

74

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

20. Jahrgang 3. Quartal 2001 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



An einem Strang ziehen...

SPD lockert ideologische Tabus

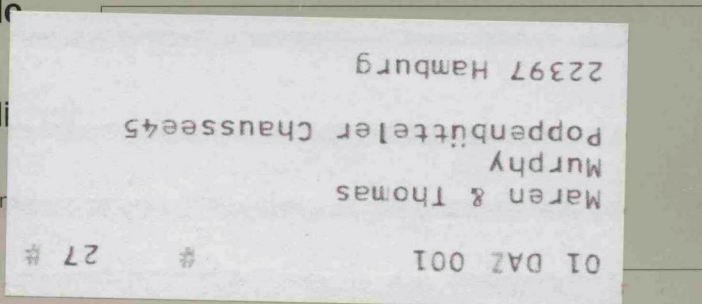
Perlen vor die Pinguine

**Minimalinvasive konservierende
Zahnheilkunde**

**Abrechnung
außervertraglicher
Leistungen**

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

**Rückblick auf
20 Jahre
DAZ-Initiativen**





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



Vollkommen

Für ästhetische und zahnfarbene Restaurationen ist Vollkeramik der Werkstoff erster Wahl. Als Keramikspezialist bietet Ihnen Degussa Dental mit Cergogold eine Vollkeramik, die über eine besonders lebendige Lichtdynamik und damit sehr natürliche Ästhetik verfügt.

Cergogold eignet sich für Inlays, Kronen, Veneers und Onlays. Dazu besteht die Möglichkeit, vollkeramische Restaurationen mit den Vorteilen hydrothermaler Keramik auszustatten: Cergogold läßt sich problemlos mit Duceragold verblenden. Und weil beide Werkstoffe die hohen Qualitätsanforderungen von GoldenGate System erfüllen, erhalten Sie eine komplette Keramikversorgung nicht nur aus einer Hand, sondern auch in einem vom Hersteller entwickelten Dentalsystem.



So profitieren Sie mit Cergogold und Duceragold von einem CE-geprüften System, bei dem alle Werkstoffe optimal von der Degussa Dental Forschung aufeinander abgestimmt sind und eine hervorragende Biokompatibilität aufweisen.

www.degussa-dental.de

Degussa Dental

a healthy world smiles

Inhalt

Editorial	Erfolgreich an einem Strang ziehen	2
Gesundheitspolitik	SPD lockert ideologische Tabus	4
	Wider die Ökonomie	6
	Rückblick auf 20 Jahre DAZ-Initiativen	8
	Jahrzehntelange Diffamierung	12
	Perlen vor die Pinguine?	16
DAZ-Jahrestagung 2001		18, 39
Aus der Hochschule	Minimalinvasive konservierende Zahnheilkunde	20
	Das Hirngespinnst des lateralen Kanals	27
Aus der Praxis	Minimal invasiv - maximal innovativ	30
	Abrechnung außervertraglicher Leistungen	32
	Interessante Urteile	38
Zahnärztliche Entwicklungshilfe	Famulatur in Namibia	42
Termine		49
Leserbriefe		50
Buchbesprechungen		54
Verbandsnachrichten		59
Gesucht - gefunden		60
Der DAZ stellt sich vor		61
Impressum		62
Kontaktadressen		63
Anmeldung zur Jahrestagung		64

Erfolgreich an einem Strang ziehen ...

Die großen Bundesorganisationen haben in der Zahnmedizin an Bedeutung verloren. Ihre Führungen tun sich schwer, sich den sich verändernden Verhältnissen anzupassen. Nicht zuletzt durch das erfolgreiche Engagement des DAZ ist dieser Zustand deutlich sichtbar geworden. Beispiel Niedersachsen:

Während sich in der KZV die ewig gestrigen "Fundamentalisten" gerade noch einmal die Macht unter Ausnutzung aller Tricks und ohne Mehrheit der Wählerstimmen ergaunert haben, stellen in der Zahnärztekammer die "Realos" - auch ziemlich knapp - die Mehrheit.

Solche Konstellationen gibt es nicht nur in extrem polarisierten Ländern wie Niedersachsen. Auch in homogen erscheinenden Körperschaften, ja selbst im "zentralistisch geführten Kampfverband FVDZ", stehen sich zwei fast gleichstarke Fraktionen gegenüber. Da fällt es schwer, erfolgreich an einem Strang zu ziehen, wenn jede Fraktion an einem anderen Ende anpackt! Auf der Seite unserer Vertragspartner vollzieht sich ein ähnlicher Prozess:

Während kleine, kostengünstig arbeitende, häufig regional ausgerichtete Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen Versicherte locken, verlieren die großen, überregionalen Kassen mit ihren teuren Bürokratischen Mitgliedern und Einfluß. In ihrer Not klammern sich (speziell die Ersatz-) Kassen an den Strohalm "Wirtschaftlichkeitsreserve" und versuchen aus den Zahnärzten für weniger Geld mehr Leistungen herauszuholen. Praktisch funktioniert das so: vor Ort von KZVen und

Landesverbänden der Kassen ausgehandelte Vertragskompromisse werden vom Bundesverband ohne nachvollziehbare Begründung aus übergeordnetem Interesse unterbunden. So schießt man Eigentore: Jedem Vertragszahnarzt dürfte mittlerweile klar geworden sein, daß Ersatzkassenversicherte Patienten milderer Vertragssicherheit geworden sind. Solche Patienten berät man anders, wenn es um Versicherungsfragen geht...

Über das Gesundheitswesen wacht seit mehr als 100 Tagen die neue Gesundheitsministerin. Außer vagen Aussagen z.B. zur Approbationsordnung ("muß geändert werden" - aber wann bitte?), zur BEMA-Umstrukturierung ("ist an die Selbstverwaltung delegiert"), oder zum Grund- und Wahlleistungskonzept ("mit mir nicht") gibt es zur Zeit - vor der Wahl - wenig Greifbares für die Zahnmedizin.

Dabei ist den Bürgern, ja sogar den meisten Politikern mittlerweile klar geworden, daß aus dem Solidartopf nicht alles in der modernen Medizin Machbare allen Patient(inn)en zur Verfügung stehen kann. Es muss einen Katalog von Leistungen für alle Versicherten geben, immer zugänglich und unabhängig von finanziellen Aspekten.

Die zentralen gesellschaftlichen Streitthemen der nächsten Jahre werden die Fragen sein,

- welche Leistungen dieser Katalog umfasst,
- wie er finanziert wird,
- ob er als Sachleistung oder über Kostenerstattung abgegolten wird.

Daneben muss aber auch der Zugang zur ganzen Palette der Zahnmedizin allen Patienten offen stehen. Niemandem darf die Finanzierung der "Katalog"leistung erschwert werden, wenn er sich für "mehr" entscheidet und bereit ist, dieses aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Ohne ausgebauten Verbraucherschutz und ohne ein grundsätzliches Umdenken bei unseren vor Arroganz strotzenden großen Krankenkassenverbänden wird dieser Schritt nicht möglich sein. Der Politik ist dieses Eisen zu heiß und darum verzichtet sie aus wahltaktischen Gründen auf die Wahrnehmung ihrer Richtlinienkompetenz. Schon die Rolle des Moderators im relativ überschaubaren Prozess der BEMA-Umstrukturierung wird bewusst gemieden. Krankenkassen und Zahnärzte sind hier mit unterschiedlichen Zeitmessstudien an den unterschiedlichen Enden des gleichen Stranges tätig. Der DAZ hält dieses seit Beginn der Studien für einen gravierenden Fehler!

Die Bereitschaft der Entscheidungsträger aller beteiligten Gruppen zu kontinuierlichem Engagement in wichtigen Systemfragen ist nicht sehr ausgeprägt. Innerhalb der Zahnärzteschaft artikulieren sich mehr und mehr die Vertreter von Partikularinteressen lautstark. So haben die Kieferorthopäden ihre eigene Zeitmeßstudie in Auftrag gegeben, naturheilkundlich-, homöopathisch- und "ganzheitlich"-praktizierende Zahnärzte werben um Aufmerksamkeit. (Siehe auch DAZ-JHV am 13.10.2001 zu diesem Thema in Berlin S.18, 19 und 39,40.) Stammtischkreise und regionale Zusammenschlüsse vertreten die Interessen ihrer in der Regel kleinen Mitglie-

derschar vor Ort effektiv. Ihre Bedeutung wird zunehmen, wenn die Regierung, wie angekündigt, nach der nächsten Bundestagswahl das Verhandlungsmonopol der KZVen einschränkt. In einem solchen Umfeld drängt sich natürlich die Frage auf, ob ein bundesweit organisierter Arbeitskreis wie der DAZ noch zeitgemäß ist. Seit Beginn des Jahres haben wir zunächst im Vorstand und zuletzt auf einer gut besuchten Ratssitzung in Frankfurt dieses Problem ernsthaft erörtert und Bilanz gezogen:

Die Arbeitsbedingungen waren im DAZ noch nie so professionell wie heute. Mit einer gut funktionierenden Geschäftsstelle in Köln, dem quartalsweise erscheinenden *forum*, der Frühjahrsveranstaltung in Frankfurt, der Jahreshauptversammlung in Berlin, einer ansehnlichen Internetpräsenz... und dank sparsamster Haushaltsführung ohne gravierende finanzielle Sorgen. Inhaltlich sind die vor 21 Jahren formulierten Schwerpunkte unverändert aktuell (s. S.8-15).

Der DAZ des Jahres 2001 fordert deshalb seine Mitglieder auf, den bestehenden Rahmen intensiver zu nutzen. Darüber hinaus stehen auch anderen Gruppen von Kollegen unsere Möglichkeiten offen, um eigene Ideen und Initiativen zu verbreiten. Diese können sowohl fachlich-fortbildungsorientiert, als auch standespolitischer Art sein.

Wir wollen auch weiterhin für die Interessen der Patienten und für die unseres Berufsstandes mit möglichst vielen Gleichgesinnten an einem Strang ziehen - vorzugsweise alle am gleichen Ende!

Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender

SPD lockert ideologische Tabus in der Gesundheitspolitik: *eine Chance für die Selbstverwaltung!*

Auszug aus einer DAZ-Pressemitteilung am 31.05.01

So weit hatten sich SPD-Vertreter noch nicht oft vorgetraut wie der für Gesundheitsfragen zuständige Referent der SPD-Fraktion Peter Schmidt bei seinem Vortrag anlässlich der Frühjahrstagung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VdZM) in Frankfurt. Schmidt übte nicht nur Kritik an der rein auf Kostenbegrenzung orientierten Politik früherer Regierungen, sondern durchleuchtete ebenso das gesamte ideologische Bauwerk sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Bei seiner Problemanalyse hielt er sich weitgehend an die Feststellungen des Sachverständigenrats, der dem deutschen Gesundheitswesen trotz hoher Kosten keineswegs einen Spitzenplatz attestiert und dringenden Handlungsbedarf sieht aufgrund der Zunahme alter Menschen, des kostenintensiven medizinischen Fortschritts und der relativen Verringerung der Einkommen aus abhängiger Beschäftigung, bisher einzige Einnahmebasis der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Peter Schmidt breitete eine Reihe von Optionen aus, über die in seiner Partei noch keineswegs entschieden ist, die aber bei der Lösungssuche ernsthaft einbezogen werden müssten. Er nannte sowohl das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags als auch das Reizwort „Grund- und Wahlleistungen“. In einer sozial dif-

ferenzierten Gesellschaft könne es auch Differenzierungen im Gesundheitswesen geben. Jedoch müssten - dies ist sozialdemokratisches Credo - medizinisch notwendige Leistungen weiter für jeden Bürger zur Verfügung stehen. Bei der Ausgrenzung könne beispielsweise mit den Therapien begonnen werden, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Man könne selbstverschuldete Autounfälle oder Unfälle generell herausnehmen. Denkbar sei auch die Ausgrenzung von Bagatellerkrankungen. Mehr Einnahmen durch Heranziehung aller Einkommensarten für die Beitragsbemessung werden ebenso diskutiert wie neue und erhöhte Zuzahlungen.

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung hofft die SPD auf Fortschritte durch die der Selbstverwaltung aufgetragene Neustrukturierung des gesetzlichen Leistungskatalogs und der Leistungsbewertungen. Der Referent drückte sein Bedauern darüber aus, dass sich bisher die Spitzenorganisationen der Zahnärzte und der Kassen nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen konnten - auch der DAZ hatte dies hartnäckig seit zwei Jahren gefordert.

Wenn das, was Peter Schmidt in Frankfurt vortrug, Diskussionsstand in der SPD des Jahres 2001 ist, dann sollten die Selbstverwaltungskörperschaften sofort tätig werden, denn noch nie war ihr Gestaltungsspielraum größer. Ziel muss es

sein, gemeinsam und einvernehmlich zu neuen Lösungen zu kommen, die Budgetierung und Preisdiktate überflüssig



Peter Schmidt,
Gesundheits-
referent der
SPD-Fraktion

machen und sowohl eine bedarfsentsprechende Behandlung als auch eine leistungsgerechte Honorierung ermöglichen.

Forderung des DAZ in diesem Zusammenhang – sowohl an die Politik wie auch die Selbstverwaltung – ist: Patienten und Zahnärzte brauchen geeignete Rahmenbedingungen. Zahnerkrankungen sind keine reine Privatsache, sondern nach wie vor ein Thema für die Solidargemeinschaft. Auf zahnmedizinische Leistungen angewiesene Menschen sollen nicht die Hilfe bekommen, die sie bezahlen können, sondern die Hilfe, die sie brauchen. Zugleich sind klare Regelungen vonnöten für das, was jenseits medizinisch notwendiger Behandlung von vielen Menschen gewünscht und auch privat bezahlt wird. Die Tagung hat – auch in ihrem fachlichen Teil über minimalinvasive konservierende Therapien (S.20 ff) – eine Menge Möglichkeiten aufgezeigt.

2050 doppelt so viele Alte wie Junge

Der Anteil der unter 20jährigen in Deutschland wird sich bis zum Jahr 2050 von heute rund 21% auf nur 16% verringern. Demgegenüber wird sich der Anteil der 60jährigen und älteren von heute rund 22% auf 36% spürbar erhöhen. Das geht aus dem neuesten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland hervor. Die Experten haben ermittelt, dass sich gegenüber 1950 bei nahezu identischer Bevölkerungszahl der Altersaufbau der Menschen in Deutschland im Jahre 2050 geradezu umkehren werde. Gab es 1950 noch doppelt so viele Menschen unter 20 Jahren wie über 59jährige, so werde es im Jahr 2050 etwa doppelt so viele ältere wie jüngere Menschen in Deutschland geben. Auf diese demografische Entwicklung muss sich die Gesellschaft einstellen. Die Politik, aber auch die Verantwortlichen in der Wirtschaft und der Gesellschaft, müssten rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen ergreifen, mahnen die Experten.

Der Bericht hat gezeigt, dass ältere Menschen gesellschaftliche Unterstützung benötigen. Anforderungen erwachsen insbesondere an die soziale Sicherung und an die medizinischen Versorgungssysteme. Dies gilt zunehmend für das hohe Lebensalter, also ab etwa 75 bis 80 Jahren. In dieser Spanne steigen die Risiken chronischer körperlicher Erkrankungen, der Multimorbidität sowie der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit spürbar an.

BÄK INTERN 21

Wider die Ökonomie

Ende Mai fand zum 8ten Mal der Strategie-Workshop 'Tübinger Forum' der KZV'en Sachsen und Tübingen statt. Wie jedesmal ein sachlicher und unpolemischer Meinungswettbewerb von Politik, Wissenschaft, Verbraucherverbänden, Krankenkassen und Vertretern der Vertragszahnärzteschaft. Ein runder Tisch von Menschen, die aus freien Stücken miteinander sprechen. Es ging um die Zukunftsfähigkeit der GKV und im besonderen um die Themen:

- Die Entwicklung der GKV in Deutschland
- Ist die GKV europafähig?
- Versicherungspflicht oder Pflichtversicherung?
- Unbegrenzte Vertragsleistungen bei begrenzten (budgetierten) Mitteln?

Ein ausführlicher Bericht war bereits in der 'DZW' zu finden. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß in dieser Legislaturperiode mit erwähnenswerten Veränderungen nicht zu rechnen ist und daß sich für Konzepte wie 'Grund- und Wahlleistungen' allenfalls die Opposition erwärmt. Da wird so mancher zahnärztliche Standespolitiker stumm am runden Tisch herumblicken - zu reformpolitischen Ansätzen besteht derzeit keine Neigung. Die MedizinökonomInnen sehen mehrheitlich Bedarf für Qualitätsinitiativen, die Kassen wollen die versicherungsfremden Leistungen loswerden, also nichts Neues.

Für einen niedergelassenen Zahnarzt, DAZ-Vorstand und 'Leistungserbringer' war zweierlei interessant: Probleme in der medizinischen Versor-

gung werden unter ökonomischen Aspekten gesehen und gelöst. Wer etwas beizutragen und zu sagen hat im deutschen Medizingeschäft, hat Volkswirtschaft studiert, betrachtet die Aufgabenstellungen ökonomisch und denkt sich nichts dabei, uns (Zahn)ärzte als Leistungsanbieter zu verstehen. Einmal fiel in der Diskussion der Satz, daß die Patienten (es ging um 'evidence based medicine'), möglicherweise etwas ganz anderes im Sinn haben könnten, wenn sie sich als Leistungsnachfrager in unseren Praxen einfinden. Nämlich möglicherweise den Wunsch nach einem Menschen, dem sie sich anvertrauen können, nach einem Arzt und Heiler, der sie gesund machen will und kann. Basta!

Eines läßt sich nämlich nicht strukturieren, ordnen oder gar verordnen - die Liebe, die unsere Patienten brauchen. Mit oder ohne christliche Basis - ohne Liebe ist der Arzt noch nicht einmal ein Leistungsanbieter, ohne Liebe sind unsere Patienten arme Hunde und ich kann es nicht mehr hören, das Gesabber von Marketing und Strukturen und Vernetzung, weil es mit meinem Leben nichts mehr zu tun hat. Es ist völlig egal, ob ich diese Sätze in einen Artikel über strategische Workshops oder über Totalprothetik plätzen lassen würde - ihr Inhalt sollte nur nicht noch weiter in Vergessenheit geraten über all den smarten Diskussionen, für die wir uns in Anzug und Krawatte werfen. Herrschaften, Eure gewählten Mandatsträger, auch die im DAZ, sind es müde, in den Fremdsprachen der Ökonomen schreiben und

sprechen zu müssen - zu Hause haben wir richtige Patienten - Menschen und keine Partikel einer Modellpraxis! Deshalb hat es mich überrascht und mir gut getan, daß am Schluß der Veranstaltung, über die ich eigentlich berichten wollte, ein Referent auftrat, der leidenschaftlich, human und bewegend darüber sprach, daß der Staat für die Menschen da zu sein hat. Es war der Datenschutzbbeauftragte des Freistaates Sachsen, Dr. Thomas Giesen, ein Hardliner in Sachen Artikel 1; Grundgesetz.

Zur Erinnerung schreibe ich es hier noch einmal auf:

Des Menschen Würde ist unantastbar.

Das muß man nicht groß drucken, das ist die Basis unseres 'contrat social'. Es ist bezeichnend und traurig, daß mehrere Bundestagsabgeordnete und etliche Hochschullehrer der Sozialökonomie sich von einem Datenschützer auf den Urgrund unseres Staates zurückführen lassen mußten. Mir war es eine helle Freude und ich schließe deshalb diesen Bericht mit Worten aus einer Rede von Th. Giesen:

„Aber was ist Würde? Dazu fällt mir der Satz ein: »Der Mensch ist zur Freiheit geboren«. Im Zentrum unserer Verfassungsordnung stehen die auf Freiheit ausgerichteten Grundrechte, die in erster Linie Abwehrrechte gegenüber staatlicher Einflussnahme sind. Wir wollen nicht, dass die Obrigkeit uns beguckt, klassifiziert, unsere persönlichen oder beruflichen Qualitäten misst, uns unsere Arbeit zuteilt, uns in unserer Arbeit gängelt und uns bei allem und jedem Vorschriften macht. Diese Gesellschaft ist auf Freiheit hin ausgerichtet.

Das bedeutet, dass unsere obrigkeitlichen Organisationsformen möglichst so zu bauen und anzuordnen sind, dass der Einzelne nicht zum Rädchen im großen Räderwerk, etwa einer zwangsweisen Solidargemeinschaft, deklassiert wird, sondern - soweit irgend möglich - seine Entfaltungs- und Handlungsfreiheit selbst fördern und entwickeln kann. Zwangsbewirtschaftungs- und Planwirtschaftssysteme sind verfassungswidrig, weil sie grundrechtswidrig sind.“

Von der Liebe hat er allerdings nichts gesagt.

*Dr. Kai Müller
Seefeld*

Info-Telefon für Schmerz-Patienten

Wenn man Betroffene oder Experten fragt, wird der ärztlichen Schmerzbekämpfung in Deutschland ein schlechtes Zeugnis ausgestellt. Millionen Menschen leiden mehr, als sie nach dem Stand der Medizin müssten.

Neuerdings will sich die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) dieses Problems verstärkt annehmen. Sie hat ein Info-Telefon eingerichtet, das montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr besetzt ist und bei dem schmerzgeplagte Menschen von Schmerzexperten über Hilfsmöglichkeiten beraten und an entsprechende Stellen weiterverwiesen werden.

**Info-Telefon 01801-325325
(0,12 DM pro Anruf)**

Rückblick auf 20 Jahre DAZ-Initiativen

Desinteresse bei Politik und Krankenkassen, Egoismus bei den Zahnärzten

Wieder einmal beklagt die Republik eine Krise im Gesundheitswesen, vor allem natürlich die steigenden Krankenkassenbeiträge. »Die Gesundheitsministerin in einer ernsten Krise« (SZ) - »Wenn Krankheit zum Luxus wird« (DIE ZEIT). Die wievielte Krise ist das eigentlich? Und der (die) wievielte Gesundheitsminister(in)? - die alle bei ihrem Amtsantritt versprochen, die Probleme jetzt wirklich anzupacken.

Für Politik und Krankenkassen liegt die Ursache für die Schwierigkeiten natürlich vor allem an der Geldgier der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, weshalb man denen einfach per Budget die Mittel gekürzt hat, sie aber gleichzeitig verpflichtete, den Patienten keine Leistungen vorzuenthalten! Dass das auf die Dauer nicht funktionieren kann, sehen inzwischen auch Politiker ein (s.S.4). Daran, die notwendigen Strukturveränderungen durchzuführen, haben sie sich aber bislang nicht gewagt (schließlich gibt es Wahlen und die Patienten sind die größte Wählergruppe).

Initiativen für strukturelle Änderungen gab und gibt es genug - in der Zahnmedizin hat der DAZ bereits seit über 20 Jahren für alle Bereiche - Studienreform, Qualitätssicherung, Prophylaxe etc. - detaillierte Vorschläge erarbeitet, die zum großen Teil noch immer auf ihre Realisierung warten, wie die folgenden Beiträge der DAZ-Mitbegründer H. Hey und G. Ebenbeck zeigen.

