

76

von Zahnärzten für Zahnärzte

DAZ
forum

21. Jahrgang 1. Quartal 2002 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Berlins Unabhängige Zahnärzte



Aktuelle Seite aus Berlin

Informierter Patient:
Besserer Patient?

Randschluss von Kronen

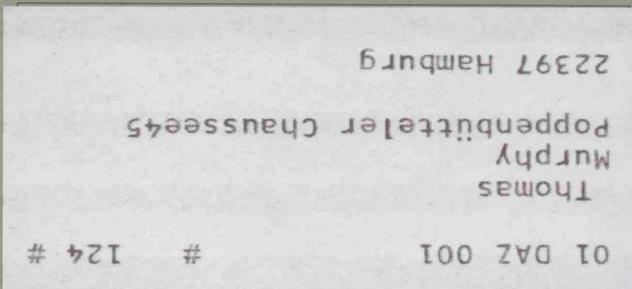
Fortbildung zwischen
Anspruch und Wirklichkeit

Neuer = besser?

Zu neuen Ufern



DAZ, Belfortstr.9, 50668 Köln
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt G8845





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

Zirkonialisierung

Cercon[®] kommt. Die neue Zeit beginnt.

Degussa Dental

a healthy world smiles



Foto: Peter Nachtweh (BUZ)

Arbeitsreffen DAZ/BUZ (von links): Stefan Günther (BUZ), Edeltraut Jakobczyk (DAZ), Anette Bellmann (DAZ), Celine Schätze (BUZ), Eva Hübner (DAZ), Winnetou Kampmann (DAZ), Tamara Tauchelt (DAZ).

Inhalt

Editorial

Zu neuen Ufern *P.Nachtweh* 3

Standespolitik

Aktuelle Seite aus Berlin *A.Bellmann* 5

Gesundheit

Nichtraucherkampagne *M.Pötschke-Langer* 9

Zigaretten kosten manchen Zahn *B.Meyer* 14

Schwerpunkthema

Qualitätsgedanken *U.Happ* 17

Informierte Patienten: bessere Patienten?
Ch.Kranich 19

Die Qualität von Restaurationen
FDI-Stellungnahme 23

Zahnarzttest à la Vereinte *E.Riedel* 24

Praxisgewinne durch BEL-Dumping *E.Riedel* 29

Randschluss von Kronen aus dem Ausland
Th.Kerschbaum 32

Das Rauschen im Schilderwald *W.Kolossa* 37

Wie bewerte ich neue Produkte? *St.Zimmer* 39

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit *E.Riedel* 47

Fortbildung

Ganzheitliche Zahnmedizin *S.Lange* 51

Es gibt keine Scharnierachse! *W.-G.Esders* 55

CBW System *P.Nachtweh* 56

Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung 61

Perfekte Ästhetik *T.Käcks* 63

Buchbesprechungen Hey/Tauchelt 65

Für die Praxis

IDS Nachlese *T.-W.Esders* 67

Ein blaues Wunder? *K.Müller* 70

Verbandsnachrichten

Gratulation/Danksagung 72, 73

BUZ stellen sich vor *St.Günther* 75

Die Studiengruppe Berlin *E.Hübner* 77

Aus der Geschäftsstelle *I.Berger-Orsag* 80

DAZ stellt sich vor 85

Leserbriefe 74

**Fortbildungs- und
Veranst.-Termine** 15, 16, 61, 79

Kontakadressen 87

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

Zu neuen Ufern...

PETER NACHTWEH

Das DAZ –Forum hat ein verändertes Erscheinungsbild bekommen.

Das allerdings wird auch dem eingeschwoenen Leser erst beim zweiten Hinsehen aufgefallen sein. Seit Beginn dieses Jahres gibt es neben den Zahnärzten des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde einen weiteren Mitherausgeber, Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V., erkennbar an dem kleinen Logo auf der Titelseite und nachzulesen im Impressum. Noch bedeutender ist allerdings die Tatsache, dass das DAZ-Forum mit dieser Ausgabe seine Auflagenstärke mehr als verdoppelt hat, und zum ersten Mal neben den eingeschriebenen Verbandsmitgliedern auch alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin das erste Heft des Jahres 2002 und die folgenden Ausgaben erhalten werden. Die von den Vorständen der beiden Verbände initiierte und später von den Mitgliedern bestätigte Kooperation zwischen dem DAZ und BUZ hat das möglich gemacht. Damit eröffnet sich eine grosse Chance, einer breiteren zahnärztlichen Öffentlichkeit ein Meinungsbild zu präsentieren, das sich doch stark vom Ge-

dankengut des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und seiner Ortsgruppen unterscheidet.

Welche Motive und welche Hintergründe haben dazu geführt, dass sich die beiden Verbände zusammengeschlossen haben?

