderungen sich daraus ergeben könnten, einigen Raum ein. Aber es ging auch um anderes, so um die neu aufgeflammtten Auseinandersetzungen Praxislabor versus gewerbliches Labor. Aus DAZ-Sicht soll dem Zahnarzt auch in Zukunft die Möglichkeit, ein Praxislabor zu betreiben, erhalten bleiben. Zweifellos gelten dann auch die einschlägigen Bestimmungen fürs Praxislabor (Einhaltung des Medizinproduktegesetzes, Vorhandensein eines Zahntechnikermeisters als Voraussetzung für Ausbildungsbefugnis usw.). Weitere Infos zur Kontroverse Praxislabor/gewerbliches Labor können bei der DAZ-Geschäftsstelle bezogen werden.

Patientenberatung der Verbraucherzentrale Hamburg

Als weiteres aktuelles Thema stand bei der DAZ-Ratssitzung in Hamburg der Komplex Patientenschutz/Patientenberatung auf der Tagesordnung. Für Verbesserungen in diesem Bereich hat der DAZ sich bereits vor Jahren eingesetzt und die Entwicklung seitdem verfolgt. In den letzten Jahren haben die Verbraucherorganisationen dieses Arbeitsfeld für sich entdeckt. Hamburg ist das Bundesland, in dem schon wesentlich früher als anderswo gesundheitliche Verbraucherberatung etabliert wurde. Die für Patientenberatung zuständigen Mitarbeiter haben den expliziten Auftrag, das Versorgungsangebot kritisch zu beobachten und der Landesregierung über Defizite und Negativentwicklungen zu berichten. Insofern ist der Austausch mit den Hamburger Verbraucherberatern besonders interessant und vermittelt Erfahrungen, die andernorts noch nicht einmal ansatzweise vorliegen. Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg (VZ) skizzierte bei der DAZ-Sitzung Organisationsform, Themenschwerpunkte und Vorgehensweise der Beratungsstelle und deren zeitliche und materielle Ressourcen. Hervorzuheben ist, dass die VZ von einem aus sehr unterschiedlichen Gruppierungen gebildet und damit weitgehend interessensneutralen Verein getragen wird und neben individueller Beratung auch strukturelle Arbeit leistet. Das heißt, sie versucht herauszufinden, ob den einzelnen Beschwerden grundsätzliche Defizite zugrunde liegen, und diese wenn möglich zu beheben und/oder publik zu machen. Sie steht den ärztlichen/zahnärztlichen Körperschaften, Kliniken und Pflegeeinrichtungen kritisch gegenüber, koope-

riert aber auch mit ihnen. So haben z.B. zwei Kliniken eine Hotline zur VZ-Patientenberatung eingerichtet und bieten ihren Patienten bei Problemen die VZ als Beratungsmöglichkeit an, wobei die Kliniken die anfallenden Kosten übernehmen. Solche Kooperationen, bei denen die VZ-Mitarbeiter ganz unabhängig und vom jeweiligen Partner unbeeinflusst ihre Beratungsaufgaben wahrnehmen können, sind auch mit anderen - beispielsweise Zahnärztlichen - Institutionen vorstellbar.

Stärkung der Patienten- und Verbraucher-Souveränität – ein langwieriger Prozess

Mit dem jüngsten Reformgesetz wurde die Förderung und bundesweite Ausweitung von Patientenberatung zum Programm erhoben, wobei den Krankenkassen die Verteilung der Fördermittel übertragen ist. Aus Sicht von Kranich sind trotz der geplanten Förderung keine spektakulären Veränderungen zu erwarten. Eine machtvolle Patientenbewegung, wie sie beispielsweise in den Niederlanden existiert, kann nicht per Federstrich bzw. durch Zuweisung von ein paar Millionen DM aus dem Boden gestampft werden. Sie muss vielmehr von unten her wachsen, und das braucht Jahre bis Jahrzehnte.

Zu hoffen ist, dass die vorgesehenen Modellvorhaben zur Stärkung der Patientensouveränität und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes (das Konzept der GKV-Spitzenverbände zur Umsetzung kann beim DAZ angefordert werden) nicht zu bloßen Alibiveranstaltungen verkommen und nicht nur eine Menge Organisationsaufwand mit vergleichsweise geringem Effekt für die ei-

gentliche Zielgruppe mit sich bringen. Der gleiche Wunsch drängt sich auf in Bezug auf das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) initiierte Projekt AFGIS = "Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem". Ziel dieses Projektes ist es, die Informationsfülle zu medizinischen Themen im Internet für im Gesundheitswesen Tätige und für Patienten übersichtlicher und zugänglicher zu machen, sie ggf. zu ergänzen, bei der Bewertung von Informationsangeboten zu helfen und so etwas wie Qualitätssicherung für Informationsinhalte im Internet einzuführen usw.

Was bringt AFGIS den Patienten?