Die alten Forderungen bestehen noch...

Unter dem Druck permanenter Regressforderungen nach sog. Wirtschaftlichkeitsprüfungen der KZV während meiner ersten Jahre als Kassenzahnarzt habe ich Anfang 1978 meine Erfahrungen in der Studie »Die kranke Apollonia - zur Situation der Zahnärzte und der Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik« veröffentlicht. Darin ging es nicht nur um eine detaillierte Darstellung meiner Leistungsstatistik, der Umsatz-, Kosten- und Einkommenssituation, der Beschreibung meiner Arbeitsweise und von 13 alio loco - Behandlungen. Als Resümee wurden daraus Verbesserungsvorschläge formu-

liert, von denen ich gerne sagen würde, dass sie inzwischen abgehakt werden können. Leider ist das nicht der Fall...

Je länger ich mich mit den verschiedenen Aspekten der Kassenzahnmedizin in Deutschland beschäftige, umso nüchterner muss ich feststellen, dass die verfasste Zahnärzteschaft in den vergangenen Jahrzehnten weder von sich aus aktiv Zukunftsperspektiven erarbeitet noch auf Initiativen aus der Kollegenschaft reagiert hat. Wir wollten als Berufsstand so agieren wie das die Schweizer Kollegen in den Bereichen Prophylaxe und Qualitätssicherung getan haben. Stattdessen mussten wir zusehen, dass die Zahnärzteschaft immer nur auf Fremdvorschlä-

ge reagierte und wegen eigener Untätigkeit vom Gesetzgeber Lösungen aufgezwungen bekam, die dann jeweils Nachteile für alle Zahnärzte brachten, und auf die wieder nur mit Empörung gegen "das System", Selbstmitleid und Fundamentalopposition reagiert wurde.

Meine Hauptkritik (und die des DAZ) betrifft die Weigerung vieler KZVen, wirksame Qualitätssicherungsmaßnahmen zu installieren und den Patienten bei Qualitätsmängeln durch neutrale Stellen kompetente Fachberatung und adäquate Hilfe zuteil werden zu lassen. Immer dann, wenn die Begriffe Leistungsmenge, Qualität und Vergütung zur Diskussion stehen, sagt die verfasste Zahnärzteschaft, zuerst müsse die Vergütung erhöht werden, erst dann könne man bessere Qualität liefern, solange sei Qualitätsarbeit nur auf privater (Zu)zahlungsbasis möglich.

Um den Zusammenhang zwischen Vergütung und Zeitaufwand zu untersuchen und um gewissenhaft arbeitende Sozialpraxen mit entsprechend niedrigen Erträgen gegenüber denjenigen Kollegen zu schützen, die mit schneller Arbeit und Riesenumsätzen die Einkommensstatistik verzerren, habe ich in der "Apollonia" - und später der DAZ in der Dänen-Studie - den möglichen Zeitaufwand für die verschiedenen zahnärztlichen Maßnahmen errechnet. Sie gelten bis heute (forum 8, 1984, S.3 ff). Jetzt, nach 20 Jahren, wird die Zahnärzteschaft vom Staat zu diesen Untersuchungen verpflichtet.

Es war typisch für Politik und Krankenkassen, dass in den Folgejahren

- die Bewertung der prothetischen Leistungen mehrfach abgesenkt wurde, während die entsprechende Höherbewertung der konservierenden Maßnahmen unterblieb. Tatsache ist auch, dass
- der Punktwert, aus dem sich der Preis der Leistung errechnet und der eigentlich in regelmäßigen Verhandlungen Krankenkassen/Zahnärzte der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung angepasst werden soll, in dieser Zeitspanne zwar numerisch gestiegen, in Wirklichkeit aber relativ gesunken ist, berücksichtigt man die in 2 Jahrzehnten erheblich schneller gestiegenen Kosten für Praxisinvestitionen, Personal, Miete etc.

Auf diese Scherensituation zwischen immer langsamer steigender Bewertung der zahnärztlichen Kassenleistung und schneller steigenden Praxiskosten ist immer wieder hingewiesen worden - ohne Erfolg. Deshalb verdienen gewissenhaft und mit bestem Material arbeitende Zahnärzte mit der reinen Kassenleistung kaum noch etwas. Damit können sie sich entweder zähneknirschend begnügen oder sie verlangen Mehrzahlungen von den Patienten (z.B. bei Kunststoff-Füllungen und aufwendiger Endodontie im Seitenzahnbereich), woraufhin sie von Krankenkassen und Medien als Abzocker diffamiert werden.

Diese Problematik hat sich in den letzten Jahren auch dadurch verstärkt, dass Forschung und Fortbildungen die fachlichen Ansprüche immer höher getrieben und neue, aufwendige Technologien (Implantate, CAD-CAM, Laser, Vector, Mikroskop-Endodontie etc.) propagiert haben, die die Zahnärzte am Kassenpatienten

nicht umsetzen können. So entwickelt sich immer mehr eine Zweiklassen-Zahnmedizin, wobei in großen und mittleren Städten bereits ein Übergewicht der über Mehr- oder reine Privatzahlungen finanzierten High Tech- und Cosmetic Dentistry zu bestehen scheint.

Natürlich kann nicht bestritten werden, dass sich die in der »Kranken Apollonia« geschilderten Zustände erheblich gebessert haben, und zwar bezüglich der Qualität der zahnärztlichen Leistungen und der Mundgesundheit der Bevölkerung, und zwar deshalb, weil

- die nachgekommenen Kollegen besser ausgebildet sind, weil
- die Materialien besser geworden sind (verträglichere Anaesthetika und gut zu verarbeitende Füllungsstoffe) und weil natürlich auch
- die Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe gegriffen und sich damit die Befunde günstiger entwickelt haben. Letzteres trifft natürlich in besonders erfreulicher Weise auf Kinder und Jugendliche zu.

Andererseits sind verschiedene Änderungsvorschläge aus der Studie nach wie vor unverändert aktuell, z.B.

S.160: »Eine Besserung der Verhältnisse kann deshalb auch nur erwartet werden, wenn sich alle Sozialpartner gleichzeitig um konstruktive Veränderungen in ihrem eigenen Bereich bemühen und darauf verzichten, die notwendigen Korrekturen auf Kosten anderer vorzunehmen.

S.161: »Wünschenswert wäre eine Änderung der zahnärztlichen Berufsauffassung in Richtung auf eine stärker sozial

orientierte Einstellung.« Damit könnte man bereits bei den Auswahlkriterien für die Zulassung zum Studium beginnen.

S.162: Eine Studienreform sollte Famulaturen im Bereich der Jugendzahnpflege (Kindergärten, Schulen) beinhalten, sowie »den Wandel von der prothetisch-technischen in eine mehr konservierend orientierte Zahnheilkunde«. »Prophylaktische Maßnahmen müssen verstärkt werden« und »die Sanierung aller erkennbaren Schäden so früh wie möglich angestrebt werden«.

Dass Praktiker für die Studentenausbildung mit herangezogen werden (S.167) ist immer noch eine diskutabile Idee. Und die Forderung nach verbesserter Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praktikern (S.171) fände ich heute fast noch wichtiger als damals, damit

- einerseits Praktiker sich öfter mal unbürokratisch einen Rat im »Elternhaus« holen können und
- andererseits in den Kliniken entwickelte Methoden und Standards auf ihre Realisierungsmöglichkeiten in der GKV-Praxis untersucht werden.

Auf S.174 wurden Parameter für eine Modellpraxis (durchschnittlicher Kostensatz pro Behandlungsstunde und Minimalbehandlungszeiten) gefordert sowie eine Neubeschreibung und -bewertung der zahnärztlichen Leistungen - immerhin scheint das jetzt, nach 23 Jahren, in Arbeit zu sein. Auch über den damaligen Vorschlag, eine Ä10, Ä20 oder Ä30 für die 10-, 20- bis 30 minütige Beratung eines Patienten mit entsprechender Bewertung einzuführen, könnte man noch genau so diskutieren wie über spe-

zielle Gebühren für Leistungen von zahnärztlichem Assistenzpersonal.

Qualitätsanalysen allein anhand anonymisierter Abrechnungsdaten ließen sich leicht mit der vorhandenen Computerhard- u. -software der KZVen durchführen (S.177). Die später vom DAZ begleitete Voith-Studie hat das nachgewiesen (forum 21, 1988, S.55 ff).

Auch die freiwillige Verpflichtung der Zahnärzte zu 7 Tagen Fortbildung per Jahr (S.180) wäre m. E. zumutbar, vor allem in Eigeninitiative, bevor der Staat zwangsweise tätig wird.

Bezüglich der Kontrollen der Praxishygiene (S.180) und anderer Kriterien zur Sicherheit von Mitarbeiterinnen und Patienten hat jetzt die Landes Zahnärztekammer Bayern mit ihrem BUS-System eine vorbildliche Initiative ergriffen.

Am wichtigsten wäre es, das seit 23 Jahren unverändert gestörte Klima zwischen den Sozialpartnern zu entkrampfen, wie es im Schlusssatz auf S.189 formuliert ist.

FAZIT:

- Wir vom DAZ haben geglaubt, durch bessere (nicht mehr) Regelungen im System der GKV (Qualitätssicherung plus angemessene Honorierung, mehr Prophylaxe, andere Bewertungsrelationen) eine bessere Versorgung der Patienten erreichen zu können. Doch

- der Staat hat keine strukturellen Verbesserungen im Gesundheitssystem angepackt, sondern den bequemsten Weg (Deckelung der Ärztevergütungen) vorgezogen, was die Kostenprobleme der GKV jeweils nur eine Zeitlang verschob

ben hat. Im zahnärztlichen Bereich hätten die Studienreform mit bedarfsorientierter Ausbildungssteuerung, die Neubeschreibung der zahnärztlichen Leistungskataloge für GKV und PKV, die Anpassung des Punktwertes im BEMA und in der GOZ, das Verhältniswahlrecht für die Körperschaften und die Wahrnehmung der Aufsichtspflicht des Staates sowie die Strukturierung von Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen, Qualitätssicherungsinhalten und Zertifizierungen gestaltet werden müssen.

Vor allem müsste darüber nachgedacht werden, ob die Finanzmittel der GKV nicht besser durch einen Pflichtbeitrag aller Bürger und über die Steuer statt über die Lohnnebenkosten eines Teils der Gesellschaft finanziert werden sollen. Das würde die Abkoppelung der gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitslosenproblem und der sinkenden Lohnquote bedeuten und der GKV damit mehr Unabhängigkeit von gesamtwirtschaftlichen Schwankungen bringen.

- Die verfasste Zahnärzteschaft hat alles unternommen, um sich dem gesamten GKV-System zu entziehen, z.B. mit dem vom Freien Verband initiierten Versuch, möglichst viele Zahnärzte zur gleichzeitigen Niederlegung der Kassenzulassung zu veranlassen (Korb-Initiative), damit man - wenn der Staat keine Kassenzahnärzte mehr hat - die Preise für die Behandlung nach eigenem Ermessen gestalten kann. Weiterhin dadurch, dass z.B. von der KZV Niedersachsen durch Selbstverknappung des Budgets (Zurückhaltung bereits ausgezahlter Krankenkassengelder, forum 65/99, S.22ff) die Zahnärzte in die Privatliquidierung getrieben wurden, um damit - wenn das

schließlich alle tun - eine zwar immer noch illegale, aber de facto übliche Privatbehandlung von Kassenpatienten zu erzwingen.

Letzter Schritt auf diesem Weg ist der programmierte Vorschlag des Freien Verbandes, alle zahnärztlichen Leistungen nach dem 18. Lebensjahr aus der GKV-Sachleistung zu streichen, ein Vorschlag, dem sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung z.T. angeschlossen hat insofern, als sie die Herausnahme aller prothetischen Leistungen aus der gesetzlichen KV zum Programm erhoben hat. Wird dies Realität, dann gibt

es Zahnersatz nicht mehr für alle und guten Zahnersatz nur noch für Besserverdienende.

Man kann darüber spekulieren, wieviel staatliche Einflussnahme sich die Zahnärzte erspart hätten, wenn sie diese Bereiche schon vor 20 Jahren aktiv bearbeitet hätten. Umso mehr sollten die jetzt laufenden Projekte (Neubeschreibung und -bewertung des zahnärztlichen Leistungskatalogs) als Chance betrachtet werden, verloren gegangenes Terrain zurückzugewinnen.

Dr. H.-W. Hey, München

Jahrzehntelange Diffamierung

Bei der Durchsicht der DAZ-Veröffentlichungen der letzten 20 Jahre bin ich auf den ersten Programm-Entwurf gestoßen, der von der Studiengruppe Regensburg mit der Überschrift »Programm des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde« erstellt wurde. Das interessante an diesen 19 Punkten ist, dass jeder dieser Vorschläge heute noch genau so aktuell ist wie vor 21 Jahren. Wir waren damals unserer Zeit weit voraus. Die einzelnen Punkte sind wirklich lesenswert und deshalb halte ich es für sinnvoll, sie auch noch einmal zu veröffentlichen:

1. Erhaltung eines freien Berufstandes in einer freiheitlich demokratischen Gesellschaftsordnung.
Widerstand gegen die Fremdbestimmungen durch Krankenkassen, Ministerien und Interessenverbände,

welche die Durchführung einer patientenorientierten Zahnheilkunde und die Therapiefreiheit einschränken.

2. Umorientierung von der Spät- zur Frühbehandlung. Durchführung eines praxisnahen Prophylaxeprogramms, koordiniert mit Prophylaxeprogrammen in Kindergärten, Heimen und Schulen.
3. Kostenreduzierung durch Rückbesinnung auf eine medizinisch ausreichende und wirtschaftlich vertretbare zahnärztliche Versorgung.
4. Fachlich und wirtschaftlich sinnvolle Umbewertung von zahnärztlichen Leistungen (Umstrukturierung), mit dem Ziel, der konservierenden Zahnheilkunde Priorität zu verschaffen.
5. Nur die Zahnärzte als Sachwalter der Zahngesundheit und ihre Berufsgremien sind zur Sicherung der Behand-

- lungsqualität kompetent. Daraus ergibt sich die Sozialverpflichtung, die Qualitätssicherung und -verbesserung in eigener Verantwortung zu übernehmen. Daher: Sicherung und Verbesserung der Qualität aller zahnärztlichen Leistungen durch freiwillige Selbstkontrolle innerhalb der Zahnärzteschaft (Festlegung von Mindestanforderungen an die zahnärztliche Arbeit, besonders bei Arbeitsmethoden, welche in der Universitätsausbildung nicht gelehrt werden - z.B. Implantologie).
6. Erarbeitung eines Patientenaufklärungssystems über die Prinzipien zahnärztlicher Leistungen zur Steigerung der Eigenverantwortlichkeit und der Kritikfähigkeit gegenüber der Behandlung.
 7. Rückkehr zum qualifizierten Kostenerstattungssystem als Alternative zum Sachleistungssystem.
 8. Reform der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abschaffung des mengenorientierten Prüfsystems).
 9. Erarbeitung einer neuen zahnärztlichen Gebührenordnung unter Mitwirkung einer breiten Basis von zahnärztlichen Praktikern.
 10. Konstruktive Zusammenarbeit mit den Krankenkassenverbänden und verantwortlichen Ministerien, um einer schädlichen Fremdbestimmung frühzeitig entgegenwirken zu können.
 11. Verbesserung der Ausbildungssituation der Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Universitäten und während ihrer Assistenzzeit.
 12. Reform des gesamten Gutachterwesens mit Qualifikationsüberprüfungen.
 13. Verbesserung der Aus- und Fortbildung des zahnärztlichen Hilfspersonals, auch an den Berufsschulen.
 14. Durchführung qualifizierter, praxisorientierter Forschungsprogramme zur Unterstützung der praktisch tätigen Kollegen auf allen relevanten Gebieten der zahnärztlichen Berufsausübung.
 15. Einrichtung neutraler Schiedsstellen für Patienten mit Behandlungsproblemen, welche auch vom Zahnarzt angerufen werden können.
 16. Erstellung einer qualifizierten Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung.
 17. Wirtschaftliche Absicherung der Zahnärztinnen und Zahnärzte durch praxisbezogene Beratungen durch die Standesorganisationen, insbesondere bei der Niederlassung.
 18. Kritische Überprüfung der Einflussnahme der Dentalindustrie auf Behandlungsmethoden.
 19. Maßnahmen zur Reduzierung des ausufernden Verwaltungsaufwandes.

Dieser erste Entwurf für ein Programm des *Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde* mündete dann in die »Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik«, die im Mai 1980 von den Gründungsmitgliedern des DAZ veröffentlicht wurden. Dieser erste Programmentwurf und auch die weiteren Vorschläge des DAZ zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung waren nicht nur lesenswert, sie waren brillant. Der Dank der Standesführung bestand in einer Jahrzehnte andauernden Diffamierung des DAZ. Ich selbst bin kurz nach Veröffentlichung unserer ersten »Vorschläge« aus dem Freien Verband ausgeschlossen worden. Warum unsere Vorschläge

jahrelang als »Nestbeschmutzung« und warum die DAZ-Mitglieder jahrelang als »Kommunisten«, »Linksradikale« und »Standesverräter« diffamiert wurden, ist heute so unverständlich wie vor 20 Jahren.

In einem Punkt, nämlich im Punkt Nummer 10, in dem wir »Mehr konstruktive Zusammenarbeit mit den Krankenkassenverbänden und verantwortlichen Ministerien gefordert haben, um einer schädlichen Fremdbestimmung frühzeitig entgegenwirken zu können« haben wir uns allerdings fundamental geirrt.

Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre haben gezeigt, dass der Versuch mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen eine konstruktive Zusammenarbeit aufzubauen, in keinem einzigen Ansatzpunkt möglich und sinnvoll war. Das gleiche gilt für die Zusammenarbeit mit dem damals zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem dann später zuständigen Bundesministerium für Gesundheit. Aufgrund der Tatsache, dass unsere Vorschläge von den zahnärztlichen Standesorganisationen, mit wenigen Ausnahmen, nicht nur abgelehnt, sondern massiv bekämpft wurden, war der DAZ-Vorstand viele Jahre der Meinung, Verbündete für unsere Vorschläge bei den gesetzlichen Krankenkassen und den verantwortlichen Ministerien zu finden. Dies war ein fundamentaler Irrtum. Was die gesetzlichen Krankenversicherungen betrifft, so muss man hier zwischen den einzelnen regionalen Krankenkassen und der Leitungsebene in den Landes- bzw. Bundesverbänden unterscheiden. In vielen gesetzlichen Krankenkassen vor Ort gibt es viele engagierte Mitarbeiter, mit denen auch im

Interesse der Patienten eine sinnvolle Zusammenarbeit möglich ist. Unsere Vorstellung, insbesondere die sogenannten »Spitzenverbände« der gesetzlichen Krankenversicherungen z.B. für das Thema Qualitätssicherung oder auch für die Reform der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu interessieren und dort Unterstützung zu finden, war erfolglos. Der Grund lag im Wesentlichen darin, dass unsere Vorschläge den Vorstandsetagen der gesetzlichen Krankenversicherungen die eigene Inkompetenz vor Augen geführt haben. Bei dieser Inkompetenz ist es bis heute geblieben, was ja die aktuelle Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich dokumentiert. Letztendlich mussten wir feststellen, dass die so genannte »Gesundheits- und Vertragspolitik« der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht an den Interessen der eigenen Versicherten orientiert war und ist. Das gleiche gilt für den Versuch mit den jeweils Verantwortlichen in den Bundesministerien eine Zusammenarbeit aufzubauen. Festzustellen ist, dass die Qualität der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland nicht durch die Arbeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte gefährdet wird, sondern durch die sogenannte »Gesundheitspolitik«. Die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung auf einem medizinisch sinnvollen Niveau wird nicht durch die Zahnärzte in Frage gestellt, sondern durch unverantwortliche politische Entscheidungen, insbesondere seit Beginn der Rot-Grünen-Koalition, die der Bevölkerung als »Gesundheitspolitik« verkauft werden soll, in Wahrheit aber nur die Folgen einer unsoliden Finanzpolitik in Bund und Ländern ist. Wären die Vorschläge des DAZ, die nun seit 20 Jah-

ren auf dem Tisch liegen, wenigstens in den wesentlichen Punkten umgesetzt worden, hätte dies zu finanziellen Einsparungen und zu einer Verbesserung der Mundgesundheit geführt. An der Umsetzung waren aber weder die Gesundheitspolitiker noch die gesetzlichen Krankenversicherungen ernsthaft interessiert.

Den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und den zuständigen Ministerien muss der Vorwurf gemacht werden, bewusst die Verbesserung der Gesundheit und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gegenüber den Bestrebungen um kurzfristige Kosteneinsparungen zu vernachlässigen. Zur Umsetzung unserer Vorschläge wäre Mut, Fantasie und Einsatz gefragt gewesen, der leider weder bei den zahnärztlichen Standespolitikern noch bei den Kassenverbänden vorhanden war. Die Diskussionen über die Probleme des deutschen Gesundheitswesens laufen seit über 20 Jahren immer nach dem gleichen Schema ab. Die wirklichen Strukturprobleme und Ursachen für Kostensteigerungen werden überhaupt nicht angesprochen.

Es wird seit vielen Jahren von den selbst ernannten Gesundheitspolitikern nicht mehr im geringsten darüber nachgedacht, wie Kosten im Gesundheitswesen durch die Vermeidung von Behandlungen einzusparen sind. Die »Gesundheitspolitik« wird von Jahr zu Jahr kurzatmiger. Eine grundlegende Lösung ist niemals in einer Legislaturperiode und niemals mit parteipolitisch agierenden Gesundheitspolitikern möglich, die sich gegenseitig in dilettantischen Vorschlägen zu übertreffen versuchen. Unter Berücksichtigung der demographischen

Entwicklung und der Fortschritte im Bereich der ärztlichen Behandlungsmethoden ist die Forderung nach Beitragssatzstabilität im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen absurd. Jeder Gesundheitsminister und jede Gesundheitsministerin müsste wissen, dass die Vielzahl der bisher durchgeführten »Gesundheitsreformen« immer nur einen kurzfristigen Aufschub der Finanzierungsprobleme bei den gesetzlichen Krankenversicherungen bewirken konnten. Nach spätestens zwei Jahren stand der jeweilige Minister wieder vor den gleichen Problemen. Warum dies die Verantwortlichen in diesen Ministerien nicht zum Nachdenken bringt, ist unklarlich.

Damit wir Zahnärzte nicht auch immer wieder vor den gleichen Problemen stehen, muss der Berufsstand zu einer solidarischen Haltung zusammenfinden. Unter Berücksichtigung der standespolitisch gefährlichen Spezialisierungstendenzen ist dies das Gebot der Stunde.

Dr. Gerd Ebenbeck, Regensburg

Zunahme der Lebenserwartung in Deutschland

Unsere Lebenserwartung steigt weiter an. Laut Stat. Bundesamt liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für einen Jungen bei 74,4 Jahren und für ein Mädchen bei 80,6 Jahren. In der Sterbetafel 1996/98 waren 74,0 bzw. 80,3 Jahre ermittelt worden. Ein 60-jähriger Mann kann mit ca. 19,0 weiteren Jahren rechnen, gegenüber 18,7 1996/98. Für eine 60-Jährige ergeben sich statt 23,1 noch 23,3 Jahre. *BÄK-Intern 21*

Perlen vor die Pinguine?

Die Auseinandersetzung mit dem Staehle-Gutachten zeigt einmal mehr, wie die Führung der deutschen Standespolitik die Diskussion um eine fachlich und gesundheitsökonomisch vernünftige Weiterentwicklung blockiert.

Professor Staehle (Uni Heidelberg) hat im Auftrag des von der Regierung eingesetzten Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen ein umfangreiches Gutachten zum Thema „Zahnmedizinische Unter-, Fehl- und Überversorgung“ vorgelegt. Darin beschreibt er – wie schon 1996 in seinem Buch „Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland“ – kenntnisreich und engagiert den Zustand der derzeitigen zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland und macht viele konstruktive Verbesserungsvorschläge. Auf seine Inhalte soll hier im Einzelnen nicht näher eingegangen werden: die DZW hat in mehreren Ausgaben in den Monaten Mai und Juni 2001 eine sachliche Dokumentation veröffentlicht, das Werk selbst liegt uns im Original vor (zu beziehen u.a. bei der DAZ-Geschäftsstelle in Köln).

Seit DAZ-Gründungsmitglied Dr. H.-W. Hey 1979 seine „Kranke Apollonia“ veröffentlichte, hat es in unserem Fach eine solch zukunftsweisende Analyse nicht mehr gegeben. Heys Buch erschien damals zwar in kleiner Auflage. Es hat dennoch bewirkt, dass an seinen Inhalten orientierte Kolleginnen und Kollegen bis heute von Standespolitikern, die maßgebliche Positionen besetzen, für alle unserem Berufsstande seither widerfahrenen Übel verantwortlich gemacht werden.

Zur Erinnerung: Hey hatte damals offengelegt, dass vor allem die Zahnärzte selbst die Misere ihres (damals viel schlechteren) Ansehens verursacht hatten und folglich auch den Schlüssel in der Hand hätten, dem abzuhelpen. Stichworte damals waren: durch die Körperschaften selbst initiierte Qualitätssicherung, Ausbau der Prophylaxe, Änderung der Ausbildungsinhalte, ständige Anpassung der Leistungsbewertungen, Qualifizierung des Hilfspersonals, Versuch des Interessenausgleichs mit den Kostenträgern etc. Da kommen einem heute noch viele Vorschläge bekannt vor (siehe S. 8 »Rückblick auf 20 Jahre...«).

Wer glaubt, aus den Versäumnissen der dazwischenliegenden 22 Jahre würden nun –nach Erscheinen der Staehle-Analyse- von unseren Standespolitikern verschämt die Lehren gezogen, der wird jetzt eines Besseren belehrt:

Allen voran stellt unser KZBV-Vorsitzender im Leitartikel der ZM 91, Nr. 12 vom 16.6.2001 fest, Staehle „zementiert die bekannten, gegenüber der Zahnärzteschaft erhobenen Vorwürfe des primär ökonomischen und nicht medizinisch geprägten Handelns. Ein berufspolitisches Desaster...“ Das sagt jemand, der als KZV-Vorsitzender in Niedersachsen über Jahre hinweg Praxisschließungen zum Jahresende (am schlimmsten 1998: kein Honorarpfennig mehr für Leistungen nach dem 25. Oktober) aus angebli-

chen Budgetgründen zu verantworten hat. Schirborts Resümee zum Gutachten: „Zuarbeit für die letztendlich patientenfeindlich rot-grüne Mängelverwaltung“. Wessen einziges Werkzeug der Hammer ist, für den sieht die ganze Welt aus wie ein Nagel.

Eins drauf setzt der Vorsitzende des ihn und Schirbort noch tragenden Berufsverbandes: Beckmann (DFZ 6/2001 `Systemdebatte) erkennt bei Staehle „inquisitorische Genugtuung und Dental-Masochismus“, der „durch Legitimierung der Nomenklatura von Politik und Kassen“ bei der „Stärkung der Planwirtschaft im Gesundheitswesen“ hilft. Mit dieser „moralinschweren Diskussion...wird versucht, uns Zahnärzten einen Bären aufzubinden! Eine echte Unterversorgung kann bei der Zahnärztdichte in Deutschland von vornherein als unsinnige Behauptung kategorisch ausgeschlossen werden“. Hat er noch keine unterversorgten Milchzahn-, Behinderten- und Seniorenheimgebisse gesehen, keine nicht PAR- oder FU- vorbehandelten teuren Zahnersatzversorgungen, keine nicht von irgendeiner Prävention erfassten Kinder und Jugendlichen aus sozialen Randgruppen?

Es geht bei dem Gutachten um Sehen (=Wahrnehmen), nicht um Schuldzuweisen! Nichts anderes macht Staehle - doch, er macht auch Verbesserungsvorschläge! Eigentlich möchte Beckmann die hören: „Als eine Stütze des Beratungsgesprächs mit unseren Patienten könnten verlässliche Aussagen über Erfolgsaussichten alternativer diagnostischer, präventiver und kurativer Maßnahmen sehr hilfreich sein. Leider liefert hier die Wissenschaft (noch) wenig Kon-

krete.“ Beckmann und evidence based medicine? „Dann könne man die einzig notwendige Maßnahme definieren und finanzieren. Mich erstaunt, dass man diesen historisch einigermaßen überholten (kommunistischen) Ansatz wieder hervorkramt.“ Den Satz darf man noch mal lesen: den hatten sie Hey auch schon vorgeworfen, jetzt (2001) immer noch und nun auch Staehle gegenüber?

„Nur die Zahnärzteschaft ist qualifiziert, Kriterien für Prioritäten bei der Erstellung eines solidarisch finanzierten Leistungskatalogs zu erarbeiten,“ hat die ERO (europäischer Ableger der FDI) Anfang Mai in Bern auf Antrag des FVDZ beschlossen. Wer ist in Deutschland „die Zahnärzteschaft“? Ihre beiden mächtigsten Organisationen werden von den beiden obigen Zitatenlieferanten repräsentiert. Qualifiziert repräsentiert?

„Freiheit für die Pinguine, nieder mit dem Packeis!“ karikiert, welche unsinnigen Konsequenzen Demagogen provozieren, die komplizierte, gewachsene und einigermaßen funktionierende Strukturen radikal beseitigen wollen, ohne das ökologische Umfeld zu respektieren. Das ist in der deutschen zahnmedizinischen Versorgung bei der vorhandenen Zahnärztdichte, den Ansprüchen der Bevölkerung und den zur Verfügung stehenden Mitteln eine breite Grundversorgung auf dem jetzigen Niveau, angepasst an sich verändernde fachliche und ökonomische Gegebenheiten.

Staehle hat seinen Beitrag dazu geleistet - gäbe es mehr seines Schlages, hätten die Pinguine nichts zu befürchten

Dr. Roland Ernst, Edeweck



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchow-Bund

DAZ-Jahrestagung 2001

am 13. Oktober 2001, 10 Uhr, in Berlin
mit

Oberarzt Dr. Felix Blankenstein,
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik und Altersmedizin der
Humboldt-Universität, Charité Berlin,

der über das Thema referiert:

"Ganzheitliche Zahnmedizin : Zur Kritik einer Weltanschauung zwischen Praxisalltag und Marketing"



Dr. Felix Blankenstein

- 1957 in Plauen geboren
- 1976 Abitur in Görlitz
- 1979-84 Zahnmedizin-Studium an der Humboldt-Universität (HUB) zu Berlin
- 1984 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Poliklinik für Prothetische Stomatologie der Charité (HUB)
- 1986 Promotion zum Dr. med. (Biokompatibilität subkutan implantierter bioaktiver Keramik)
- 1989 Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie
- 1996 1. Oberarzt der Abteilung

Dr. Blankenstein ist Chefredakteur der „Zahnarzt & Praxis international“ und Vorsitzender der Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde an der HUB.

**Ein Tagungsbeitrag wird nicht erhoben.
Mitglieder und Gäste sind uns herzlich willkommen!**

Infos und Anmeldung:

DAZ-Geschäftsstelle beim NAV-Virchow-Bund
Belfortstr. 9, 50668 Köln
Tel 0221-973005-45, Fax 0221-7391239
DAZ.Koeln@t-online.de www.DAZ-Web.de

Tagesordnung der DAZ-Mitgliederversammlung
am 13.10.2001 in Berlin, ab 14 Uhr



Öffentlicher Teil

- 1) Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden, Wahl eines Diskussionsleiters, eines Wahlleiters und stellvertretenden Wahlleiters und Festlegung der Tagesordnung
- 2) Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des DAZ-Vorstandes zur berufspolitischen Situation und zu Initiativen des DAZ; anschließend Diskussion
- 3) Anträge an die Mitgliederversammlung (satzungsgerecht zwei Wochen vorher beim Vorstand / der Geschäftsstelle 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 2002

Interner Teil

- 6) a) Bericht des Kassierers und der Kassenprüfer mit Diskussion
b) Entlastung des Vorstandes
c) Wahl der Kassenprüfer für 2001
- 7) Wahlen zum DAZ-Vorstand
- 8) Antrag auf Änderung der DAZ-Satzung
- 9) a) Verabschiedung der Beitragsordnung 2002
b) Verabschiedung des Haushaltsplanes 2002
- 10) Behandlung weiterer DAZ-interner Anträge
- 11) Verschiedenes

Lesen Sie dazu in diesem Heft, Seite 39/40
DAZ - Jahrestagung: Ganzheitlichkeit im Trend

Infos und Anmeldung:

DAZ-Geschäftsstelle beim NAV-Virchow-Bund
Belfortstr. 9, 50668 Köln

Tel 0221-973005-45, Fax 0221-7391239
DAZ.Koeln@t-online.de www.DAZ-Web.de

Minimalinvasive konservierende Zahnheilkunde

Bei der Fortbildungsveranstaltung anlässlich der Frühjahrstagung des DAZ in Frankfurt hielt Prof. Bernd Klaiber, Würzburg, einen mehrstündigen Vortrag über minimalinvasive Restaurationstechniken. Mit den guten Ratschlägen des auf dieses Thema spezialisierten Praktikers wurde man auf der Fortbildung sehr ausführlich für die eigene Praxis motiviert. Ergänzend konnte man am 25.6. auf der Montags-Fortbildung des ZBV München vom gleichen Referenten weitere Details zu diesem Thema vertiefen.

Prinzipien der restaurativen Therapie:

Kariesentfernung (Beseitigung der Infektion)

Materialangepasste Kavitätengestaltung

Abdichtung des Pulpa-Dentinsystems

(Verhinderung der Reinfektion)

Restauration des Schmelzes

(Wiederherstellung der Funktion)

Hidden Caries

Das Bild der Karies hat sich in den letzten Jahren deutlich geändert. So sieht man heute eher kleine, unauffällige Schmelzläsionen, z. B. als dezente Verfärbung der Fissuren, um dann darunter ausgedehnte Dentinkaries zu entdecken, oder interdentale Karies, bereits im Dentin, auf einer Bissflügelaufnahme, obwohl der umgebende Schmelz praktisch intakt ist, sogenannte "hidden caries".

Wahrscheinlich durch die Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten, ist die Zahnoberfläche so widerstandsfähig oder unempfindlich geworden, dass man die Eintrittspforte der Bakterien kaum noch sieht, während das Zerstörungswerk im Dentin munter fortschreitet. Auch der häufige

Verzehr von Schweinefleisch, das antibiotisch angereichert ist, wird in diesem Zusammenhang diskutiert. Fazit: Auch kleinste Läsionen versorgen - gerade im jugendlichen Alter - und regelmäßige Bissflügelaufnahmen! Etwa alle eineinhalb bis 3 Jahre sollte bei Jugendlichen geröntgt werden. Es ist gar nicht so selten, dass im Laufe von 1-2 Jahren aus einer D 1 eine D3 oder aus einer D2 eine D4 - Läsion wird. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Zunahme der Wurzelkaries, bei völlig intakter Zahnkrone, hingewiesen, die auch häufig schlecht sichtbar und zugänglich ist.

Materialangepasste Kavitätengestaltung

Entgegen den früheren Regeln der konservierenden Zahnheilkunde, was Retentionsformen, Kastenpräparationen etc. angeht, ist es heute Ziel der Füllungstherapie, soviel gesunde Zahnschubstanz wie möglich zu erhalten. Auf diese Weise schont man nicht nur Zahnschubstanz, man erspart dem Patienten auch eine Menge Schmerzen, da das gesunde Dentin, das früher zur Verankerung der Füllung entfernt werden musste, voll permeabel und deshalb sehr empfindlich ist.

Die guten alten Black'schen Regeln gelten nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form und besonders "extension for prevention", nach dem Grundsatz, "was man weg nimmt, wird später nicht mehr kariös", hat ausgedient. Breite, flache Füllungen, die nicht der Erkrankungsform der Karies entsprechen, sind obsolet. Maximal invasive Restaurationen, z.B. Überkronungen, sollten gut bedacht und mit engerer Indikation als in den letzten 2 Jahrzehnten gemacht werden.

Auch eine Füllung zu reparieren, gilt nicht mehr als Pfusch. Dazu werden die erhaltungswürdigen Reste der alten Kompositfüllung nur abgestrahlt, da sich durch den Einsatz rotierender Instrumente grundsätzlich eine Schmierschicht bildet, die den Verbund neu/alt behindert.

Die Werkstoffe der ersten Wahl sind dabei Feinstpartikel-Hybridkomposite. Hier ist die Schrumpfung relativ gering. Eine ähnlich geringe Schrumpfung weisen die Ormocere auf. Stopfbar, also durch Druck verdichtbar, sind die Composite jedoch allesamt nicht. Klaiber bevorzugt den Füllstoff Point 4 wegen der sehr kleinen Füllkörper, oder Tetric Ceram. Komposit-Füllungen werden im Laufe der Zeit heller, es sei denn, sie sind nicht richtig auspolymerisiert, dann werden sie mit zunehmendem Alter dunkler.

Arbeitsschritte bei der Kavitätenpräparation:

- Entfernung infizierten Gewebes
- nur soviel Schmelz wie unbedingt nötig entfernen
- nicht von Dentin unterfütterten Schmelz belassen
- keine präventive Extension
- keine makromechanische Retention

- für schräg angeschnittenen Schmelz sorgen
- Prismen am approximalen Schmelzrand per Hand anschrägen

Eigenschaften/Probleme von Compositen:

- Selbstadhäsion
- Verbundfestigkeit
- Verschleißfestigkeit
- Biege/Zug/Druckfestigkeit
- Fluoridfreisetzung
- Schrumpfung

Die Polymerisationsschrumpfung macht immer dann Probleme, wenn ein ungünstiges Verhältnis von gebundener Oberfläche zu freier vorliegt. Das heißt, wenn eine Füllung viel freie Oberfläche, wie z. B. ein Eckenaufbau, aufweist, ist die Schrumpfung kein Problem, da sie sich nicht als Abzugskraft am Zahn auswirken kann. Liegt dagegen eine tiefere okklusale Läsion vor, kann es Probleme geben, wenn nicht durch schräges Schichten die Schrumpfung aufgefangen werden kann. Das Verhältnis von gebundener Fläche zu freier Oberfläche wird durch den c-Faktor ausgedrückt. Also: je höher der c-Faktor, desto ungünstiger das Schrumpfungsverhalten.

Wird die Polymerisationsschrumpfung durch eine sehr gute adhäsive Befestigung des Materials an den Zahn weitergegeben, gibt es statt eines Randspaltes Sprünge im Schmelz. Gerade bei Füllungen mit einem sehr ungünstigen c-Faktor, wie z.B. einer unterminierenden okklusalen Karies, empfiehlt es sich, nach dem Liner noch ein fließfähiges Komposit einzubringen. Dann erst wird der Schmelz angeschrägt und selektiv geätzt. Nach Spülung mit reichlich Wasser wird das Komposit aufgetragen. Die feine Spaltbildung zwischen erster und

zweiter Kompositschicht - die erste im Verbund mit dem Dentin, die zweite verklebt mit dem Schmelz - nimmt die Spannung aus dem System. So kommt es nicht zu der unerwünschten Bildung feiner Schmelzspürnge.

Gel-Punkt nennt man den Zeitpunkt, ab dem eine vorher fließfähige Masse nicht mehr fließen kann. Dieser Zeitpunkt sollte möglichst spät liegen, wegen der schrumpfungsbedingten Spaltbildung. Deshalb auch der Einsatz der "Soft-Lampen". Die Leistung der Lichtleiter sollte etwa 700 bis 800 Milliwatt betragen, jedoch nicht unter 400 Milliwatt absinken, was immer wieder getestet werden sollte. Ob die Zukunft den ultrastarken und ultraschnellen Apollo-Lampen gehören wird, ist fraglich, wahrscheinlich werden sich eher LED Lampen durchsetzen. Klaiber empfiehlt z. Z. noch ganz normale Halogenlampen.

Abdichtung des Pulpa/Dentin-Systems:

Konditionierungsvorgang

Ein wichtiges Kapitel im Umgang mit Kompositen ist der Konditionierungsvorgang. Der neuerdings erreichbare adhäsive Dentinverbund war erst die Voraussetzung dafür, Compositfüllungen auch im Seitenzahnbereich als *lege artis* anzusehen. Die Schmelzkonditionierung mit 30-40%iger Orthophosphorsäure und das dadurch entstehende mikroretentive Relief, in das dann der Haftvermittler (Bond) eindringt, ist ja seit Jahrzehnten bewährt. Dieser Haftmechanismus am Schmelz lässt sich jedoch - aufgrund des völlig unterschiedlichen chemischen Aufbaus - nicht auf das Dentin übertragen. Die Behandlung des Dentins mit Phosphorsäure führt auch zu einer Öffnung der Dentinkanäl-

chen, wodurch vermehrt Dentinliquor auströmt. Diese Feuchtigkeit stört die Verbindung mit dem hydrophoben Komposit, mit der Konsequenz der Bildung von Randspalten bei der Aushärtung. Bei Belastung kommt es dann zu den typischen, sehr unangenehmen Schmerzen am Zahn.

In Bezug auf die Schmierschicht des präparierten Dentins unterscheidet man heute drei Verbundprinzipien:

Erhaltung, Modifizierung und vollständige Entfernung der Schmierschicht (total-etch)

Der Großteil der heute auf dem Markt befindlichen Adhäsive basiert auf der völligen Entfernung der Schmierschicht. Auch hierbei wird mit Phosphorsäure das oberflächliche Dentin demineralisiert. Dadurch wird ein Kollagenfasernetzwerk freigelegt, das sich auf dem nicht entkalkten Dentin in einem dichten Bündel ablagern kann. Nun ist jedoch ein Primer vonnöten, der das Kollagenfasernetzwerk so modifiziert, dass das anschließend applizierte Bond besser in das Dentin penetrieren kann. Durch diese Monomereinlagerungen in das Kollagen bildet sich eine Hybridschicht, die das Komposit mit dem Dentin mikromechanisch und chemisch verbindet. In den Dentinkanälchen erhärtetes Bond verschließt diese und führt zu einer zusätzlichen mechanischen Verankerung, sogenannten "Tags".

Ist kein guter Dentinverbund gegeben, kommt es durch ausgetretenen Dentinliquor zu einer "Pfütze" unter der Füllung, die - samt Odontoblasten - bei Kaubelastung zurück in die Dentinkanälchen gepresst wird, was den Zahn erst Aufbiss- und später heiß-kalt empfindlich macht. Früher rechnete man mit einer Hypersen-

sibilitätsrate von 15%, heute weiss man, dass Hypersensibilitäten ausschließlich auf eine falsche Verarbeitung zurückzuführen sind. Deshalb ist der korrekte Komposit - Dentinverbund besonders wichtig. Bewährt hat sich hierbei, in 3 Schritten voranzugehen:

- 1 Conditioner, Ätzelgel,
- 2 Primer
- 3 Bonding, Liner, Adhäsiv

Der Conditioner entfernt die nach Anwendung von rotierenden Instrumenten entstandene Schmierschicht, es wird eine Retention geschaffen. Der Primer reagiert mit dem hydrophilen Dentin und dem hydrophoben Komposit. Bei selbstkonditionierenden Primern geht es auch ohne Säure. Hierbei werden Lösungsmittel (z.B. Aceton) verwendet. Wichtig ist dabei eine ausreichende Lufttrocknung, damit das Lösungsmittel völlig verdunstet. Das Adhäsiv oder Bonding wird nicht oder kaum verblasen, damit sich hier eine Schicht bilden kann, die das Dentin schützt. Unterfüllungen werden kaum noch gelegt, sondern das Dentin wird versiegelt und anschließend werden unterminierte Stellen evtl. mit einem Flow aufgefüllt. Gelegentlich deckt Klaiber sehr tiefe Stellen mit Calciumhydroxid ab (Dycal), hat dann aber das Problem der milchigen Flüssigkeit, wenn er Conditioner oder selbstkonditionierenden Primer appliziert, von der ihm kein Chemiker sagen kann, was genau in dieser Lösung passiert.

Eine Mischung der Adhäsivkomponenten 1-3 ist ein Kompromiss, wobei die Demineralisationstiefe gleich der Penetrationstiefe sein sollte. So ist den "One-bottle" Systemen unterschiedlicher Erfolg beschieden.

Prompt-L-Pop habe sich aber bewährt, so Prof. Klaiber, die in vitro und erste klinische Ergebnisse seien gut. Auch am Schmelz sei eine Wirkung festzustellen. Bei diesem Haftvermittler wird der Ätzschritt und die daran anschließende Penetration von Monomeren in das demineralisierte Dentin in einem Schritt durchgeführt. Ätztiefe und Eindringtiefe sind damit gleich und vermindern die Gefahr von Sensitivitäten. Phosphorsäureester stellen ein Retentionsmuster im Dentin her, das dem von Phosphorsäure gleicht, aber nicht mehr abgespült werden muss. Unverbrauchte Phosphorsäureester werden im abschließenden Belichtungsschritt in die Matrix einpolymerisiert.

Bei tiefen Läsionen nimmt Klaiber gern einen selbstkonditionierenden Primer wie z.B. Optibond.

Nach dem ordentlich abgeschlossenen Konditionierungsvorgang kann ein Komposit eigener Wahl verwendet werden. Die Composite sind austauschbar. Das System Conditioner-Primer-Liner muss jedoch von einer Firma sein.

Füllungen Klasse I

Prof. Klaiber zeigte eindrucksvolle Dias mit minimaler okklusaler Verfärbung, die - nach Aufbereitung - riesige, unterminierende Defekte sichtbar werden ließen. Die Diagnostik - wenn möglich auch die Durchführung - von Versiegelungen muss seiner Meinung nach unbedingt in zahnärztlicher Hand bleiben. Er selbst nimmt gern einen Rosenbohrer 0.05 und kontrolliert damit auch unauffällig aussehende Fissuren an Molaren, bevor diese versiegelt werden. Außerdem reinigt er die Oberfläche vor dem Versiegeln mit dem Pulverstrahlgerät (Natriumbikarbonat), ebenso die Läsion

vor dem Füllen, z.B. mit Profi-Jet o.ä.. Zur Entfernung von Karies erscheinen ihm die Geräte nicht gut geeignet.