Am 15.6.00 fand in Bonn im BMG ein Arbeitstreffen hierzu statt, bei dem von staatsnahen Institutionen wie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über Vertreter von Länderministerien, große Kassen wie die AOK, Ärzte- und Apothekerverbände, Verbrauchervertretungen, Uni-Vertreter etc. bis hin zu kleinen Beratungsfirmen und Selbsthilfe- und Patienten-Organisationen ein sehr heterogener Kreis vertreten war, darunter auch der DAZ. Als Strategie des BMG wurde deutlich, dass man die Hauptarbeit und den Ressourceneinsatz eher den einzelnen Beteiligten = "Kooperationspartnern" überlassen und selbst nur Anstöße geben will. Dass viele sich beteiligen können, scheint positiv; allerdings stellt sich die Frage, ob angesichts des für die Mitarbeit erforderlichen Aufwandes nicht bald nur noch die großen finanzkräftigen und keineswegs Interessens-neutralen Organisationen das Feld beherrschen und damit auch über Informationsangebote bestimmen werden. Ob insgesamt durch die Beteiligung vieler Organisationen mehr Übersichtlich-

keit, bessere Bedienbarkeit, mehr Transparenz und höhere Qualität der Informationen im Gesundheitsbereich erreicht werden können, scheint fraglich. Denn bei vielen Kooperationspartnern steht sicherlich der Wunsch, sich per Internet zu profilieren, vor den für AFGIS formulierten Zielen. Nächster Arbeitsschritt ist die Bildung von Unter-Arbeitsgruppen und die Verabschiedung einer Resolution, in der die AFGIS-Ziele beschrieben werden. Weitere Infos sind über den DAZ oder übers Internet www.AFGIS.de zu erfahren.

Zeit der Grundsatzprogramme ist vorbei

Bei der DAZ-Ratssitzung in Hamburg stand – neben den erwähnten konkreten Fragestellungen – auch noch ein sehr allgemeines und grundsätzliches Thema auf der Tagesordnung: die Frage nach der Standortbestimmung des DAZ, nach seinem Selbstverständnis, seinem Programm. Tatsächlich wurde zuletzt vor zehn Jahren nach monatelanger verbandsinterner Diskussion eine Broschüre mit „Grundsätzen und Empfehlungen“ erstellt. Seither setzt sich immer mehr der Eindruck durch, dass die Zeit der Grundsatzprogramme vorbei ist. Das Geschehen ist zu schnell lebendig geworden, und die Rolle des DAZ wandelt sich. War er langezeit ein Kritiker von außerhalb, so wird er immer mehr zu einem Teil des Systems. Jedoch entwickelt er sich dabei nicht zur Konkurrenz für andere: er versucht, die Richtung zu beeinflussen, strebt aber nicht nach Posten für die eigenen Mitglieder. Nach wie vor sieht er Chancen und Spielräume für eine verantwortlich ausgefüllte Selbstverwaltung, nach wie vor sieht er es als seine Aufgabe, für ein solidarisch abgesicher-

tes Leistungsangebot einzutreten, das auch weniger Betuchten eine vernünftige zahnmedizinische Versorgung ermöglicht. In vielen Detailfragen müssen allerdings frühere Positionen überdacht oder auch ganz neu formuliert werden. Bis zur DAZ-Mitgliederversammlung (MV) sollen einige Kernpunkte herauskristallisiert und bei der MV zur Diskussion gestellt werden. Alle Interessierten sind zur Beteiligung aufgefordert.

DAZ-Jahrestagung am 07.10.2000

Die DAZ-Mitgliederversammlung findet nachmittags im Rahmen der Jahrestagung am 7.10.2000 in Berlin statt; am Vormittag ist fachliche Fortbildung angesagt. Dr. Stefan Hägewald von der Zahnklinik Nord der Charité referiert über die neuesten Entwicklungen in der Parodontologie. Gesellige Abende und ein Kulturprogramm runden die Veranstaltung ab. Dank der Firma Praxis Expert, liiert mit dem Wirtschaftsdienst des NAV-Virchow-Bundes, können wir den Teilnehmern die Fortbildung kostenfrei anbieten und sogar noch zu einem herzhaften bayerischen Mittagessen einladen. Bitte melden Sie sich frühzeitig an; weitere Infos und den Rückmelde-Coupon finden Sie in diesem Heft.

Ich wünsche schöne Sommertage und hoffe auf Ihre Beteiligung bei unserer Jahrestagung.

*Mit freundlichen Grüßen
Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin*

*Redaktionsschluss für DAZ-forum 71
ist der 4. Oktober 2000*

Der DAZ stellt sich vor



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

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.

Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchow-Bund, um so gemeinsame gesundheits- und berufspolitische Positionen effektiver vertreten zu können und die fachliche Zusammenarbeit zwischen Human- und Zahnmedizin zu verstärken.

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift *DAZ-forum* mit Fortbildungsberichten und In-

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Verbindung mit dem NAV-Virchow-Bund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren. Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und Zusatzleistungen innerhalb der GKV
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- die Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

-Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

Die zahnärztlichen Assistenzberufe können mehr leisten, als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung der Kompetenzen bei: Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenz.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KZVen

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

Impressum

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

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

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

Erscheinungsweise 4 mal jährlich

Auflage 2500 Exempl., bei Sondernummern 6000

Bezugsbedingungen Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 40.-DM

Für Mitglieder des DAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten das DAZ-forum auf Anfrage.