Zum Modellieren der Komposit-Füllungen nimmt Kläiber am liebsten feine Heide-
mann-Instrumente, das Komposit direkt aus dem Kühlschrank. So kann man den pixotropen Effekt des sich langsam erwärmenden Kunststoffes ausnutzen. Stopfbar seien die Composite allesamt nicht.

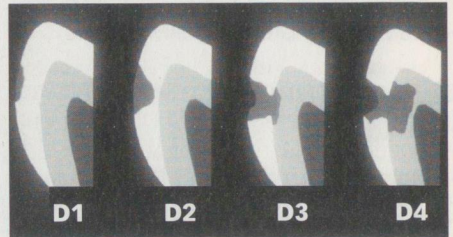
Wichtig sei, dass das Instrument, mit dem das Komposit eingebracht oder in Form gebracht werden soll, ganz sauber ist und immer ein größerer Teil oder eine größere Fläche des Werkstoffes mit dem Zahn Kontakt hat, als mit dem Spatel. So vermeidet man dass lästige Hängenbleiben des Kunststoffes. Mit Hilfe der Lupenbrille wird das Komposit okklusal genau der restlichen Schmelzoberfläche entsprechend gestaltet, um nachheriges Wegschleifen des Überstandes zu vermeiden. Die Modellation erfolgt schräg, wobei man den aufzubauenden Höcker, samt Querrissen vor dem Härten gestaltet, so dass hinterher nicht mehr geschliffen werden muss, was die Gefahr einer iatrogenen Verletzung des umgebenden Schmelzes und wichtiger Kontaktpunkte eminent verringert. Adhäsiv verankerter Überschuss - immer großzügig die gesamte Kaufläche ätzen - der nicht stört, kann bleiben. Anschließend poliert er die Füllungen mit rotem und grünem Gummi und Polierpasten mit der "Zauberbürste" (Brownie, Greenie, Okklubrush).

Keramikinserts empfiehlt er nicht, da die Gefahr einer Schmelzverletzung bei Reduzierung der Inserts und Anpassung an den Zahn gegeben ist.

Füllungen der Klasse II

Durch die eingangs erwähnte Veränderung der Karies durch die Wirkung des Fluorids sind auch interdendale Defekte heute noch schwerer zu erkennen, als früher.

Füllungseinteilung D1 bis D4:

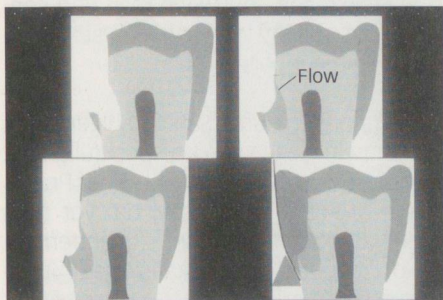


Probleme im Approximalebereich:

- Kontaktpunkt
- Zugang
- Prismenverlauf
- Abschrägung
- Trockenlegung
- Materialadaptation
- Aushärtung
- Matrizen
- Ausarbeitung

Um so viel Schmelz wie möglich zu erhalten, wird heute die Stufe nicht mehr so tief gelegt. Man entfernt seitlich nur das Allernötigste an Schmelz und versucht dann mit Hilfe von Handinstrumenten, langschäftigen Rosenbohrern oder oszillierenden, abgewinkelten Instrumenten, die Karies vollständig zu entfernen. Hierbei ist auch die Präparationsform der "internen Klasse II" zu erwähnen, wenn sich beim Legen einer ausgedehnten, okklusalen Füllung zeigt, dass von okklusal her die meist kleine, interdendale Karies samt approximaler Schmelzdurchtrittsstelle gut erreichen lässt.

Da sich die Karies häufig von der Eintrittsstelle aus schräg nach unten fortsetzt, liegt der kariöse Defekt oft sogar unter Zahnfleischniveau, während der intakte Schmelzrand deutlich höher liegt. Diesen Schmelzrand gilt es zu erhalten, um eine haltbare Verklebung mit dem Komposit zu gewährleisten.



Nach Entfernung der Karies wird deshalb der tieferliegende Defekt mit einem "Flow" aufgefüllt, danach der interdentale Schmelz zur Verbreiterung der Ätzfläche mit dem "Chinesenhut" (kleines, halbkugelförmiges Abschrägungsinstrument der Fa. Solizys) angeschrägt.

Jetzt erst wird eine Matrize gelegt oder die vorhandene mit einem Keil adaptiert, da jetzt - durch das applizierte Flow - der feine Schmelzrand ausreichend stabilisiert ist und durch den Druck des Keiles nicht abgesprengt wird. Es können Metallmatrizen und Holzkeilchen verwendet werden. Er selbst verwendet gerne kleinere Halter oder bleitote Halbmatrizen. Besonders beliebt ist die "Ostermatrize", ein ringförmiger Matrizenhalter von "Hawe Neos", bei dem zwei weisse Ecken wie Hasenohren wegstehen. Zum Einbringen der Matrizen hat es sich bewährt, die Zähne kurz mit Hilfe eines Heidemanns zu se-

parieren. Die interdentale Kavität hat heute eher Birnen- oder Tropfenform, nicht mehr Kastenform.

Besonders wichtig ist bei Kavitäten der Klasse II die Politur des Interdentalraumes. Dafür eignen sich besonders der "Proxi-shave" - evtl. auch ein neuer, feststellbarer Teil des Eva-Systems - also eine feststellbare kleine Feile, mit der man die Füllung im Zahnzwischenraum glätten kann.

Zervikale Defekte lassen sich gut mit Flow füllen, besonders wenn der Patient so flach liegt, dass das Material von selbst in die gewünschte Form fließt. Die umgebende Gingiva wird mit einem Retraktionsfaden (Ultradent violett) geschützt und die Füllung anschließend möglichst nur noch poliert.

Große Frontzahndefekte:

Auch bei großen Eckenaufbauten sind heute keine parapulpären Stifte mehr nötig, der Verbund Zahn/Komposit allein ist ausreichend. Wenn ein Patient ein abgeschlagenes Stück Zahn mitbringt, kann man es auch gleich wieder ankleben. Dabei wird sowohl am Zahn als auch am Fragment der Schmelz geätzt und das Dentin beider Teile mit selbstkonditionierendem Primer vorbehandelt. Mit etwas Liner bestrichen werden die Zahnteile zusammengehalten und mit Licht gehärtet. Als Vorbehandlung ist sowohl eine Amputation der Pulpa als auch eine Wurzelfüllung denkbar.

Ästhetische Veränderungen an Frontzähnen

Hierbei ist es wichtig, die Grundregeln der Ästhetik zu kennen und anzuwenden.

Wichtiger als die Farbe ist zuerst einmal die Form, da sie eher ins Auge springt.

Natürlich ist die Länge des Zahnes wichtig, aber auch seine inzisale Form und vor allem seine Konturen. Die Konturen eines Frontzahnes werden von 5 Linien bestimmt, der lateralen und mesialen vertikalen Konturenlinie und den 3 horizontalen Linien: zervikal, labial und inzisal. Durch Variation dieser Konturen kann man einen Zahn länger, kürzer, breiter oder schmaler wirken lassen. Ein aufgehellter Zahn kommt in seiner Wirkung nach vorn, ein abgedunkelter nach hinten. Soweit als möglich sollte man auch die Mikromorphologie des Restzahnes oder der umgebenden Zähne übernehmen. Zum Ersatz von Dentin und Schmelz kommen unterschiedlich transluzente Komposite zum Einsatz, wobei Klaiber den Farbaufbau der Enamel Kompositmassen besonders schätzt.

Wichtig ist dabei die Farbbestimmung bei noch feuchtem Zahn, also gleich zu Beginn der Behandlung. Auch die Struktur der Marvellons ist nur anfangs sichtbar. Die cervikale Zahnfarbe wird zur Bestimmung der Basisfarbe des Dentinkörpers übernommen.

Sehr wichtig ist die Sauberkeit und Trockenheit des Zahnes - evtl. erst scalen, immer erst abstrahlen. Wenn die gewünschte Kontur schwierig herzustellen ist, z. B. bei Verlegung des Kontaktpunktes, wobei es nicht möglich ist, einen Keil zu plazieren, gibt er dem Konturenband mit Hilfe von Fermi o.ä. festen Halt.

Vor dem Auftragen von Komposit auf intakten Schmelz wird dieser nur abgestrahlt.

Eine erwünschte Aufhellung eines Zahnes durch Bleichen sollte etwa eine Woche vor der Füllungslegung abgeschlossen sein.

Schöne Papillen erhält man, wenn der Kontaktpunkt von Frontzähnen genau 5mm vom Alveolarknochen entfernt ist. Auch fehlende Papillen wie z.B. bei einem Diastema entstehen neu, wenn man den Kontaktpunkt richtig legt und die seitlichen Aufbauten gut poliert.

Das Aufrauen durch Sandstrahlgeräte ist immer beim Legen von Kompositfüllungen günstig, besonders aber nach einer Präparation mit dem Diamanten, um vor dem Ätzen die Schmierschicht zu entfernen. Klaiber benützt dazu silikatisiertes Aluminiumoxidpulver.

Bei der Reparatur von Keramik kommt man um die Verwendung von Flusssäure nicht herum. Die Anwendung dieser Substanz liegt in der Verantwortung jedes einzelnen Zahnarztes, aber ohne sie geht es nicht. Danach wird silanisiert, ein Adhäsiv aufgetragen und mit Flow geklebt oder mit Komposit aufgebaut.

Vom Laser in der restaurativen Zahnheilkunde hält Prof. Klaiber nichts.

Alles in allem war das eine Fortbildung, wie man sie sich wünscht. Spannend, verständlich und praxisnah, auch wenn z.B. die komplette Neu- und Umgestaltung einer ganzen Frontzahnreihe, die der Referent zeigte, die handwerklichen und ästhetischen Möglichkeiten der Normalpraxis überschreiten dürfte. Erst recht natürlich in der GKV-Praxis.

*Dr. Dr. Ursula Frenzel
München*

Das Hirngespinnst des lateralen Kanals

Aus Pat Wahl, DMD, MBA* "Practical Endodontics", Vol 9, No 4 (1999), 26-27
 Autorisierte Übersetzung durch R. Teeuwen

Ich sprach diesen Morgen mit einem Zahnarzt, der gerade von einem Endokurs zurückgekehrt war. Er sagte, er habe jetzt Angst Patienten zu behandeln, da er niemals in der Lage gewesen wäre laterale Kanäle abzufüllen, wie es im Kurs demonstriert worden wäre. Ein anderer Zahnarzt habe ihn eingeschüchtert Patienten die notwendige Hilfe zuteil werden zu lassen.

Heutige kognitive Dissonanz

In den 60er Jahren führten Seltzer und Bender das Konzept der "kognitiven Dissonanz" in die Endodontie ein. Sie wiesen darauf hin, dass manchmal überaus gut behandelte Fälle zum Mißerfolg und insuffizient behandelte Fälle zu einem Erfolg führten. Ihre Botschaft stand im Gegensatz zur übervereinfachten Botschaft, die den Studenten seinerzeit vermittelt wurde: "Mach' die Angelegenheit anständig, und Du wirst einen 100%-igen Erfolg verbuchen".

Der Fehltritt, der heutigentags von einigen Dozenten verbreitet wird, ist nicht der von unmöglichen Erfolgsquoten, sondern von endlosen lateralen Kanälen, die explodieren wie Feuerwerkskörper und in jeder Wurzel versteckt liegen. Einige Obturationsmethoden füllen mehr laterale Kanäle als andere. Wenn ich mich der lateralen Kondensation bediene, zeigen 2% meiner Fälle die Abfüllung lateraler Kanäle. Eine vertikale Kondensation könnte durchaus meine Anzahl von gefüllten lateralen Kanälen auf

ungefähr 4% verdoppeln. Wenn Dozenten Fälle mit abgefüllten lateralen Kanälen zeigen und deren Bedeutung hervorheben, fragen Sie diese nach dem Prozentsatz der Fälle, die keine abgefüllten lateralen Kanäle zeigen: 90%, 95%, 99%? Warum denn zeigt die große Mehrheit der Fälle dieses nicht und hat trotzdem Behandlungserfolg?

Sealer versiegeln

Alle Obturationstechniken - vertikale Kondensation, laterale Kondensation, Thermafil, EZ-Fill, sogar Sargenti (N2-Methode nach Sargenti - der Übers.) - basieren auf einem Sealer zur Versiegelung des Kanals. Guttapercha hat keine Versiegelungs-Kapazität. Der Sealer ist das antibakterielle Agens, das man am Gewebe-/Kanalwand-Interface wünscht. Keine Studie hat jemals einen Unterschied in der Erfolgsquote gezeigt zwischen Kanälen, die mit Guttapercha und Sealer gefüllt sind, und Kanälen, die nur mit Sealer alleine abgefüllt sind.

Wenn der Sealer allein ein effektives Obturans ist, warum verwenden wir Guttapercha? Guttapercha hilft zu sichern, dass der Sealer überall dort ist, wo wir ihn brauchen oder um ein Retreatment zu erleichtern, sofern eine Revision notwendig werden sollte!

Schattenseiten der »warm« - Methoden
 "Warm"-Guttapercha-Methoden haben bedenkliche Nachteile, obwohl sie durchaus die geringe Zahl von abgefüll-

ten lateralen Kanälen erhöhen. Die Hauptsorge ist, dass warme Guttapercha beim Abkühlen schrumpft. Glauben Sie nicht, dass Kondensation den Schrumpfungseffekt vollständig kompensiert! Ich glaube es nicht. Kondensation erhöht das Risiko der Wurzelfraktur, besonders wenn Kanäle unnötig stark erweitert werden, um Kondensationsinstrumente unterzubringen.

Wie machen die das?

Ein Grund, dass einige Endodontisten mehr laterale Kanäle abfüllen als andere, liegt darin, dass sie Hypochlorit in einen nekrotischen Kanal über eine ausgedehnte Zeit einsickern lassen. Steve Buchanan zum Beispiel spricht über eine "Ein-Sitzungs-Behandlung", aber er definiert diese anders als ich. In vielen Fällen "öffnet" er den Fall, läßt ihn offen und vervollständigt die "Ein-Sitzungs-Behandlung" Wochen später in der folgenden Sitzung. Was passiert mit diesem Fall? Wenn es sich um einen vitalen Fall gehandelt hat, ist er zwischen den Sitzungen zu einem nekrotischen geworden. Der nekrotische Fall, der eine halbe Stunde lang in Hypochlorit getränkt wurde, hat eine bessere Chance abgefüllte laterale Kanäle zu zeigen.

"Hot dogs" und "bleach"

Was geschieht, wenn man ein kleines Stück eines "hot dog" in eine Schale mit Hypochlorit legt? Das kleine Stückchen "hot dog" wird sich auflösen. Was geschieht, wenn man einen Finger in eine Schale mit Hypochlorit steckt? Nichts. Hypochlorit löst kein vitales Gewebe auf. Wenn das Gewebe im Wurzelkanal vital ist, wird Hypochlorit wahrscheinlich keine Wirkung darauf haben. Die

meisten von uns lassen Hypochlorit nicht lange genug im Kanal, um einen Effekt auf nekrotisches Gewebe zu erreichen. Und es ist sicherlich fraglich, ob die Anwendung eines Bleichmittels, eine für den Gebrauch im Mund niemals zugelassene ätzende Chemikalie, gerechtfertigt ist, nur um gelegentlich laterale Kanäle füllen zu helfen.

Der Kick der WF

Ich liebe es laterale Kanäle zu füllen, genau wie der nächste Kollege auch. Sicherlich ist es eine "wow"-Erfahrung, eine Anatomie zu sehen, die man vorher nie bemerkt hat. Aber es ist an der Zeit das Schuldgefühl hinwegzufegen. Keine Studie hat jemals eine Erhöhung der Erfolgsrate gezeigt dank vermehrter Abfüllung von lateralen Kanälen. Springen Sie nicht durch Reifen, um andere Zahnärzte zu beeindrucken; beeindrucken Sie stattdessen Ihre Patienten, indem Sie ihnen ihre Zähne erhalten!

** Adress Pat Wahl: Clinical Assistant Prof. Dept. of Endodontics, Univ. of Pennsylvania Endodontist, Mitglied der AAE (Organisation der ca. 3500 US-Endodontisten), Honorary fellow der AES (Organisation von ca 7000 N2-Anwendern in den USA), Pat Wahl erteilt zusammen mit dem Praktiker Kit Weathers Endokurse ("Magic Endo") in Wilmington bei Atlanta. Kit Weathers ist Herausgeber von "Practical Endodontics".*

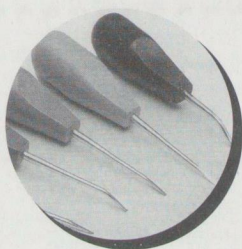
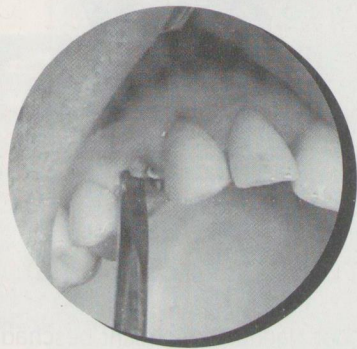
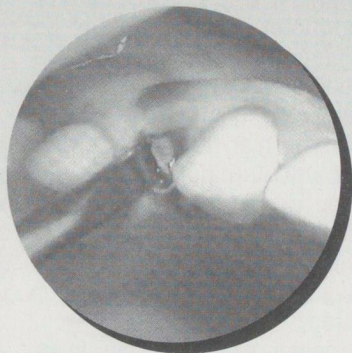
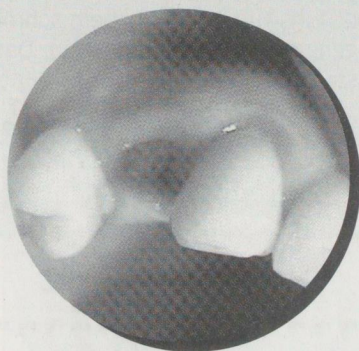
Kontaktadresse der Endokurse bei Dr. Wahl / Kit Weathers. Office Magic The Barba, Plaza, Second Floor 2114 Silverside Road, Wilmington DE 19810-4148, USA Tel (302) 477-9450 (800) 750-8779 Fax (302) 477-9452 www.officemagic.com

Lit. Hinweis des Übersetzers: Seltzer S., Bender J. B.: Cognitive dissonance in endodontics Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. Vol 20, No 4. 505-516 (Oct. 1965)

*Dr. R. Teeuwen
Geilenkirchen*

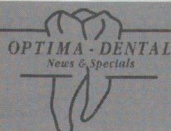
Original **LUXATOR**

*schonendes Extraktionsprinzip für
Implantologie und Praxis*



• *schwedischer Spezialstahl*

- *Durchtrennen des zirkulären Ligaments*
- *Vertikale Luxation des Zahnes durch vorsichtige Rotation mit minimalem Kraftaufwand*
- *Äußerst schonendes Extraktionsprinzip*



Porschestraße 16 D • 92245 Kümmerbruck • Telefon: 09621-72787
Telefax: 09621-75423 • e-mail: Optima-Dental@web.de

Minimal invasiv - maximal innovativ

Micropräparationen

Bei der O1, der Versiegelung, der Versorgung größerer Kavitäten oder bei Kronenpräparationen finden wir gelegentlich sehr kleine kariöse Defekte am Nachbarzahn, die uns zu der Überlegung führen, ob hier mit der gelernten Versorgung mit Turbinendiamant und Rosenbohrer der Schaden nicht vergrößert wird und wir deshalb lieber darauf verzichten und auf die Remineralisation nach gezielter Fluoridierung vertrauen sollten.

Aufgrund meiner eigenen Erfahrungen greife ich in solchen Fällen auf die microinvasive Behandlung mit dem KaVo SONICflex zurück.

Bei einer Kronenpräparation oder Approximalkavität können wir häufig eine beginnende Läsion am benachbarten Zahn entdecken, die sehr schlecht zugänglich ist und in der Regel-Versorgung einen großen Substanzverlust zur Folge hat. Mit den speziell abgewinkelten, diamantierten SONICflex angle Spitzen kann diese Karies bei maximaler Erhaltung von Zahnschubstanz sauber entfernt werden (siehe Abbildung 1). Für minimale Fissuren- oder Zahnhalskavitäten verwende ich kleine diamantierte Halbkugeln, die SONICflex bevel Spitzen.

Diese Instrumente setze ich auch sehr gerne bei der Versorgung von Approximalkaries ein. Wie eine Sonde wird das Instrument in die eventuell gerade fühlbare Läsion eingeführt und eingeschaltet. Durch die oszillierenden, ellipti-

schen Bewegungen des Scalers brechen die kariösen Schmelzstrukturen ein und werden sauber entfernt. Durch den Hals des Instrumentes wird ein schmaler Zugang zur Kavität geschaffen. Da das Instrument nur einseitig diamantiert ist,

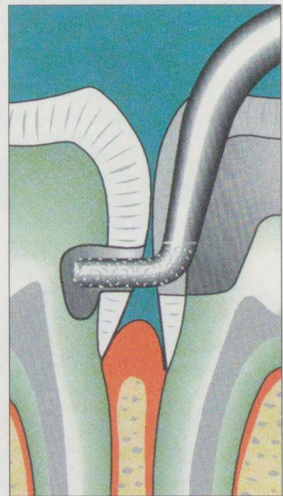


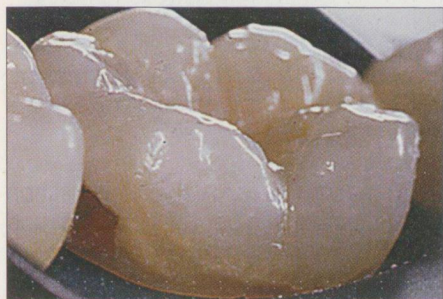
Abb.1

wird der Nachbarzahn nicht beschädigt. Die minimalen Schwingungen verhindern, daß Blutungen entstehen. Zur Versorgung füge ich ein Kunststoff-Matrizenband in den Approximalraum ein. Nach der Ätzung und dem Bonding mit dem auch in kleinste Kavitäten sehr gezielt einsetzbaren Promt L-Pop fülle ich anschließend adhäsiv mit einem fließfähigen Komposit, ziehe den Matrizenstreifen stramm und fixiere ihn mit einer Hawe-Klemme. Anschließend wird der

Kunststoff bei Soft-Start auspolymerisiert. Nach Entfernen der Matrize werden die groben Überschüsse z.B. mit einer Kürette entfernt und die Oberfläche und Ränder mit feinen Separierstreifen geglättet, so daß eine unsichtbare und



Präparation einer Kavität im kaum zugänglichen Approximalbereich



Linguale Ansicht einer minimalinvasiv präparierten Kavität.

nicht fühlbare Kavitätenversorgung resultiert. Erstaunlicherweise scheint die gesamte Behandlung mit dem SONICflex nicht schmerzhaft zu sein, denn ich konnte dieses Instrument auch bei der Versorgung von Milchzähnen ohne Schmerzreaktionen oder Widerstand der kleinen Patienten einsetzen.

Mit anderen SONICflex-Instrumenten, den torpedo-förmigen SONICSYS micro Spitzen Nr. 28 und 29, lassen sich sehr schön und ohne Gefahr für den Nachbarzahn approximal die Kavitätenwände glätten und -kanten brechen, um optimale Verhältnisse für die folgende Abformung oder Adhäsivversorgung zu schaffen. Das ist nach meinen Erfahrungen mit anderen maschinell betriebenen Instrumenten nicht möglich und mit den traditionellen Handinstrumenten äußerst zeitraubend und umständlich. Ausführliche Informationen zum SONICflex erhalten Sie direkt bei KaVo über die email-Adresse info@kavo.de oder die Hotline 07351/56-1599.

Dr. U. Happ, Hamburg

Kassenwechsel

Viele Bundesbürger sind mit ihrer Krankenkasse unzufrieden. 14 Prozent haben in jüngster Zeit einen Kassenwechsel erwogen, neun Prozent haben dies bereits getan. Das ergab eine am 17. Mai veröffentlichte Forsa-Umfrage unter 1000 Bundesbürgern für die Hamburger Zeitung »Die Woche«. Besonders hoch war der Anteil der Kassenwechsler danach unter den 30 bis 44 jährigen, bei denen heute bereits jeder Siebte bei einer anderen gesetzlichen Versicherung ist als zuvor. Zudem ist das Vertrauen in das derzeitige System der gesetzlichen Krankenversicherung gering: Fast zwei Drittel der Deutschen glauben nicht, dass es in 20 Jahren noch Bestand haben wird.

ap

Abrechnungen außervertraglicher Leistungen: *was geht und was nicht*

Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen war wohl selten so chaotisch und so unzureichend reglementiert und kontrolliert wie zur Zeit. Auf der einen Seite bleiben als Folge der Unübersichtlichkeit der legalen Möglichkeiten Abrechnungsfreiräume ungenutzt, was manchen Praxen schon erhebliche Liquiditätsengpässe beschert hat. Andererseits aber lässt die von freiverbandlich besetzten Standesvertretungen forcierte Verlagerung von GKV-Leistungen in den privaten Sektor mit der Schaffung von Verkaufsmanagementstrukturen in den Praxen zahnärztlichem Erfindungsreichtum (um nicht von Willkür zu sprechen) freien Raum. Die Folge ist, ob aus Unkenntnis oder bewusst, dass vieles heute privat liquidiert wird, ohne dass dieses nach Vertragslage zulässig wäre.

Die Kammern erleben von alledem nur die Spitze des Eisberges und sind faktisch machtlos, den entstandenen Wildwuchs auch nur ansatzweise einzudämmen. Weiter erschwert wird die Situation durch oftmals widersprüchliche und unzulängliche Gerichtsurteile. Genauso hilflos wie scheinbar interessenlos sehen die Krankenkassen dem bunten Treiben zu und überlassen zumeist ihre Versicherten dem freien Markt der Abdingung.

Kürzlich wurde mir ein Fall bekannt, bei dem ein Vertragszahnarzt seiner Patientin eine Mehrkostenvereinbarung für die

Wurzelbehandlung eines oberen 6'ers vorlegte. Er begründete diese mit dem besonderen Aufwand für eine vollständige Kanalabfüllung, zu der er, wie er behauptete, nach den GKV-Verträgen nicht verpflichtet sei. Ohne Zuzahlung würde er nur 2/3 der Wurzellänge abfüllen, die Patientin sei aber aus fachlicher Sicht gut beraten, doch lieber die vollständige Abfüllung durchführen zu lassen.

Dieser eindeutig vertragswidrige Fall soll exemplarisch zeigen, mit wie bestehenden, wenn auch falschen Argumenten ein Mehrhonorar schnell locker gemacht werden kann. Die Patientin erkundigte sich bei ihrer Krankenkasse und erhielt auch von dort eine Warnung, traute sich aber letztlich dennoch nicht, mit ihrem Zahnarzt darüber zu reden - und zahlte drauf.

Missbräuche dieser Art machen schon lange die Runde in der Öffentlichkeit und schüren weiter das Image des habgierigen Zahnmediziners, der es in der Folge um vieles schwerer hat, die Fälle richtiger und notwendiger Mehrkostenabrechnung gegenüber seinen Patienten verständlich zu machen. Und genau dieses muss natürlich in aller Deutlichkeit gesagt werden: Ohne die Anwendung der gesamten Palette zulässiger Mehrkostenvereinbarungen kann sich heute kaum eine Kassenpraxis mehr betriebswirtschaftlich über Wasser halten. Steigende Praxis- und Lebenshaltungskosten bei gleichzeitig stetig geringer wer-

dender Entlohnung für unsere diffizilen Tätigkeiten fordern unseren Selbsterhaltungstrieb ganz selbstverständlich heraus. Bei Praxen, die in eine wirtschaftliche Schiefelage geraten sind, stellen die von den finanzierenden Banken beauftragten Unternehmensberater in den meisten Fällen fest, dass hierfür zuallererst eine unzureichende Rechnungsstellung verantwortlich zu machen ist. Würden erbrachte Leistungen auch alle zutreffend abgerechnet und die Gebührenordnungen konsequent angewendet werden, wäre die Zahl der Insolvenzen erheblich geringer.

Wie wenig Verständnis wir derzeit aber in der Öffentlichkeit für diese wirklich ernste Situation einer Großzahl der niedergelassenen Zahnärzte finden, lässt die kürzliche Ablehnung einer Klage der Bundeszahnärztekammer vor dem Bundesverfassungsgericht zur Anpassung der GOZ erkennen. Das Gericht konnte sich nicht dazu durchringen, sich auf die Seite der Zahnärzte zu stellen und dem Gesetzgeber eine Novellierung der GOZ aufzugeben. Die in der Ablehnungsbeurteilung vom Gericht vorgeschlagene Anpassung allein mit Hilfe höherer Steigerungssätze sollte, wenn sie auch im Sinne der GOZ völlig sachfremd ist, von uns ernsthaft aufgegriffen werden. Nach einer GOZ - Analyse der BZÄK liquidieren bislang noch ca. 81% aller niedergelassenen Kollegen lediglich bis zum 2,3-fachen Satz.

So selbstverständlich wie unsere Selbsterhaltung muss natürlich auch gelten, dass der Rahmen des gesetzlich Zulässigen einzuhalten ist, auch wenn das in dieser Zeit nicht immer ganz einfach ist

und stattdessen eher der Missbrauch erleichtert wird. Dennoch muss es als legitim gelten, dass eine lege artis erbrachte zahnärztliche Leistung zu einem Honorar abgerechnet wird, das neben der Kostendeckung ein hinreichendes Einkommen sichert. Je mehr die politische Stimmung am zahnärztlichen Selbstbewusstsein nagt, umso deutlicher sollten wir genau dieses immer mehr hervorkehren, sofern unsere Versorgungen gleichzeitig den Geboten von Qualität und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

Außervertragliche Leistungen sind grundsätzlich solche, die dem in § 12 Abs. 1 SGB V beschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen, indem sie über das Maß des dort definierten Notwendigen hinausgehen. Bei anderen Leistungen als denen, wie sie für den Bereich Zahnersatz im § 30 Abs. 1 SGB V näher beschrieben sind, ist eine Erbringung und Abrechnung zu Lasten der GKV sogar strikt ausgeschlossen. Die Abrechnung z.B. von Brücken zum Ersatz von mehr als 3 Zähnen im Seitenzahnbereich oder mehr als 4 im Frontzahnbereich, von mehr als zwei Halteelementen pro Kiefer bei Kombiarbeiten (ausgenommen ein Restzahnbestand von 3 Zähnen) oder von Keramikverblendungen außerhalb der Verblendbereiche erfolgt damit also zwingend im Wege der Privatliquidation.

Auch solche Leistungen, die im GKV-Katalog gar nicht enthalten sind, gelten als außervertraglich und sind privat in Rechnung zu stellen. Zu überprüfen ist hierbei also immer, ob die nach hinreichender Aufklärung vom Patienten gewünschte Leistung nur teilweise oder

komplett in den Bereich der GOZ fällt. Letzteres gilt selbstverständlich z.B. für die Bereiche ‚Individualprophylaxe‘, ‚Funktionsanalyse‘ und ‚Implantologie‘, die ausschließlich nach GOZ zu liquidieren sind, während z.B. bei außervertraglichen Verblendungen im Seitenzahnbereich immer eine gemischte Abrechnung erfolgt.

Letztlich gehören zu den außervertraglichen Leistungen auch noch jene, die weder im BEMA, noch in der GOZ oder der GOÄ enthalten sind, aber dennoch den Erfordernissen der zahnärztlichen Kunst genügen und zusätzlich den Geboten der Notwendigkeit oder dem Wunsch des aufgeklärten Patienten entsprechen (z.B. Veneers). Diese sind dann gemäss § 2 Abs. 3 GOZ bzw. bei Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der GOZ entwickelt wurden, gemäss § 6 Abs. 2 GOZ abzurechnen.

Nicht hinreichende Voraussetzung, aber bei manchen Zahnärzten beliebt, ist die Abdingung einer normalen Keramikverblendung bei Frontzahnkronen mit dem Hinweis, die individuelle, ästhetisch hochwertige Formgestaltung und Farbgebung der Verblendung sei keine Kassenleistung. Tatsächlich stellt dieses natürlich keine höherwertige Versorgung im Sinne des § 30 Abs. 3 SGB V dar. Obwohl Keramikverblendungen innerhalb der Verblendgrenzen, die nach BEL abgerechnet werden, deutlich unterbewertet sind, wäre hier die zusätzliche Berechnung funktioneller oder ästhetischer Kriterien aber dennoch ein Vertragsverstoß.

Wie sehr wir wie auch unsere Techniker durch die Vertragsbindung gezwungen

sind, hochwertige Leistungen zu Tiefstpreisen zu erbringen, kann unseren Patienten am besten immer dann vor Augen geführt werden, wenn Mehrleistungen anfallen und diese dann nicht mehr nach BEMA/BEL sondern nach GOZ/BEB berechnet werden. Angesichts des teilweise erheblichen Preissprunges muss gegenüber den Patienten hier natürlich dem falschen Eindruck entgegengewirkt werden, dass mit der Privatliquidation überbeuerte Leistungen verkauft werden. Vielmehr ist der erhebliche Preisnachlass bei der reinen Vertragsleistung herauszustellen.

Um bei dem Beispiel der Keramikverblendung zu bleiben: es sollte inzwischen einvernehmliche Praxis sein, in diesem Falle die Abrechnung nach GOZ und BEB durchzuführen, wobei die mit der Kasse abgerechnete BEMA - Kronenposition gutzuschreiben ist. Verblendungen erfordern einen präparativen Mehraufwand, der den Ansatz der entsprechenden GOZ - Gebühr rechtfertigt. Im zahntechnischen Bereich kann unseren Patienten, welche ja gerade eine ästhetisch höherwertige Leistung verlangen, technisch auch mehr geboten werden und anstelle der mageren BEL-Position 1620 durch Verwendung geeigneter BEB-Positionen dieses auch angemessen liquidiert werden: ansetzbar wären neben der Verblendung selbst die individuelle Charakterisierung, die Formgebung der Kauflächen nach gnathologischen Gesichtspunkten und ggf. die Farbauswahl mit besonderen Hilfsmitteln. Nicht nur dem Praxislaborinhaber steht dieser Mehrumsatz zu, sondern auch dem Kollegen, der diese Leistungen nicht vom Fremdlabor erbringen lässt,



Die Spitzenkraft, die alles schafft.



KaVo SONICflex® LUX 2003 – Das Multi-Instrument



Ein Instrument – drei
Leistungsstufen – alles geregelt.

KaVo SONICflex ist das
Instrument in der Zahnmedizin mit
dem breitesten Einsatzspektrum.



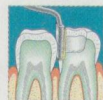
Chirurgie



Prophylaxe



Parodontologie



Konservierende
Therapie



Endodontie

Spitzentechnologie:

- 3 Leistungsstufen
- regelbar nach Indikation
- bis zu 15 dB leiser
- 50 % mehr Leistung
- verbesserte Griffigkeit

Spitzenergebnisse:

- mehr Präzision
- mehr Substanzschonung
- weniger Schmerz



100 % **KaVo**.
Das Bessere erkennen.

KaVo. Dental excellence.

sondern sie chairside selbst gewissenhaft durchführt und dafür einen Eigenlaborbeleg erstellt.

Nicht beeindrucken lassen sollte man sich von der immer weiter um sich greifenden Praxis von Privat- und Zusatzversicherungen, nur noch die BEL als Maßstab für die Abrechnung der Laborleistungen zu akzeptieren. Neuere Gerichtsurteile bestätigen vielmehr zunehmend, dass die aufwendigere Leistung im privaten Sektor auch höher liquidiert werden darf und stärken damit ausdrücklich die BEB, deren Preise sich lediglich an einem ortsüblichen Rahmen zu orientieren haben.

Höchst uneinheitlich wird die Privatabrechnung von Einlagefüllungen aller Art gehandhabt. Der Ansatz der BEMA - Teilkronenposition 20c findet sich teilweise noch heute bei der Anfertigung von Inlays, die weder die Teilkronenkriterien erfüllen (Kaufläche komplett bedeckt) noch immer aus Gold sind. Diese unzulässige Praxis nützt letztlich finanziell nur dem Patienten, ein zahnärztlicher Gewinn ist mit dieser Methode eher nicht zu erzielen. Inlays sind vielmehr grundsätzlich nach GOZ zu liquidieren, wobei § 28 Abs. 2 SGB V auch hier eine Mehrkostenregelung dergestalt vorsieht, dass über die Krankenkasse eine einfache plastische Füllung gleicher Größe abgerechnet werden kann, die dann dem Patienten bei der Privatabrechnung zu erstatten ist. Für diese Praxis sieht der Gesetzgeber allerdings eine Steigerungssatzbegrenzung der GOZ-Positionen 215, 216 und 217 auf das 2,3-fache vor (§ 87a). Angehoben bis zum 3,5-fachen Satz ist diese Begren-

zung lediglich bei der Anfertigung lichthärtender Compositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich. Voraussetzung für diese Abdingung ist wiederum die gegebene Notwendigkeit der Leistung. Werden stattdessen intakte plastische Füllungen entfernt, um sie durch Inlays oder neue plastische Füllungen zu ersetzen, so entfällt die Bezuschussung durch die Krankenkasse.

In wieder anderen Fällen scheidet eine Mehrkostenregelung ebenfalls aus, und zwar wenn Inlays von vornherein oberhalb des 2,3-fachen Satzes berechnet werden. Stattdessen muss dann mit dem Patienten vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung z.B. nach § 4 Abs. 5b BMV-Z getroffen werden. Dieser letzten Version sollte in Anbetracht einer hochwertigen und langlebigen Inlayversorgung der Vorrang gegeben werden, da nur sie wirtschaftlich vernünftig ist. Der dem Patienten entgangene Kassenzuschuss sollte zumeist verschmerzbar sein, zumal das Kassenhonorar für eine plastische Füllung oft nur noch 5 bis 7 % der gesamten Inlaykosten ausmachen.

Keinesfalls sollten wir es angesichts eines angeschlagenen Gesundheitswesens oder aus falsch verstandener Solidarität vernachlässigen, unsere nach den Regeln der Kunst erbrachten notwendigen bzw. vom Patienten verlangten Heilbehandlungen zu Preisen zu erbringen, die marktwirtschaftlich vernünftig sind. Eine mögliche Abweichung nach unten ist damit für begründete Einzelfälle natürlich nicht ausgeschlossen. Dem Patienten, der angesichts teils erheblicher Preisdifferenzen zwischen GKV und GOZ neugierige Fragen stellt,

sollte klar gemacht werden, dass die GKV-Honorare Sonderpreise für die Solidargemeinschaft, aber keine leistungsgerechte Entlohnung darstellen.

Um wiederum nicht missverstanden zu werden: Eindeutig abzulehnen ist ein Beratungs- und Behandlungsverhalten, das sich nicht streng an dem wohlverstandenen gesundheitlichen Bedürfnis unserer Patienten ausrichtet. Nicht alles, was abrechenbar ist, ist deshalb auch vertretbar. So ist es beispielsweise nicht hinzunehmen, wenn fester Zahnersatz auf parodontal insuffiziente Pfeiler gesetzt wird unter dem Vorwand, herausnehmbaren Zahnersatz vermeiden zu können, um aber in Wirklichkeit nur eine umsatzträchtige außervertragliche Leistung erbringen zu können. Fragwürdig auch alle aufwendigen chirurgischen und sonstigen Klimmzüge, die an Zähnen vorgenommen werden, die mit chronischem Lockerungsgrad III nur noch extrahiert werden dürften. Auch wenn ein Patient trotz Aufklärung eine Behandlung contra legem verlangen sollte, ist nicht er sondern der Behandler für die iatrogenen Folgen verantwortlich. Ferner muss die Abdingung funktionstherapeutischer Leistungen den Fällen vorbehalten bleiben, in denen die Kauebene auch wirklich im größeren Umfange rekonstruiert werden muss. Ein oder zwei Einzelkronen rechtfertigen dieses in der Regel nicht. Die Liste der Missbrauchsmöglichkeiten ist damit natürlich noch lange nicht am Ende.

Nur um die mageren GKV-Honorare zu umgehen darf es auch nicht Usus werden, auf Versorgungsformen auszuweichen, die in ihrer Wirksamkeit oder Halt-

barkeit zu große Risiken bergen. So scheint die Kronenverblendung mit Keramikschulter allein wegen der Abrechenbarkeit als außervertragliche Leistung so populär geworden zu sein. Selten wird dabei jedoch die geforderte Mindeststärke der Schulter von 1 mm eingehalten, weil dieses einen erheblichen Mehraufwand bei der Präparation bedeutet, während sich der ästhetische Vorteil sehr in Grenzen hält. Das Abplatzen des freien Keramikrandes ist zudem ein häufig beobachtetes Problem.

Folgende Regeln sollten bei der Vereinbarung außervertraglicher Leistungen immer beachtet werden:

Eine Beratung über alle Behandlungs- und Versorgungsalternativen sowie über die Kosten und die Grenzen der Vertragsleistungen muss der Vereinbarung immer vorangehen und sollte in der Karteikarte festgehalten werden. Eine Vereinbarung ist immer schriftlich zu treffen, wobei die Gesetzesgrundlage, die Aufklärung und der Behandlungswunsch seitens des Patienten Erwähnung finden sollte. Dem Patienten ist ferner mindestens bis zu einer weiteren Sitzung Zeit zu geben, die Vereinbarung zu unterschreiben. Nur so erkennen die Gerichte in der Regel an, dass ein Patient eine wirksame Einwilligung gegeben hat und nicht unter dem Einfluss eines möglichen Behandlungsdruckes stand. Der Patient muss ebenfalls eine Ausfertigung der schriftlichen Vereinbarung erhalten.

Zu oft scheinen allein wegen dieser vermeintlichen bürokratischen Hürden die Möglichkeiten zur Vereinbarung außervertraglicher Leistungen ungenutzt zu bleiben. Dabei können die von den KZV'en

angebotenen Musterabdingungen 1 und 3 als Hilfsmittel Verwendung finden, sind aber keineswegs vorgeschrieben. Auch jede andere Schriftform ist zulässig, sofern sie die obigen Regeln berücksichtigt. So können oft ohne großen Aufwand die Strukturen geschaffen wer-

den, die die legale Privatliquidation beim Kassenpatienten im vertretbaren Umfang ermöglichen und so ein zeitgemäßes Honorar versprechen.

Dr. Eberhard Riedel, München

Interessante Urteile

Der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat im Bereich der vertragszahnärztlichen prothetischen Versorgung

nur Zuständigkeit in Fällen nach § 275 und § 276 SGB V (bei Asylanten und Vertriebenen, etc.). Ansonsten besteht im vertragszahnärztlichen Bereich **keine Rechtsgrundlage zur Herausgabe von Behandlungsunterlagen.**

Sozialgericht München, Urteil vom 16.10.1996

Zahnärztliche Implantate und darauf aufbauende prothetische Versorgungen entsprechen (jedenfalls seit 1991) dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse; sie sind zweckmäßig im Sinne von §12 Abs. 1 SGB V. *Landessozialgericht Schleswig-Holstein, Urteil vom 25.04.1995, AZ: L 1 Kr 29/94*

Der Patient hat Anspruch auf eine nicht nur ausreichende, sondern eine **optimale Versorgung**, mit der Folge, dass er sich bei mehreren denkbaren Behandlungsmethoden auch für die anspruchsvollere und aufwendige Maßnahme entscheiden kann. *OLG Düsseldorf, Urteil vom 07.05.1996 LG Frankfurt, Urteil vom 06.07.1998*

Eigenmächtige Kommentare von Beihilfestellen oder Versicherungen zur Berechnungsfähigkeit sind nicht zulässig. Selbst das Bundesgesundheitsministerium ist nicht zur authentischen Interpretation der Gebührenordnung berechtigt.

AG Ansbach, Urteil vom 11.02.1991, AZ: 19 K 90.0 1977

Bayrischer VGH, Urteil vom 18.03.92, AZ: 127G 77/92

BverwG Urteil vom 21.09.1995, AZ: 2C 33.94

Der Patient ist nicht gezwungen, in jedem Fall die kostengünstigere Behandlungsmaßnahme in Anspruch zu nehmen.

OLG Karlsruhe, Urteil vom 21.03.1996

Die Aussage "nicht berechnungsfähig" ist gerichtlich anfechtbar. Bei Einschränkung der Leistungspflicht ist die Versicherung darlegungs- und beweispflichtig (z.B. dass ihre Satzung eine Erstattung nicht vorsieht).

BGH, Urteil vom 29.05.91, AZ: IV/ZR 150/91

DAZ-Jahrestagung: **Ganzheitlichkeit im Trend**

Am 13.10.01 wird wie in den vergangenen Jahren die DAZ-Jahrestagung in Berlin stattfinden und einem fachlichen Thema gewidmet sein, das allerdings durchaus auch (standes-)politischen Stellenwert hat: der ganzheitlichen Zahnmedizin. Ganzheitlichkeit hat in der Medizin und seit einigen Jahren auch in der Zahnmedizin stark an Bedeutung gewonnen. Fernsehen und Presse haben verschiedene „alternative“ Methoden vorgestellt; viele Patienten sind interessiert, manche kommen mit immensen Heilerwartungen; zahlreiche Zahnärzte bemühen sich um entsprechende Weiterbildung und möchten mit zusätzlichen Angeboten selbst zahlende Patienten an sich binden.