Layout, Satz, Anzeigenverwaltung, Mediadaten

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

Druck MEINDL-DRUCK GmbH, Gewerbestraße 72 82211 Herrsching

DAZ-Kontaktadressen



DAZ-ler in vielen Regionen jetzt auch per E-Mail erreichbar!

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

Baden-Württemberg

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

Berlin

E. Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915003,
Fax 03342 99284908
Dr. Annette Bellman,
E-Mail AKP.Bellmann@t-online.de

Sachsen / Chemnitz

Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,
09130 Chemnitz,
Tel. 0371 4012228, Fax 0371 4028686,
E-Mail Ralf_Eisenbrandt@t-online.de

Elbe - Weser

Dr. Frank Kopperschmidt,
Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck,
Tel. 04149/1066;
Dr. Till Ropers, E-Mail Dr.Ropers_Dzingel
@t-online.de

Freiburg

Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215,
79211 Denzlingen, Tel. 07666 2410

Hamburg

Th. Murphy, Poppenbütteler
Chaussee 45, 22397 Hamburg,
Tel.040 6074151, Fax 040 6074152
Dr. Ulrich Happ, E-Mail DrHapp@talknet.de

Oberbayern / München

Dr. H. Brosch, Ammerseeestr.6,
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341

Dr. Kai Müller,
E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de

Nordrhein

Nordrhein, Dr. Rainer Küchlin,
Am Buschhof 12, 53227 Bonn,
Tel. 0228 440231, Fax 0228 462862

Oberpfalz

Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße
1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404 4455,
Fax 09404 5290
E-Mail Dr_Ostermeier@t-online.de

Oldenburg

Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291,
26180 Rastede, Tel. 04402 928811,
Fax 04402 928831;
Dr. Roland Ernst, E-Mail
Ernst.Roland@t-online.de

Rheinhessen

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

Schleswig Holstein

Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43,
24217 Schönberg, Tel. 04344 9020,
Fax 04344 3349,
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

Thüringen

Dr. B.Kröplin, Leine-Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt, Tel./ Fax
03606 9518, E-Mail MKroeplin@aol.com

Westfalen - Lippe

Dr. U. Zibelius, Mittelstr. 17, 32657 Lemgo
Tel. 05261 10166, Fax 05261 92901

DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,
50668 Köln Tel. 0221 973005 - 45, Fax
7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Internet-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.1999

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM
 Assistenz ZÄ/ZA, 180.- DM
 Niedergel.ZÄ/ZA, 360.- DM
 ZÄ/ZA im Ruhestand 60.- DM

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

Anmeldung zur DAZ-Jahrestagung 2000

6.-8.10. in Berlin, Schönhauser Allee 36, Leopold's Wirtshaus in der Kulturbrauerei,

Hiermit melde ich mich zur DAZ Jahrestagung am 7.10.2000 an.

Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
angestellter Zahnarzt.....
Student.....

Ich nehme an der PAR-Fortbildung teil.....
Ich nehme an der DAZ-Mitgliederversammlung
(7.10.2000 ab 14.00 Uhr) teil.....
Ich habe Interesse am Kulturprogramm.....
Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

Meine Adresse/ Tel./Fax/ e-mail

An den

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

Fax 0221 - 7391239

e-mail:
DAZ.Koeln@t-online.de

Aktien-Investmentfonds

Die Mischung macht's!

40%

Erstes Gebot für Anleger:

Fundament schaffen

- Templeton Growth Fund, Inc.
- ACM Global Growth Trends Portfolio
- Pioneer Global Equity Fund Plc
- DWS Akkumula
- Davis Value Fund

40%

Nicht vernachlässigen:

Die Ergänzung in €

- Metzler Wachstum International
- Templeton EuroMarket Growth Fund
- DWS Eurovesta
- ACM Euro Growth Portfolio
- Metzler Euro Growth

20%

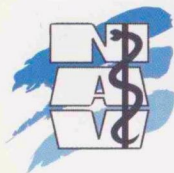
Zur Abrundung:

Dynamische Fonds für risikobereite Anleger

- The Alger Fund
- Metzler Euro Small Cap
- ACM International Health Care Fund
- Franklin Biotechnology Discovery Fund

Interessiert?

Dann faxen Sie den Antwortcoupon.



NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH

Sedanstraße 13 -17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 973 55 169
Fax (0221) 973 55 55

Antwortfax 0221) 973 55 55

- Ja**, ich möchte „mitmischen“. Bitte informieren Sie mich.
- Ich wünsche eine Beratung. Telefonisch bin ich erreichbar unter _____ / _____, am besten zwischen _____ und _____ Uhr.

Absender

0207307

Anzeige

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



Medizinische Mund- und Zahnpflege
aus der **elmex**[®] Forschung



WYBERT GmbH
Spezialist für orale Prävention