Grund genug für uns, die sich mit Etiketten wie „ganzheitlich“, „natürlich“, „alternativ“, „sanft“ usw. schmückende Methodenvielfalt kritisch unter die Lupe zu nehmen. Offensichtlich erscheint auch anderen diese Auseinandersetzung an der Zeit. So starteten inzwischen die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ eine mehrteilige Serie „Alternativmedizin auf dem Prüfstand“, die als Lektüre wärmstens empfohlen werden kann. Autor ist der Leiter des Instituts für zahnärztliche Werkstoffkunde der Uni Münster, Prof. Dr. H.Meiners.

Wir hoffen, mit unserer Veranstaltung am 13.10.01 noch ein paar zusätzliche Aspekte beleuchten und Ihnen einen besonders praxisbezogenen Zugang bieten zu können. Unser Referent ist Dr. Felix Blankenstein, derzeit Oberarzt an der prothetischen Abteilung des Zentrums für Zahnmedizin der Charité. In seiner Sprechstunde für Zahnersatzintoleranz trifft er in den letzten Jahren immer häufiger auf Patienten, die dezidierte Erwartungen bzgl. alternativmedizinischer Behandlung mitbringen oder aber nach entsprechender Diagnostik und Behandlung mit fortbestehenden oder vergrößerten Problemen Hilfe suchen.



S+P
schmid paula oHG
dentallabor

gemeinsam auf
Erfolgskurs

Medizin & Technik

Qualität und Leistung seit **25 Jahren**

erfolgreiche Dentaltherapie ...
kombiniert mit Prothetik
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Ihre Zahntechnikermeister B. Hoffmann — W. Lipinski

Bruderwöhrdstraße 10 — 93055 Regensburg —
Telefon 0941/79 15 21 — Telefax 0941/79 25 11 —
info@schmidundpaula.de — www.schmidundpaula.de —

Dr. Blankenstein wird die Selbstdarstellung und Selbstbegründung der „Glaubensmedizin“ und einige ihrer Methoden kritisch hinterfragen, die Rolle psychosomatischer Erkrankungen erörtern und seine Aussagen mit Fallbeispielen illustrieren.

Breiten Raum soll die Diskussion einnehmen – hier können die Teilnehmer auch eigene Erfahrungen und konkrete Fälle beisteuern. Letztlich soll die Beschäftigung mit der Thematik dem zahnärztlichen Praktiker Kriterien für die Bewertung alternativmedizinischer Therapien an die Hand geben und dazu anregen, das eigene diagnostische und therapeutische Repertoire in Richtung auf tatsächlich „ganzheitliches“ Vorgehen zu erweitern. Denn die „Schul-“ (Zahn-) Medizin darf sich nicht darauf beschränken, die Unwissenschaftlichkeit alternativer Methoden zu kritisieren. Vielmehr muss sie Anstrengungen unternehmen, dem eigenen Anspruch auf Ganzheitlichkeit, auf Behandlung nicht nur der Zähne, sondern des ganzen Menschen, besser gerecht zu werden.

DAZ-Hauptversammlung

Am Nachmittag nach Dr. Blankensteins Vortrag findet die DAZ-Jahreshauptversammlung 2001 statt. Wie immer hat sie einen öffentlichen Teil, in dem wir die aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Situation diskutieren – hier dürfte die derzeit von Arbeitsgruppen der Selbstverwaltung vorbereitete Neustrukturierung des BEMA einen Schwerpunkt bilden.

Im nichtöffentlichen Teil stehen turnusmäßig Vorstandswahlen an – herzliche

Aufforderung an alle interessierten DAZ-Mitglieder, sich zu überlegen, ob sie hier nicht kandidieren wollen! Vor allem junge Zahnärzte/innen sind gefragt: es geht um Ihre berufliche Zukunft! Angesichts der ständigen Veränderungen der gesundheitspolitischen Landschaft muss ein Verband wie der DAZ sich immer wieder neu mit seinen Zielen und Perspektiven beschäftigen. Was ist noch zeitgemäß? Wo müssen wir umdenken? Braucht es noch eine Organisation wie unsere?

Neben solchen inhaltlichen stehen auch einige formale Fragen an, u.a. bedingt durch das Auslaufen der D-Mark. Wir müssen neue Beiträge in Euro sowie aus bestimmten formalen Gründen auch eine Satzungsänderung beschließen. Alle DAZler (sowie zum öffentlichen Teil auch interessierte Nicht-Mitglieder) sind zu unserer Versammlung herzlich eingeladen.

Kulturprogramm geplant

Gleiches gilt für die Aktivitäten rund um den 13.10.2001. Wir wollen am Vorabend, dem 12.10.2001, in gemütlicher Runde zusammenkommen. Geselliges Beisammensein ist auch vorgesehen für Samstagabend nach der Veranstaltung. Für Sonntag, den 14.10.2001, stricken unsere Berliner Aktiven noch an einem attraktiven Kulturprogramm. Parallel findet am Sonntagvormittag eine Sitzung der Redaktion des DAZ-forum statt.

Wir hoffen sehr, dass für SIE etwas dabei ist. Ein Tagungsbeitrag wird nicht erhoben. Mitglieder und Gäste sind uns herzlich willkommen!

*Es grüßt Sie: Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin*

DAS NEUESTE HANDY.....

?



..... *HAT JEDER!*

URLAUB AUF MALLORCA

?



..... *MACHT JEDER!*

ZÄHNE VON

S
D

.....

?



SCHUSCHAN DENTALTECHNIK GMBH
HAHNBUSCHWEG 18
24147 KLAUSDORF
Tel. 04 31/7 98 74/75

Zahnmedizinische Hilfe für Kinder in Namibia

Bericht über eine Famulatur in Dornfeld, Namibia

Seit längerem schon kenne ich den Verein Afrodent, ein von der Münchner Zahnärztin Dr. I. Schuster initiiertes Projekt mit der Zielsetzung, bedürftige Kinder in Afrika zahnmedizinisch zu versorgen. Eines ihrer Projekte ist die Missionsstation Dornfeld/Namibia, ca. 200 km südöstlich von Windhoek entfernt, der Hauptstadt von Namibia. In dem von Pater Pöllitzer und kath. Missionsschwestern geleiteten Internat erhalten ca. 1100 Jungen und Mädchen eine solide Schulausbildung bis hin zum Abitur. Die Missionsstation verfügt inzwischen sogar über eine, ausschließlich durch Spenden finanzierte, stationäre zahnärztliche Einrichtung.

Einmal im Jahr übernehmen deutsche Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen ehrenamtlich die zahnärztliche Behandlung dieser Kinder, um so deren Versorgung sicherzustellen.

Der Gedanke, noch während meiner Assistentenzeit in Afrika famulieren zu können, erschien mir verlockend und aufregend. Als sich dann Ende April ein beruflicher Wechsel abzeichnete, und ich auch noch eine Kollegin für mein Vorhaben begeistern und zum Mitmachen bewegen konnte, nutzte ich die Gelegenheit, meinen „Namibia-Traum“ zu realisieren.

Innerhalb von vier Wochen organisierten wir unsere Flüge bei der Lufthansa. Verschiedene Dentaldepots unterstützten uns mit großzügigen Spenden wie Handschuhen, Mundschutz, Füllungs- und Nahtmaterialien etc.

Von den Banken „erbettelten“ wir Luftballons und Kleinspielzeug, die als Belohnung für unsere kleinen tapferen Patienten gedacht waren. Zum ersten Mal mit dabei war eine mobile, in einem Koffer verstaute Behandlungseinheit. Diese mobile Einheit beinhaltet einen Anschluß für die Winkelstücke, ein Ultraschallgerät und einen Behälter für die Wasserkühlung sowie einen weiteren für den Speichelsauger. Das Gerät ist eine tolle Errungenschaft modernster Technik - mit einem Stromanschluß vor Ort ist eine durchaus akzeptable Behandlung auch in den entlegensten Dörfern möglich.

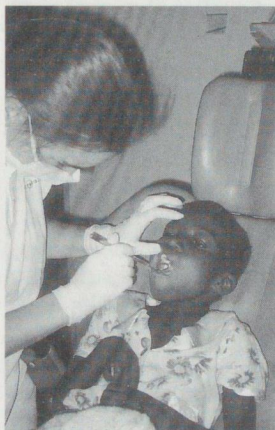
So kamen letztendlich 120 kg auf die Waage, dank geschickter Verhandlungen der Kollegin Schuster zeigte sich die Lufthansa äußerst kulant und verzichtete auf die Bezahlung des Übergepäcks. Der Flug verlief unspektakulär, lediglich der namibianische Zoll wollte uns Schwierigkeiten bereiten, weil wir im Vorfeld versäumt hatten, unsere Spenden vom Zoll befreien zu lassen. Aber zum Glück läuft in Namibia nicht alles so bürokratisch ab und die Beamtin ließ uns nach langem Betteln doch passieren. Am Flughafen in Windhoek wurden wir von einem Fahrer erwartet und nach Dornfeld gefahren. In Dornfeld angekommen, führte uns selbstverständlich unser erster Weg zum Bungalow der Köchin, unserer Wirkungsstätte für die nächsten 16 Tage. In einem eigens für Afrodent reservierten Raum fanden wir eine ältere, aber angeblich funktionierende Einheit vor, sowie die

wichtigsten Utensilien wie zahnärztliches Instrumentarium, Rüttler und eine Heliolampe. Voll Enthusiasmus packten wir unsere mitgebrachten Materialien und Medikamente aus und begannen den Raum zu putzen und steril herzurichten. Unsere Begeisterung erhielt aber bald einen Dämpfer, als uns Pater Pöllitzer mit der Mitteilung überraschte, dass der Kompressor gestohlen worden sei und somit die Einheit nicht funktionierte.

Nach 3 Tagen erhielten wir plötzlich doch einen Ersatz, aber aufgrund unseres mangelnden Technikverständes schafften wir es nicht, die Einheit zum Laufen zu bringen. Außer einem geplatzten Wasserschlauch und einer Riesenüberschwemmung hatte uns das Ganze nichts gebracht. Um nicht noch mehr kostbare Zeit zu vergeuden, beschlossen wir, unsere Arbeit mit der mitgebrachten mobilen Einheit aufzunehmen. Am Vormittag traten die Kinder in Begleitung ihres Lehrers klassenweise an. Meine Kollegin und ich begannen beide mit einer genauen Untersuchung der gesamten Mundhöhle und der Zähne, wobei eine am Stuhl arbeitete und die andere sich mit einem Hocker und der mitgebrachten Lampe behelfen mußte. Alle Kinder, bei denen ein krankhafter Befund vorlag, mußten am Nachmittag zur Weiterbehandlung antreten. Fast alle Kinder wollten von uns „auf den Zahn gefühlt“ werden. Obwohl bei den Kleinsten ein gewisses Unbehagen zu spüren war, sperrten sie meist freiwillig ihre kleinen Münder auf. Die Älteren nahmen meist unbefangen auf den Stühlen Platz. Wir waren uns im klaren, dass ihr bereitwilliges Erscheinen nicht an uns lag, sondern teils auf Druck ihrer Lehrer

erfolgte. Zum andern wollten sie nicht auf die mitgebrachte aufregende Belohnung (Luftballons) verzichten.

Die Kinder in Dornfeld haben sehr gute Zähne, bedenkt man ihre begrenzten



Die Autorin bei der Untersuchung

Möglichkeiten, Mundhygiene zu betreiben. So sahen wir viele kariesfreien Milchgebisse, die bei uns in Deutschland nur bei intensivem Einsatz der Eltern zu finden sind.

Jedoch fiel uns auf, dass bei vielen Kindern trotz durchgebrochener bleibender Zähne noch die Milchzähne vorhanden waren. Dem Beispiel unserer Kollegen folgend, die dort in früheren Jahren gearbeitet hatten (s. forum 61, S.55), griffen auch wir durch gezielte Zahnextraktionen steuernd in die Zahnwechselstörungen ein. Bei den älteren Kindern legten wir kleinere Füllungen, überwiegend okklusal an den Molaren. Leider waren schon oft bei 10-Jährigen die 6-er tief zerstört, so dass uns nur der Griff zur Zange blieb. Außerdem war bei den Jugendlichen die Zahnsteinbildung stark verbreitet.

Wurzelbehandlungen haben wir nicht durchgeführt, schon aufgrund des fehlenden Röntgenapparates und der mangelnden Möglichkeit steril zu arbeiten. Medienberichten zufolge wußten wir, dass Afrika über die höchste AIDS-Rate auf der Welt verfügt. Wir überlegten uns bereits in Deutschland, welche möglichen Vorkehrungen wir zu unserem Schutz beim Behandeln treffen könnten. So waren bei jeder Tätigkeit das Tragen doppelter Handschuhe Pflicht. Des Weiteren hatten wir einen mit einem Plastikschild versehenen Mundschutz, der das gesamte Gesicht abdeckte. Außerdem legten wir großen Wert auf Hygienemaßnahmen. Um jedem Kind eine sterile Behandlung zukommen zu lassen, hielten wir uns penibel an die Desinfektionszeiten und sterilisierten alle Instrumente. Wie wichtig unsere getroffenen Maßnahmen waren, stellte sich beim Behandeln heraus. Denn wir beobachteten bei einigen Kindern ungewöhnliche Zahnfleischentzündungen und Herpeserkrankungen, woraufhin bei uns die „Alarmglocken“ läuteten.

Als wir Pater Pöllitzer auf diese Problematik hin ansprachen, erhielten wir bedauerlicherweise, wie unsere Kollegen vor uns, keine aufrichtige Antwort. Vielleicht wird die von AIDS ausgehende Gefahr verdrängt, wenn man über viele Jahre hinweg damit konfrontiert wird.

Nach 13 Tagen harter Arbeit in Dornfeld packten wir all unser Instrumentarium zusammen, angefangen von den Sonden, Spiegeln, Zangen bis hin zu den Füllungsmaterialien und fuhren nach Aminuis.

Aminuis ist ein am Rande der Kalahari gelegenes Dorf, fernab von großen Handelsstraßen und städtischer Infrastruk-

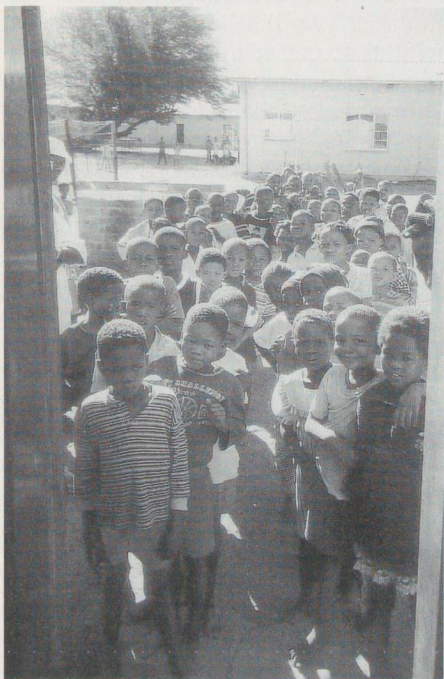
tur. Dort befindet sich eine weitere Missionsstation, ähnlich strukturiert wie in Dornfeld, in der 500 Kinder leben und eine Schulausbildung erhalten.

Als wir uns in Aminuis umschaute, merkten wir sehr schnell, dass sich Aminuis nicht nur von der Größe her von Dornfeld unterschied. Die Kinder dort hießen uns auf eine bescheidene, aber herzlichere Art willkommen, obwohl sie wesentlich ärmer zu sein schienen. Unsere Ankunft hatte sich wie ein Lauffeuer herumgesprochen und jedes Kind wollte die „Tandedoktors“ persönlich begrüßen.

Mit Hilfe unseres mitgebrachten Koffers und Instrumentariums waren wir in der Lage, eine kleine provisorische Zahnstation aufzubauen. Wir entfernten Zahnstein, legten Füllungen und leider ließen sich auch einige Extraktionen nicht vermeiden. Zu unserer Überraschung hatten die Kinder die besseren Zähne, trotz erkennbarer Symptome einer Unternahrung. Wir hatten den Eindruck, dass dort unsere Hilfe wirklich benötigt wurde, denn ein Zahnarztbesuch wäre für die Eltern unerschwinglich. Wurde in Dornfeld beim Zahnarztbesuch bereits ein Geschenk als Selbstverständlichkeit erwartet, bereiteten wir den Kinder in Aminuis mit unseren Luftballons ein kleines Fest. Somit machte es uns mehr Spaß, in Aminuis zu arbeiten.

Nach Beendigung unserer Arbeit fuhr Schwester Ansgardes mit uns in die umliegenden Dörfer, um uns einen Einblick in die Lebensweise der dortigen Bevölkerung zu geben. In Aminuis bekamen wir den Eindruck, dass die Schulausbildung für diese Kinder die einzige Möglichkeit ist, aus dem Teufelskreis der Armut herauszukommen.

Obwohl wir nach 3 Tagen in der Einöde froh waren, wieder nach Dornfeld zu kommen, hinterließ Aminuis einen bleibenden Eindruck auf uns.



Zusammenfassend läßt sich sagen, dass die Famulatur in Namibia uns sehr viel Spaß gemacht hat. Für ein paar Wochen durften wir zu Gast auf einer Missionsstation sein und wurden dort aufs herzlichste aufgenommen. Wir haben Einblick in die Arbeit der Missionsschwester erhalten und haben etwas über das Land, die Menschen und ihre Sitten erfahren können.

Für uns war es zudem eine interessante Erfahrung, mit einfachen Mitteln Zahnheilkunde zu betreiben. Den relativ kariesfreien Gebißzustand der Kinder

führten wir eher auf die zuckerfreie Ernährung zurück, als auf eine gewissenhafte Mundhygiene. Es haben zwar Prophylaxeunterweisungen für die Betreuer stattgefunden, die aber ohne konsequente Weiterführung der Mundhygiene keine sichtbaren Erfolge zeigten. Als Zahnärzte müssen wir uns wohl vorerst damit abfinden, dass sich unsere Arbeit hier lediglich auf konservierende Maßnahmen beschränkt.

Wiederum hat es sich gezeigt, dass jeder Kollege vor Ort zunächst viel Zeit und technisches Geschick aufwenden muß, um die Einheit zum Laufen zu bringen, obwohl jeder Vorgänger die Zahnstation in einwandfreiem Zustand hinterlassen hat. Ohne regelmäßige Wartung wird dieser Zustand auch so bleiben. Durch die mobile Einheit waren wir in der glücklichen Lage, auf ein zuverlässiges Instrument zurückgreifen zu können. In solchen Ländern ist vielleicht eine mobile Einheit die einzige Alternative.

Natürlich nutzten wir nach unserer Arbeit noch die Gelegenheit, das Land zu bereisen. Namibia ist ein wundervolles Land, in dem es sich immer lohnt, einen Urlaub zu verbringen.

*ZÄ Susanne Lauger,
München*

Wenn Sie, liebe Kollegin, lieber Kollege sich für dieses Projekt interessieren, wenden Sie sich bitte an:

Afrodent e.V.

Dr. Ingrid Schuster

Ruffinistraße 16

80637 München

Tel: 089-168520

Tag der Zahngesundheit am 25. September 2001

Inzwischen kann er auf eine zehnjährige Tradition zurückblicken: der Tag der Zahngesundheit (TdZ). Rund um den 25. September werden deutschlandweit von lokalen Aktionsbündnissen und Institutionen unzählige Aktivitäten zum Thema Mundgesundheit durchgeführt. Jede Zahnarztpraxis, jeder jugendzahnärztliche Dienst und jedes Prophylaxeteam einer Zahngesundheits-Arbeitsgemeinschaft kann und sollte sich daran beteiligen. Verschiedene Partner des Aktionkreises, der den Tag auf Bundesebene vorbereitet, stellen Infomaterial zur Verfügung, anforderbar über den **Verein für Zahnhygiene (VfZ), Feldbergstr. 40, 64293 Darmstadt, Tel. 06151/894814, Fax 06152/895198, E-Mail kontakt@zahngygiene-ev.de.**

Es überrascht nicht, dass die angebotenen Materialien ihren jeweiligen Herausgebern auch zur Eigenwerbung dienen. Der VfZ hat die bisherigen Zahngesundheitstage umfassend dokumentiert, so dass es an Vorbildern für Neulinge, die sich erstmals mit eigenen Aktivitäten beteiligen wollen, nicht fehlen dürfte. Wie in jedem Jahr gibt es eine zentrale Auftaktveranstaltung, die - eher als Anregung denn als einschränkende Vorgabe - ein zentrales Motto vorschlägt; diesmal:

"Gesund beginnt im Mund - feste Zähne, fester Biss".

Das heißt, es sollen im Jahr 2001 speziell

die Zahnbetterkrankungen ins Visier genommen werden. Das Thema passt nahtlos zu den seit einiger Zeit verstärkten Bemühungen der Bundeszahnärztekammer, die Bedeutung der parodontalen Gesundheit für den gesamten Organismus ins Bewusstsein zu rücken und u.a. auf die Gefährdung des Parodonts durch das Rauchen hinzuweisen. Die TdZ-Auftaktveranstaltung wandert von Jahr zu Jahr in eine andere Stadt.

Dieses Mal wird sie am 19.9.2001, 11-15.30 Uhr, in der Stadthalle von Kassel stattfinden. Üblicherweise ist Prominenz aus der Politik, den zahnärztlichen Körperschaften, von den Krankenkassen und der Wissenschaft zugegen; momentan wird noch am Programm gebastelt. Fest steht allerdings schon, dass der Giessener Hochschullehrer Prof. Dr. Jörg Meyle, derzeit Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, die Thematik in einem Vortrag für das Fachpublikum darstellen wird.

Wenn Sie sich am Tag der Zahngesundheit beteiligen und dafür DAZ-Info-Material einsetzen wollen, erhalten Sie es kostenlos über die

**DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe,
Postfach 1352, 64503 Groß Gerau,
Tel. 06152-81466, Fax 06152-81788,
DAZ@kariesvorbeugung.de,
www.kariesvorbeugung.de**

I. Berger-Orsag

Bausteine für die Zähne

*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*

Tag für Tag
Bad Reichenhaller
MarkenJodsalz 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.



Bad Reichenhaller

...die Geschmackskraft der Natur

Wrigley Prophylaxe Preis - Ausschreibung 2001

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wird der Wrigley Prophylaxe Preis auch für das Jahr 2001 wieder ausgeschrieben.

Der Preis deckt das breite Spektrum von der Grundlagenforschung bis hin zur Umsetzung der zahnmedizinischen Prophylaxe in der Praxis und im öffentlichen Gesundheitswesen ab. Er wird gestiftet von Wrigley Dental Programs, dem wissenschaftlichen Informations- und Forschungsprogramm von Wrigley, weltweit führender Hersteller kosmetischer Zahnpflegekaugummi.

Bewerben können sich angehende und approbierte Ärzte und Zahnärzte sowie Wissenschaftler mit vergleichbarer Ausbildung, die durch wissenschaftliche Arbeit oder ihre Tätigkeit zur Weiterentwicklung einer prophylaxeorientierten Zahnheilkunde beitragen.

Die Bewertung erfolgt durch eine unabhängige Jury aus mehreren Wissenschaftlern, der auch der amtierende Präsident der DGZ angehört, sowie eines Vertreters der gesetzlichen Krankenkassen. Einsendeschluß der laufenden Ausschreibung ist der 28.02.2002.

Die vollständigen Teilnahmebedingungen können angefordert werden bei:

*Agentur kommed, Dr. Barbara Bethcke,
Ainmillerstr. 34,
80801 München,
Fax: 089/38859952*

An diese Adresse sind auch die Arbeiten zu schicken.

Info-Pakete zum Tag der Zahngesundheit jetzt bestellen!

Poster, Merkblätter, Broschüren, Produktproben zum Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“. Kostenbeitrag DM 8.80 in Briefmarken, Adressaufkleber beilegen!

Verein für Zahnhygiene e. V.

Feldbergstraße 40, 64293 Darmstadt

Das gelobte Land der Zahnärzte

»Es ist vielleicht eine der grössten Leistungen der SSO und damit der schweizerischen Zahnärzteschaft, dass man die Fahne der Prophylaxe über Jahrzehnte hochgehalten hat, auch wenn gelegentlich Zweifel daran aufkamen, ob es klug sei, am Ast zu sägen, auf dem man sitzt. In meinen Augen setzt man sich besser auf neue, grüne Äste und sägt den alten, morschen ab. Prophylaxe ist von Seiten der Zahnärzteschaft in erster Linie und vor allem eine ethische Verpflichtung. Prophylaxe ist in unserem Fall aber auch ein politisch einsetzbares Instrument, das uns unschätzbare Dienste leistet. ...

... Sicher waren die Verhältnisse in den achtziger Jahren anders als heute. Man muss aber sehen, dass die SSO eine fast unwiderstehliche Vorlage vorbereitet hatte: Sie löste das Problem der Politiker. Sie kostete nicht viel. Sie genoss die volle Unterstützung der zahnärztlichen Universitätsinstitute. Sie segelte unter der Flagge der Prophylaxe, deren Wirkung wissenschaftlich sauber belegt werden konnte.«

P. Jäger, Infodienst der SSO, GPI 1/01

Termine

Termine

-20.9./ 18.10./ 15.11./ 20.12.2001, Oldenburg: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

- 7.9.2001, 13.30 Uhr, Köln: Mitglieder-
versammlung des Deutschen Ausschus-
ses für Jugendzahnpflege (DAJ)

- 19.9.2001, Kassel/Stadthalle: Auftakt-
veranstaltung zum Tag der Zahngesund-
heit 2001 mit Schwerpunktthema Zahn-
betterkrankungen „*Gesund beginnt im
Mund – feste Zähne, fester Biss*“

- 20./21.9.2001, Universität Marburg: 5. Jahreskongress der European Asso-
ciation of Dental Public Health (Tel.
06421/ 2863224, Fax 2866691)

- 25.9.2001, bundesweiter Tag der Zahn-
gesundheit

- 13.10.2001, Berlin: **DAZ-Jahrestagung**
10.00 Uhr Dr. Felix Blankenstein, Cha-
rité, zum Thema: „Ganzheitliche Zahn-
heilkunde: zur Kritik einer Weltanschau-
ung zwischen Praxisalltag und Marke-
ting“, 14.00 Uhr DAZ-Jahreshauptver-
sammlung 2001 mit Vorstandswahlen
(Tel. 0221/973005-45); 14.10.2001, 9.00
Uhr, Geschäftsstelle des NAV-Virchow-
Bundes/ Chausseestr. 99: Redaktionssit-
zung der Redaktion des DAZ-forum

- 17.10.1001, 10.00 Uhr, Berlin/Kaiserin-
Friedrich-Haus: Workshop der BZÄK
zum Thema: „*Kostenexplosion durch
Prävention? Orale Gesundheitsgewinne
im Alter und versorgungspolitische Kon-
sequenzen*“ (Tel. 030/40005-0, Fax 030/
40005-129, info@bzaek.de)

- 20./21.10.2001, Bonn/Andreas-Her-
mes-Akademie: Herbsttagung der Verei-
nigung Demokratische Zahnmedizin,
20.10., 10 Uhr Referat der Entwicklungs-
psychologin Prof. Dr. Almuth Künkel,
Fachhochschule Düsseldorf, zum Thema
„*Nullbock auf Zahnpflege?*“ Psychologi-
sche und pädagogische Ansätze zur Mo-
tivierung von Kindern in der Prophyla-
xe“, 14.30 Uhr Diskussion zu aktuellen
berufspolitischen Problemen; 21.10.,
9.30 Uhr VDZM-Mitgliederversammlung
(Tel. 0228/211296)

- 5./6.11.2001, Bonn: Fortbildungsveran-
staltung der Deutschen Arbeitsgemein-
schaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zum
Thema „*Gruppenprophylaxe für Jugend-
liche*“ (Tel. 0228/694677)

- 9.-11.11.2001, Berlin: Bundeshauptver-
sammlung des NAV-Virchow-Bundes mit
öffentlicher Diskussions-Veranstaltung
am 9.11.2001 zum Thema: „*Ethik –
Recht – Rationierung*“, Moderator: Bernd
Seguin vom NDR

- 20.11.2001, Hamburg: Landeshauptver-
sammlung des NAV-Virchow-Bund-Lan-
desverbandes Hamburg

- 20./21.11.2001, Berlin-Erkner: Fortbil-
dungsveranstaltung der Deutschen Ar-
beitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
(DAJ) zum Thema „*Gruppenprophylaxe
für Jugendliche*“ (Tel. 0228/694677)

- 21.-24.11.2001, Düsseldorf/Messe:
Messe Medica 2001

- 4./5.5.2002, Frankfurt, Bürgerhaus Born-
heim: DAZ-VZDM-Frühjahrstagung 2001
Infos unter Tel 0221/97300545, Fax -7391239

Leserbriefe / Leserbriefe / Leserbriefe ...

»Billig-Importe« von Zahnersatz?

In der DZW 25/01 ist - sehr aufreißerisch gestaltet - auf der Titelseite ein Bericht über schwere lokaltoxische Erkrankungen durch „Billig-Legierungen“ nach einem Vortrag von Prof. Wirz, Basel zu finden. In diesem Artikel werden pauschal ZE-Arbeiten aus asiatischen und ehemaligen Ostblockländern, besonders „Ungarn, Thailand und anderen Ländern“, als ZE-Billig-Importe verunglimpft, „da sie aus bedenklichen Nickel-Basis-Legierungen gefertigt werden“. Dieser Rundumschlag geht noch weiter: „Es komme aber auch immer wieder vor, dass in Deutschland Dentallabore dem nichts ahnenden Zahnarzt Werkstücke liefern, die nicht aus der deklarierten korrosionsresistenten Kobalt-Basis-Legierung bestehen, sondern aus einer ...Nickel-Legierung“. Weitere schwere Gefahren sieht der Autor in manchen billigen, (auch Edelmetall-)Loten, Konstruktionselementen usw.

Mit diesen Aussagen hilft uns Prof. Wirz nicht weiter, er schürt nur neue Verunsicherungen bis Panik! Wenn Wirz eine folgenschwere Gefährdung der Bevölkerung sieht und tatkräftig helfen will, dann sollte er (bzw. die DZW) auch Roß und Reiter nennen. Wir niedergelassenen Zahnärzte haben nicht die Möglichkeit, jeden dem Werkstück beigelegten Materialnachweis auf Richtigkeit zu überprüfen, jedes Attachement und jede verborgene Lötung auf Nickel- oder Kadmiumspuren untersuchen zu lassen. Wenn die Warnung des Autors einen positiven Erfolg haben soll, dann müssen die Firmen von ihm ge-

nannt werden, die verlogene Materialnachweise ausstellen oder minderwertige Lote o.ä. verwenden. Dann wird sich das Problem von selbst lösen - und es müssen nicht im nachhinein die metallgeschädigten Patienten aufwendig untersucht und neu versorgt werden.

Dr. U. Happ
Hamburg

Jeden Glauben verloren

Acht Jahre haben mir jeden Glauben daran genommen, dass gute Argumente, getragen von ehrlichen Überzeugungen und gegründet auf sauberste ethische Grundsätze, bei politischen Entscheidungsträgern auch nur im Ansatz wirkungsvoller sein können als »übergeordnete« Patei-, Macht-, Proporz- oder Finanzinteressen. Dies ist nicht die Definition eines Verhandlungspartners.

In acht Jahren habe ich nicht erlebt, dass Krankenkassen - von einzelnen idealistischen Sachbearbeitern abgesehen - wirklich die Gesundheit ihrer Mitglieder oder gar das dauerhafte, womöglich vertrauensvolle Funktionieren des Gesundheitswesens insgesamt zum Ziel ihres Handelns gemacht hätten. Gesprächspartner? Vor allem aber hat sich im Verlauf von acht Jahren meine Überzeugung gefestigt, dass wir, dass der DAZ nicht nur keine Mehrheit der Kollegen vertritt (das war eh klar), sondern dass er mit seiner Position auch nicht mehrheitsfähig ist und dies immer weni-

ger sein wird, und - schlimmer noch - dass selbst wohl gesonnene Kollegen uns - günstigstenfalls - für weltfremd, teilweise für gefährlich, auf jeden Fall aber für Fossilien halten.

All das hat mich also nicht angetrieben, hat meine Passivität begünstigt. Was bleibt, ist das vielbeschriebene »warme DAZ-Gefühl«. Ja, das hat sich bis heute erhalten, und ich möchte es auf keinen Fall missen. Es speist sich ja gerade aus dem Empfinden, anders als die meisten anderen zu sein, und aus der Überzeugung das Richtige zu denken und zu tun.

Hier könnte nach meiner Meinung ein Anknüpfungspunkt für die Zukunft liegen. Hören wir auf zu glauben, dass es unsere vornehmste Aufgabe ist, die Welt zu verbessern. Lösen wir kurz den Blick von den Interessen anderer und sehen wir einfach mal uns selbst an.

Lasst uns aufhören, die Zahnheilkunde zu formulieren, die für unser Land gut ist!

Lasst uns aufhören, die Zahnheilkunde zu formulieren, die für unsere Patienten gut ist!

Lasst uns aufhören, die Zahnheilkunde zu formulieren, die für die Mehrheit unserer Kollegen gut ist!

Lasst uns stattdessen formulieren, welche Zahnheilkunde gut ist für diejenigen, die zu uns gehören (wollen)!

Wenn uns das gelingt und wir dabei unseren alten und bewährten Überzeugungen treu bleiben können, wird es in der Folge auch unseren Patienten und unserem Land gut tun. Wichtig aber ist die neue Reihenfolge der Prioritäten.

Ich glaube, viele von uns haben das Gefühl, »vom System« schlecht behandelt zu werden. Mir jedenfalls geht es so. In diesen Zeiten fällt es leichter, für sich selbst zu streiten als für das große Ganze.

Die Schlüsselworte lauten: Transparenz, Qualität, Überprüfbarkeit, Wissenschaftlichkeit, angemessene Honorierung. Diese müssen öffentlich und offensiv vertreten werden.

ZA Thomas Murphy
Hamburg

Gedanken anlässlich der IDS

6.30 Uhr - in mein linkes Ohr hinein erklärt mir Herr Rebscher den nächsten Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik - ich taste nach dem Aus-Knopf. - Ach ja, und über die IDS muß ich auch noch 'was schreiben - ich bleib liegen! ... Was? „das deutsche Gesundheitssystem liegt weit hinter Portugal etwa auf der Höhe von Brasilien“ - Quatsch! - ich steh' auf - „Milosevic ist ausgeliefert“ - Na also - jetzt noch Pinochet - für's Erste.

Also gut - die Internationale-Dental-Schau - Produkte von 1.350 Firmen aus 42 Ländern auf 65.000m² (keine Firma aus Portugal - ich hätte ja gerne gelernt). Angeblich ist das ja das Ereignis der ZMK - ist es aber nicht! Wir als Zahnärzte machen ja Zahnmedizin und die auf der IDS präsentierten Dinge sind dazu häufig sicher ganz sinnvoll und hilfreich, aber Zahnmedizin ist ja nicht Zahntechnik, und Prothetik einsetzen, das kann auch Gutowski's Schäferhund - sagt Gutowski.

Mengenlehre: Eine Menge besteht aus Elementen. Wenn Elemente sowohl Eigenschaften einer Menge als auch einer anderen haben, bilden diese Elemente eine Schnittmenge. Die Elemente mit der Eigenschaft Handel/Industrie/ Technik bilden die eine Menge, die mit der Eigenschaft Zahnmedizin eine andere. Die IDS stellt die Schnittmenge der Elemente mit beiden Eigenschaften dar. Das zur tatsächlichen Bedeutung der IDS.

Auch wenn Zahnmedizin viel mehr ist als Zahn-„Technik“ – schließlich wollen wir die Notwendigkeit zu deren Einsatz möglichst gering halten – bleiben natürlich einige Gemeinsamkeiten – wie das bei einer Schnittmenge nun einmal so ist – aber auch viele Unterschiede. Während auf der IDS – selbstverständlich – als „besser“ definiert wird, was „technischer“ ist, sind wir (Zahn-)Ärzte uns darüber im Klaren, daß weniger manchmal mehr ist. Stimmt es wirklich, daß vollkeramischer Zahnersatz besser ist, weil er moderner, technischer usw. ist, Lasern ist besser als Scalen, ultraschallaktivierte Zahnbürsten sind besser als „Hand“-Zahnbürsten? Kann ja sein, aber das ist eigentlich völlig uninteressant. Was wir anstreben ist das Ziel (Zahn-)Gesundheit, eigentlich lieber ohne als mit Technik. Wichtiger als die Entscheidung, »mit welchem Implantat versorge ich diese oder jene Schalllücke?« ist die Antwort auf Stähles Frage: Wie kam es zum Zahnverlust? Wer mit staunend offenem Mund – angesichts der tollen technischen und schicken Möglichkeiten – sich vor den Karren der Industrie spannen läßt, darf sich nicht wundern, wenn er vielleicht nicht nur etwas eselig aussieht, sondern eventuell auch so behandelt wird. WIR machen Zahnmedizin; die Jahrestagung der DGZMK ist das Ereignis – nicht die IDS.

Die Ärzte sind schon in die Falle gegangen... Shareholder! Auch in der Dentalbranche wird konzentriert, strategisch alianziert, optimiert. Oligopole als Partner des Freiberuflers – ob das gut geht?

Wer sagt dem Kanzler wo's lang geht? Wenn denn gewedelt wird, sind wir Zahnärzte dann Hund oder Schwanz? Abhängigkeiten?

Der Kuchen kann nur einmal gegessen werden, und bei der Verteilung der Stücke sind wir vorne dabei. Wollen unsere Patienten wirklich Implantate oder nicht eigentlich doch Kaufunktion – wenn's geht einfach und natürlich. Wissen unsere Patienten, was sie wollen? Irrationalität ist gut für die Wirtschaft, sachlich kann man eigentlich nicht argumentieren, wenn man sich für 80 TDM ein Auto in die Garage stellt. Auch hinter der Wanderung der Lemminge scheint ein evolutionärer Sinn zu stecken. Stimmt bei uns die Richtung noch?

Ist es sinnvoll, zwar keine Autobahn-, dafür aber Kindergartengebühren zu erheben? Warum ist Zahnersatz für 120 TDM unanständig, aber ein Daimler für's selbe Geld ein Traum – oft genug Realität. Geschätzte monatliche Kosten für den zukünftigen UMTS-Nutzer: DM 200 = EUR 100.

Bleichen ist unethisch? Bin ich Friseur oder Arzt? Ärztliches Ethos oder Blinki-Bleaching-Mentalität? Kasse oder Privat? Handy oder Cerec? Ist das eine Qualität – das andere gehört verboten? Muß man Kassenpatienten vor Vollkeramik schützen? Ist schon mal jemand auf die Idee gekommen, die Aufpreisliste der bekannten deutsch-amerikanischen Firma aus Stuttgart und Detroit unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Verbraucher vor Übervorteilung zu betrachten?

Der Herr Direktor hätte sicher nichts dagegen, wenn's das Lederinterieur und die Metalllackierung zum Sozialtarif gäbe.

Soziale Sicherungssysteme als Schutz des gehobenen Mittelstandes vor den unverschämten Forderungen der Luxusproduzenten. Die Starken genießen als Zubrot, was für die Schwachen nicht mal mehr das zahnmedizinische Minimum gewährleistet. Konflikte auf dem Rücken der Patienten austragen – warum nicht – wenn der ihre breiter ist als meiner. An meinen sozialen Auftrag lasse ich mich nur ungern von jemand mit 20 TDM monatlichen Bezügen erinnern. Angesichts der offensichtlichen Zunahme der zweiseitigen Cabrios möchte auch ich als Familienvater mein Recht auf Porsche nicht aufgeben.

Wenn der Anwalt, der mich bei meiner Klage gegen die KZV vertritt, sagt: „Dafür muß ich mir für 5 TDM Gedanken machen“, das Auswerten eines Röntgenbefundes nirgends als Leistung definiert ist, wenn die Chrysler-Stunde mit DM 200 liquidiert wird, der zufriedene MB-Fahrer aber quengelt, wenn das Reinigen seiner UK-Prothese 25 DM kosten soll – ja dann ist mir schon klar, warum bei uns nicht die Höchstgeschwindigkeit auf den Autobahnen eingeschränkt wird, sondern der Steigerungssatz für ausservertragliche Leistungen.

Polemik? – ja klar. Irgend jemand hat mal formuliert: „zur Wirklichkeit entstellt“ – in dem Sinne.

Ach ja – Pinochet muß wegen dauernder Verhandlungsunfähigkeit nicht vor Gericht: schau'n 'mer mal, was mit Milosevic passiert.

ZA w.-g. esders
karlsruhe

7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGZH) e.V. 14 -16. Sept. 2001, Berlin

Aus dem Themenkatalog

Freitag, 14. September 2001

- Was bringt NLP für die Zahnarztpraxis?
- Selbsthypnose und Selbstheilung
- Schnupperkurs ZÄ Hypnose
- Praxiskonzepte zur Angsttherapie

Samstag, den 15. September

- Körpersprache
- Mitarbeitermotivation
- »Gefälligkeitstrance« durch Schnellinduktion?
- Dialoge mit dem Unbewußten

Sonntag, den 16. September

- Das Krankheitsbild der Oralphobie
- Emotionale Intelligenz »EQ« und Beratungsgespräch
- Kieferbezogene Atem- und Entspannungsübungen

Anmeldungen und weitere Informationen bei der

DGZH-Geschäftsstelle
Esslinger Straße 40
70182 Stuttgart

Tel. 0711-236 0618

Fax 0711-244 032

Buchbesprechungen / *Buchbesprechungen*

Gesundheitsinfos im Internet – Suchen und Finden

Was das Internet anlangt, befinden wir uns derzeit in einer Übergangsphase: viele sind „drin“, viele noch nicht, und auch wer „drin“ ist, ist noch nicht unbedingt sehr fit im Umgang mit dem neuen Medium. Print-Informationen alter Art und Online-Informationen werden parallel genutzt, wobei oft auf Papier gelesene Hinweise Anlass sind, sich die eine oder andere Web-Site mal anzusehen und vielleicht eine für den eigenen Bedarf wichtige Adresse zu entdecken.

Wir veröffentlichen in unserem *DAZ-forum* gelegentlich solche Hinweise und geben auch in unserer E-Mail-Gruppe Web-Adressen und Hinweise auf zu ladende Dokumente weiter. Dabei ist uns bewusst, dass viele pfiifige Surfer die Informationen ebenso schnell ohne uns finden.

Braucht man fürs Internet so etwas wie themen- oder branchen-spezifische „Internet-Telefon- bzw. Adressbücher“? Braucht man ein papiernes Web-Adress-Verzeichnis für den Gesundheitsbereich, wie es in früheren Jahren für die Postadressen, mehr oder weniger umfangreich und teuer, von verschiedenen Verlagen herausgebracht wurde und z.T. heute noch herausgebracht wird?

Jörg Mielczarek sah hier offensichtlich eine Marktlücke und warf ein Buch auf den Markt – übrigens ganz ohne Da-

tums-Angabe, was meines Erachtens besonders bei dem schnell-lebigen Medium Internet unpassend ist und auch nicht durch das Angebot eines Aktualisierungs-Newsletters korrigiert wird. Das Buch nennt sich „Die 5000 besten Internet-Adressen Gesundheit, Medizin, Wohlbefinden“.

In alphabetischer Reihenfolge listet es die unterschiedlichsten Themen auf. Sie finden Stichworte wie „Ängste“ und „Alkoholismus“ bis hin zu „Wirbelsäulenerkrankungen“ und „Zwangsneurose“ mit jeweils passenden Internet-Adressen. Viele gängige Erkrankungen werden genannt; bei den weniger geläufigen scheint die Auswahl zufällig und wenig umfassend. Eine gewisse Schwerpunktsetzung im Bereich alternativer Methoden ist unverkennbar, von „Bachblütentherapie“ bis „Tantra“ und „Tee“. Dazwischen eingestreut vergleichsweise fernliegende Adressen wie die vom Akademischen Austauschdienst, von Journalistenverbänden oder PR-Agenturen.

Überhaupt findet man in überwiegender Zahl kommerzielle Unternehmen und Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Dies ist nicht als Nachteil zu verstehen, denn ein solches Verzeichnis soll schließlich das Auffinden nicht nur von Informationen sondern auch von Produkten und käuflichen Angeboten erleichtern. Jedoch entsteht auch hier der Eindruck von Beliebigkeit. Beispielsweise werden Apotheken seitenweise aufgelistet – sie bilden wohl den größten Einzelblock in dem ganzen Handbuch.

Das mag damit zu tun haben, dass es über 20.000 Apotheken in Deutschland gibt und dieser Zweig vielleicht mehr als andere Gesundheitsdienstleister auf Marktvorteile durch Internetpräsenz hofft. Tatsächlich aber werden die wenigsten Kunden vor dem Einlösen eines Rezepts ins Internet gucken und einzelne Apotheken-Web-Seiten durchstöbern. In Deutschland ist die Medikamentenpalette überall gleich; die Preise sind nicht von Apotheke zu Apotheke unterschiedlich. Eher schon lohnt es sich, im Web nach Versand-Apotheken wie DocMorris oder nach Notdienstplänen (www.apo-notdienst.de) zu suchen.

Was den Bereich der oralen Gesundheit betrifft, so ist er recht dünn repräsentiert. Man findet Verbände und Körperschaften, ein paar Dentalfirmen und zu einem wichtigen Stichwort wie Karies nur die DAZ-Informationsstelle in Groß-Gerau (immerhin!). Suchen Sie z.B. mal etwas Spezielleres wie „Amelogenesis imperfecta“ oder auch nur gängige Stichworte wie „Individualprophylaxe“ oder „minimalinvasive Behandlung“! Fehlanzeige. Auch Parodontitis werden Sie nicht finden, allenfalls eine einzige Adresse zum Stichwort „Parodontose“.

Laut Begleittext des Verlages wird einem durch das Buch von Mielczarek die „Gezielte Suche leicht gemacht“. Es ist die Rede von über 5000 Adressen, die der Autor „gesucht, geordnet, analysiert und bewertet“ habe. „Kurzkomentare und Bewertungen helfen dem Leser, die für ihn persönlich lohnenden Wissensquellen von den nicht nötigen zu unterscheiden“ – so tönt der Verlag. Der neugierige Leser wird allerdings in der

Mehrzahl der Fälle nur auf schlichte Adress-Angaben stoßen. Da steht z.B.: Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur – www.daegfa.de oder auch Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde – www.daz-web.de. Von wegen Kommentar und Bewertung! Die wenigen Fälle, in denen tatsächlich ein kommentierender Satz beigefügt ist, rechtfertigen wahrlich nicht die Ankündigung des Verlages!

Wenn Sie mich fragen – ehe ich mühsam in diesem Reader herumblicke, greife ich doch lieber gleich zu meinem Computer und habe, schneller als ich lesen kann, eine Fülle von Fundstellen zu JEDEM Thema vor meinen Augen. Ich z.B. benutze gern www.google.de, obwohl das keine Medizin-spezifische Suchmaschine ist. Wenn man die ersten Hemmungen überwunden hat, dann braucht man meines Erachtens zum Sich-Zurechtfinden im Netz nur - das Netz.

Mit dieser Meinungsäußerung möchte ich Sie nicht an eigenen Erfahrungen hindern. Für 39,80 DM erhalten Sie „Die 5000 besten Internet-Adressen Gesundheit, Medizin, Wohlbefinden“ über den Verlag interna aktuell, Auguststr. 1, 53229 Bonn, WWW.interna-aktuell.de, und können sich selbst ein Urteil bilden.

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

Lutz Laurisch

Die präventive Praxis

Konzept und Organisation

Quintessenz Verlag 2001,

199 Seiten, 148,00 DM

ISBN 3-87652-771-6

„Ist der präventive Gedanken dem Zahnarzt ein echtes Anliegen ...kann die Prävention auch erfolgreich sein. Wird die Prävention jedoch nur aus betriebswirtschaftlichen Gründen eingeführt,... bleibt ein durchschlagender Erfolg wahrscheinlich aus.“

Da das Anliegen alleine nicht reicht, gibt dieses Buch dem Praktiker eine Menge Informationen an die Hand, wie er die Prophylaxe an den Patienten bringen kann. Aufgeteilt in die verschiedenen Patientengruppen (Schwangere; Kinder bis 2, bis 6, bis 12, bis 18; Erwachsene Kariespatienten, PA-Patienten etc.) werden individuelle und gut umsetzbare Therapie-Empfehlungen vorgestellt. Ergänzt werden diese Empfehlungen durch zahlreiche Formulare und Patientenanschreiben. Allein hierfür lohnt sich der Kauf des Buches. Ist der Zeitaufwand für die Erstellung eigener Formulare doch kaum zu bezahlen, wenn man noch etwas Freizeit haben möchte.

Den betriebswirtschaftlichen Abschnitt wird man allerdings etwas kritischer betrachten müssen. Meine Mitarbeiterin hat es bis jetzt jedenfalls nicht geschafft »...im Quartal unter Zugrundelegung einer Wochenarbeitszeit von 38 Stunden Einnahmen von rund DM 50.000 zu erzielen.«

Insgesamt jedoch ein sehr sinnvolles Buch in dem man auch nach etlichen Jahren Prophylaxe noch einiges Neues

auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft finden kann.

*Dr. Joachim Buck,
Oldenburg*

P. Reuter, Chr. Reuter

Thieme Leximed:

Wörterbuch der Zahnmedizin

Thieme Verlag, DM 148

ISBN 3-13-117311-4

Dies englisch-deutsche und deutsch-englische Wörterbuch war natürlich überfällig in einer Zeit der globalen Informationsvernetzung und der inzwischen selbstverständlichen Erwartung, dass jede(r) auch ausreichend Englisch kann, um einem Fachvortrag folgen zu können oder sich gar mit einem Diskussionsbeitrag zu beteiligen. Für jemanden, der in der Hochschule Karriere machen will, dürfte Englisch ohnehin zum Standard gehören - da ist es natürlich hilfreich, wenn man den einen oder anderen Begriff nochmal nachschlagen kann. Ob es allerdings notwendig ist, alle Begriffe und Namen chem. Verbindungen aufzunehmen, die entweder identisch sind, oder bei denen im Englischen lediglich das z zu c oder k zu c oder aus der lateinischen Endung -ia ein -ie wird, wage ich zu bezweifeln. Würde man darauf verzichten, wäre das ganze Wörterbuch sicher handlicher und billiger: Die 148 DM werden manchen möglicherweise vom Kauf abhalten.

*Dr. H.-W. Hey
München*

Hubertus J.M. van Waes und
Paul W. Stoeckli

Kinderzahnmedizin

Farbatlanten der Zahnmedizin, Band 17

Thieme-Verlag, 388 Seiten, 1738 Ein-
zeldarstellungen und farbige Fotos

DM 498

ISBN: 313118101X/695

Das ist natürlich kein Zufall, dass dieses wichtige Thema von Schweizer Autoren behandelt wird, die bereits im Vorwort darauf hinweisen, dass «die Institutionalisierung des Faches Kinderzahnmedizin in der universitären Struktur» die Grundbedingung einer angemessenen zahnärztlichen Betreuung von Kindern ist. Es ist wichtig, das in Deutschland herauszuheben, wo es weder ausreichende curricula im Studium noch postuniversitäre Spezialisierungsmöglichkeiten gibt und der zahnärztliche Umgang mit Kindern dem learning by doing überlassen bleibt. Wer sich darauf beschränken will oder umfangreiche Grundlagentheorie scheut, bekommt in diesem Atlas die wichtigsten Behandlungsschritte in hervorragenden Bildern und gestochenen scharfen Röntgenaufnahmen dokumentiert; komplexe Vorgänge werden in eingängigen Grafiken anschaulich dargestellt.

Aber auch der (die) tiefer oder breiter Interessierte findet wirklich alles, was mit Kinderzahnmedizin zu tun hat: vom normalen Kieferwachstum und physiologischer Dentition über die gesamte Pathologie von Mundhöhle und Zähnen, Prophylaxemaßnahmen, Befund- und Behandlungsplanung, Umgang mit kindlicher Angst und Schmerzausschaltung (von der Infiltration bis zur Vollnarkose) bis zu Therapiemöglichkeiten, von der

Fissurenversiegelung bis zur Endodontie. Schließlich noch eine umfassende Darstellung der Maßnahmen bei Zahn- und Kieferverletzungen und deren Auswirkungen auf die Entwicklung des bleibenden Gebisses.

Der Preis von 498 DM mag manchem hoch erscheinen. In Anbetracht einer solchen Fülle sichtbarer Professionalität in Inhalt, Darstellung, Layout und fühlbarer Qualität - was übrigens ebenso für die anderen Bände dieser Thieme-Reihe zutrifft, die S-Klasse der zahnmedizinischen Fachbücher sozusagen - erscheint er mir angemessen.

In jeder Hinsicht also eine lohnende und empfehlenswerte Anschaffung, eine Fortbildung von Format in jeder Beziehung, auf die man immer wieder zurückgreifen kann.

*Dr. Hanns-W. Hey
München*

Bernd Wiethardt **Praktiker-Handbuch des zahnärztlichen Vertragsrechts**

Asgard Verlag St. Augustin,
Loseblattsammlung, 558 Seiten im Ordner
mit Reißmechanik und Trennblättern,
148DM zgl. Versandkosten,

Titel Nr. 515999,

ISBN 3-537-51599-5

Wer in einer Zahnarztpraxis arbeitet, ist oftmals auf die Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, Verordnungen, Richtlinien und sonstigen Nebenbestimmungen angewiesen. "Wo finde ich bloß diese Vorschriften auf die Schnelle?" fragt sich so mancher Praxisinhaber. In diesem Moment steht er hilf-

los vor einem Dschungel von Paragraphen. Jetzt braucht niemand mehr lange zu suchen. Im "Praktiker-Handbuch" ist alles zu finden. Ein Griff und die vielen Reformgesetze, Richtlinien und Vertragsänderungen der letzten Zeit lassen sich von A (wie Approbationsordnung) bis z (wie Zulassungsverordnung) original und wortgenau in Augenschein nehmen.

Der Verfasser, Bernd WIETHARDT, leitet die Verwaltungsdirektion beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, hat sich und seinen Mitarbeiter der Fleißaufgabe unterzogen, alle einschlägigen Bestimmungen der zahnmedizinischen Versorgung auf dem aktuellen Stand vom 1. Januar 2000 zusammenzustellen. In seiner ergänzbaren Form kann das Werk als eine wertvolle Arbeitshilfe für niedergelassene Zahnärzte, Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Mitarbeiter und Vertreter von Krankenkassen, zahnärztlichen Körperschaften sowie anderen Sozialleistungsträgern dienen.

Gerade wer etwas Weitergehendes sucht oder gar berufspolitisch aktiv oder gutachterlich tätig ist, der findet hier neben den fachbezogenen Auszügen aus dem SGB V, den kompletten Bundesmantel- und Ersatzkassenverträgen und allen geltenden Behandlungsrichtlinien von der Früherkennung bis zum Zahnersatz auch Spezialitäten wie die aktuellen Schiedsamtordnungen, die geltenden Regularien über die Bundes- und Landesausschüsse sowie eine ganze Abteilung mit allen Gemeinsamen Rundschreiben, Empfehlungen und Hinweisen der KZBV und der Spitzen-

verbände der Krankenkassen. Ein Anhang mit allen einschlägigen Vordrucken rundet die Sache ab. Und der Autor sichert zu, das Handbuch auf den jeweils neuesten Stand zu bringen.

Beim Bezug über den Verlag erhalten Sie einen Autorenrabatt von 20%.

Bestellscheine mit Autorenrabatt können angefordert werden bei:

*Bernd Wiethardt, Lippoldsberger Str.10B,
34128 Kassel*

Tel 0561-9359 106, Fax 0561-9359 140

Nächster Redaktionsschluss:

19. Oktober 2001

DAZ-Hochschulreferat neu besetzt

Die Anliegen von Studierenden und von berufstätigen Zahnärzten unterscheiden sich grundlegend – insofern fanden wir es wichtig, im DAZ einen Ansprechpartner speziell für Zahnärzte in der Ausbildung zu etablieren: den DAZ-Hochschulreferenten. Seit kurzem ist dieser Referent nun eine Referentin: Frau Dr. Mozghan Bizhang, geboren im Iran. Die 36jährige, am Zentrum für Zahnmedizin der Charité tätige Wissenschaftlerin löst Dr. Rainer Seemann ab, der die Universität verlassen hat und Ihnen vielleicht demnächst im Rahmen multimedialer Fortbildung für Zahnärzte wieder begegnen wird.

Frau Dr. Bizhang bekommt durch ihre Arbeit in der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin von Prof. Roulet täglich den studentischen Alltag mit – hat den Studierenden jedoch einiges an Erfahrung voraus.

Sie möchte dazu beitragen, dass sich Zahnmedizinstudenten für Berufspolitik interessieren und engagieren und den DAZ zur Formulierung und Unterstützung ihrer Anliegen nutzen. Schließlich werden z.T. heute die Weichen gestellt für die Zeit, in der diejenigen, die momentan die Unis bevölkern, ins Berufsleben einsteigen bzw. sich niederlassen. Zugleich kann ein Verband wie der DAZ auch dem Einzelnen weiterhelfen, indem er Erfahrungsaustausch und Kontakte organisiert und so z.B. Schwerpunktbildung und Stellensuche erleichtert. U.a. bietet der DAZ die Vermittlung von Hospitationsmöglichkeiten und Assistentenstellen in DAZ-Praxen an. Nicht zuletzt – auch dies will Frau Dr. Bizhang vermitteln – steht die DAZ-Zeitschrift „forum“

gerade auch jungen Zahnärzten/innen bzw. Studierenden als ein Diskussionsforum und als Möglichkeit, sich zu artikulieren, zur Verfügung. Erfahrungen aus dem Ausbildungsalltag sind ebenso willkommen wie Fachbeiträge, Auslandsberichte, Leserbriefe, Kritik und Vorschläge. Wenn es ums „forum“ geht, können Interessierte sich direkt an die Redaktion (siehe Impressum) wenden. Bei Fragen speziell zum Thema „Studienreform“ (mit dem der DAZ sich einige Jahre lang befasst hat und wozu ein umfangreiches Reformkonzept vorliegt), ist Dr. Harald Strippel, E-Mail h.strippel@mds-ev.de, der Ansprechpartner. Übrigens gibt's auch eine „forum“-Ausgabe zum Schwerpunkt „Studienreform“, die kostenlos bei der Redaktion angefordert werden kann; Materialien zum Download (z.B. Beispiel-Studienpläne) sind unter www.daz-web.de zu finden.

Die neue DAZ-Hochschulreferentin steht ab jetzt für alle Anfragen gern zur Verfügung. Falls Sie sie telefonisch nicht erreichen: E-Mails kommen eigentlich immer an. Wir wünschen Mozghan Bizhang einen guten Start in ihrer neuen Funktion und hoffen, dass spätestens jetzt möglichst viele Studenten/innen merken, welche Möglichkeiten, aktiv zu werden, sich ihnen im DAZ bieten. (I.B.O.)

Hier die Kontaktadresse:

Dr. Mozghan Bizhang, Zentrum für Zahnmedizin der Charité, Abteilung Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel. 030-45056-2663, privat: Tel. 030-8826094, Fax -84728775, E-Mail mozghan.bizhang@charite.de



gesucht / gefunden

Praxis-Suche: Zahnarztpraxis im Großraum Düsseldorf/Essen gesucht. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Tel 02151/818181-5, Fax 818181-8

Praxis-Abgabe: Nachfolger für Zahnarztpraxis im Zentrum von Düsseldorf gesucht, stabile Praxis mit kleinem Labor, Prothetik, günstig für Oralchirurgie. Ansprechpartnerin: NAV-Wirtschaftsdienst, Irmhild Fuhr, Tel. 02054/9545-21, Fax 9545-19

Praxis-Abgabe: Zahnarztpraxis in Viersen wegen Sterbefall äußerst günstig abzugeben. Evt. mit Immobilie. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Dirk Schlicker, Tel 02151/818181-5, Fax 818181-8, E-Mail DSchlicker@nav-widi.de

Praxis-Verkauf: Ertrag- und umsatzstarke, gut eingeführte Zahnarztpraxis in Süd-Niedersachsen aus persönlichen Gründen (keine Alterspraxis) zu verkaufen: 3 Behandlungszimmer plus Prophylaxezimmer, digitales Röntgen OPG, Fernröntgen u.v.m, anspruchsvolle Prothetik, Implantologie und PAR, günstige Kostenstruktur, langfristiger Mietvertrag, auch für zwei Zahnärzte(-innen) geeignet, 2. Zulassung vorhanden. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Christiane Krefeld, Tel 01805/954660

Praxis-Suche / Praxis-Kauf: Zahnarzt sucht Praxis in Berlin-West, Süd oder Mitte zur Übernahme. Tel 0177-577 5836

Praxis-Abgabe: Praxis im Siegerland abzugeben; umfangreiche Ausstattung,

guter Umsatz, Wohnung im gleichen Haus zur Vermietung. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221-8460281, E-Mail Lohse@nav-widi.de

Attraktives Gesundheitszentrum: seit 1996 in Köln, bietet Ärzten div. Fachrichtungen neue Praxisräume zur Niederlassung. Verkehrsgünstige Lage mit großem Einzugsgebiet u. zahlreichen Parkmöglichkeiten. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Frank Reinshagen, Tel 0221/97355-194, Fax 97355-152, E-Mail FReinshagen@nav-widi.de

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

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

Stellen-Suche: Zahnärztin mit 15 Jahren Berufserfahrung, überwiegend im Ausland, sucht Stelle in Zahnarztpraxis im Raum Köln, Düsseldorf, Bonn. Erlaubnis nach § 13 ZHG der Bezirksregierung Köln vorhanden sowie Erfahrung mit dem deutschen Gesundheitswesen durch Fortbildungsveranstaltung und zweijährige Assistentenzeit in deutscher Zahnarztpraxis. Hinweise an Tel. 02203/924784

Der DAZ stellt sich vor



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-

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

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

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Delegation

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

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

Impressum

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

Internet: www.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. Hanns-W. Hey

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 Druckerei Diet, 87474 Buchenberg

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-Studiengruppen oder an unsere regionalen Ansprechpartner:

Baden-Württemberg

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

Berlin

Edeltraud 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. Ralf 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

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

Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Ammerseestr.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,
E-Mail Rolf.Toedtmann@t-online.de
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. Bernd Kröplin, Leine-Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt, Tel./ Fax
03606 9518, E-Mail MKroeplin@aol.com

Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,
32657 Lemgo, Tel. 05261 10166, Fax -92901
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

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 1.1.2001

- 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 Jahrestagung in Berlin

Hiermit melde ich mich zur Jahrestagung am 13. Oktober 2001 an.

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

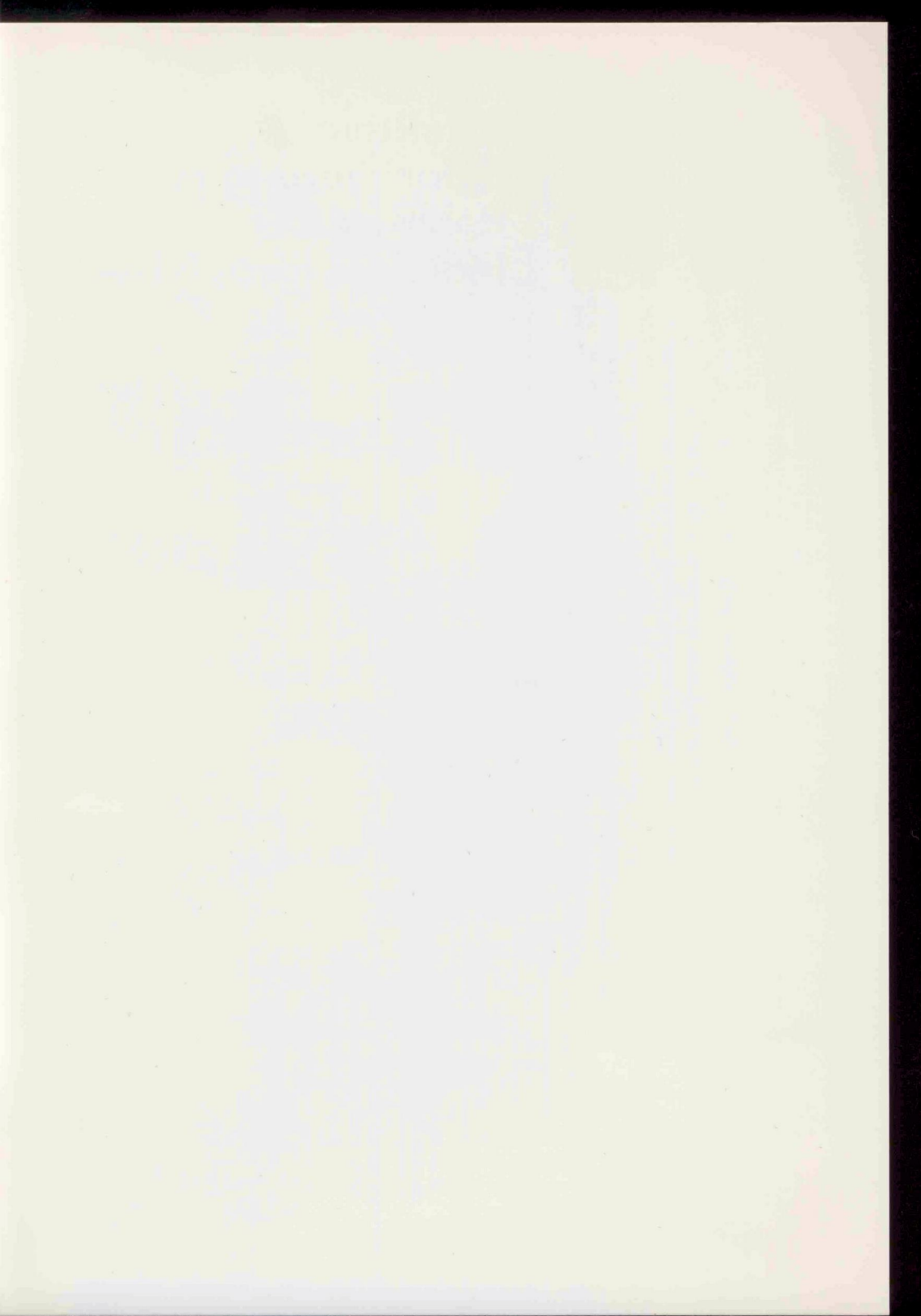
Ich komme zum Treffen am 12.10. ab 20 Uhr
Ich nehme am Vormittag 13.10. teil
Ich nehme an der DAZ-Mitglieder-
Versammlung am 13.10. teil

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



IP4

Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) sind Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. **elmex® gelée**) als Sprechstundenbedarf zu verordnen.



**effektiv –
ohne großen
Zeitaufwand**

Zusammensetzung:

100g **elmex® gelée** enthalten:
Aminfluoride Dectafur 0,287g,
Olaflur 3,032g, Natriumfluorid 2,210g
(Fluoridgehalt 1,25%), gereinigtes Wasser,
Propylenglycol, Hydroxyethylcellulose,
Saccharin, Aromastoffe.

Anwendungsgebiete:

Prophylaxe: zur Kariesprophylaxe.

Therapie: Zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries, zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll

elmex® gelée nicht angewendet werden.

Nebenwirkungen: In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut.

Dosierung und Art der Anwendung:

Soweit nicht anders verordnet,

1x wöchentlich ca. 1 cm **elmex® gelée** auf die Zahnbürste auftragen, 2 bis 3 Minuten die Zähne bürsten und ausspülen. Soweit nicht anders verordnet, für Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.

Packungsgrößen und Preise:

25g Dentalgel DM 11,25 (apothekenpflichtig);

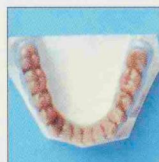
38g Dentalgel DM 15,56

(verschreibungspflichtig);

215g Anstaltspackung DM 41,53

(verschreibungspflichtig).

Stand: Dezember 2000



elmex® gelée zur Karies-
Intensivprophylaxe bei
Kindern und Erwachsenen;
zur lokalen Fluoridanreicherung
des Zahnschmelzes und
zur Remineralisation.

Durch die zusätzliche Verordnung von **elmex® gelée** 38 g (verschreibungspflichtig) zur 1x wöchentlichen Anwendung wird sichergestellt, dass die eingeleiteten Maßnahmen sinnvoll durch den Patienten Zuhause weitergeführt werden.

In der Praxis wird **elmex® gelée** mit dem Applikator oder mit der Miniplastschiene angewendet.

GABA Lörrach – elmex Forschung
Internet: www.elmex.de