Im Gegensatz zu den Koalitionsverhandlungen der politischen Parteien mussten weder der DAZ noch BUZ für die Kooperationsvereinbarung inhaltlich Positionen oder Ziele aufgeben oder neu formulieren. Beide Verbände hatten schon in den vergangenen Jahren Kontakte gepflegt und in Berlin im Kammervorstand gemeinsam standespolitische Verantwortung übernommen. Die Namen beider Verbände sind eng verknüpft mit den Begriffen Fortbildungswille, Qualitätssicherung, Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe und Kochsalzfluoridierung. Beide Verbände, BUZ auf der Berliner Ebene und der DAZ mit seinen bundespolitischen Kontakten, sind vertrauenswürdige Gesprächspartner für Krankenkassen und Regierungsmitglieder, die wir nicht als unsere Gegner, sondern als unsere Partner ansehen, auch wenn diese Partner gesetzesmäßige Entscheidungen treffen,

die wir so nicht mittragen können. Aber wir wollen das Gespräch suchen, und nachdem Berlin Hauptstadt geworden ist und die gesundheitspolitischen Entscheidungen hier getroffen werden, liegt es nahe, gerade in Berlin einen starken berufspolitischen Verband zu präsentieren, bewußt als Kontrapunkt zum Alleinvertretungsanspruch des Freien Verbandes.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedarf es allerdings auch engagierter Zahnärztinnen und Zahnärzte, die bereit sind, für die nachfolgende Generation und auch für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und weiterhin die Grundlage zu schaffen, dass wir unseren Beruf selbständig und freiheitlich in sozialer Verantwortung auf gesicherter materieller Basis ausüben können.

Zugegebenermaßen haben sich beide Verbände zusammengefunden, als sich ganz offensichtlich bei den Verantwortlichen eine gewisse Resignation eingestellt hatte. Im Rückblick war man nicht unzufrieden mit den erreichten Zielen, aber der notwendige Generationswechsel konnte nicht stattfinden, es fehlt ganz einfach der standespolitische Nachwuchs. Alle Verbände beklagen schwindende Mitgliederzahlen und das fehlende Interesse, sich bei der Bewältigung der an-

stehenden Probleme einzubringen. Und davon gibt es wahrhaftig genug – Änderung der Approbationsordnung, Änderung der Berufsordnung, Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes der zahnärztlichen Leistungen, die Gesundheitsreformansätze der Regierung, die bestehende Budgetierung unser zahnärztlichen Leistungen und die damit verbundenen Honorarverteilungsmaßstäbe. Jeder Punkt für sich ist schon gravierend genug, dass er eigentlich den Beteiligungswillen der Kolleginnen und Kollegen herausfordert. Die Ruhe und Gleichgültigkeit der Kollegenschaft bei der Lösung der Probleme ist erschreckend und enttäuschend für diejenigen, die in den vergangenen Jahren viel Verantwortung und Einsatz gezeigt haben.

DAZ und BUZ haben es sich in ihrer Kooperation zur Aufgabe gemacht, eine Bewusstseinsveränderung zu erzielen. Dabei geht es für uns in erster Linie nicht darum, Machtstrukturen zu erhalten oder wiederzuerlangen, sondern jüngere Kolleginnen und Kollegen für die Standespolitik zu begeistern, Verantwortung zu übertragen und Erfahrung weiterzugeben. Aus der Resignation der vergangenen Monate hat sich durch die Kooperation der beiden Verbände eine zuversichtliche Aufbruchstimmung zu neuen Ufern entwickelt

Bericht aus den Körperschaften

Anette Bellmann, Berlin

Desinteresse an der Arbeit der zahnärztlichen Gremien - daran hatte sich das kleine Häufchen der aktiven Kollegen in Berlin über Jahre schon gewöhnt; aber eigentlich hört doch bei Geld nicht nur die Freundschaft sondern auch das Desinteresse auf!

Der große Aufschrei aus der Kollegenschaft ist jedoch bisher ausgeblieben, obwohl es in mehrfacher Hinsicht ums eigene Geld geht. In diesem Sinne gibt es zum Jahresende gar nichts Positives aus den Körperschaften zu berichten.

Zahnärztekammer:

Der Vorstand der Zahnärztekammer ist stolz, dem Vermögen 1,5 Millionen DM zugeführt zu haben, lobt den eigenen eisernen Sparkurs und verschweigt dabei, dass die Beiträge auf einem unberechtigt hohen Niveau gehalten werden. Wir haben alle kein Interesse daran, dass die Kammer Vermögen anhäuft. Die entzogenen finanziellen Mittel werden in der Kollegenschaft anderweitig dringend gebraucht. Die Erfahrung lehrt, dass Überschüsse nie zurückgezahlt werden, sondern vorhandene Geldmittel Begehrlich-

keiten wecken, die dann leichter finanzierbar sind. Als Pflichtmitglieder sind wir alle gemeinsam für das Ansparen zuständig - beim Ausscheiden aus der Körperschaft sind die angesparten Geldmittel dann verloren! Eine gesunde Haushaltspolitik muss Liquidität schaffen, aber kein Vermögen!!!

Seit dem Antritt des neuen Kammervorstandes aus dem "Verband der Berliner Zahnärzte" und dem "Freien Verband" vor drei Jahren werden die Berichte in den Delegiertenversammlungen von zwei Themen dominiert: Beweihräucherung der eigenen Aktivitäten und Verunglimpfung des vorigen Vorstandes. Da werden sogar persönliche Angriffe nicht ausgelassen, obwohl zwei der Vorstandsmitglieder trotz des Wechsels noch im "Amt" sind. Sie scheinen für den "Sumpf", der vom vorigen Vorstand hinterlassen worden sein soll und der nun "trockengelegt" werden musste, nicht verantwortlich zu sein.

Die Kammer sollte zum Serviceunternehmen für die Zahnärzteschaft ausgebaut werden - davon ist gar keine Rede mehr. Die Rolle der Kammer als aktives Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen wird

nicht mehr thematisiert. Seit drei Jahren war die LAG nicht einmal Tagesordnungspunkt auf der Delegiertenversammlung. Von der Vorreiterrolle der Berliner LAG aus den 90-iger Jahren ist nichts mehr zu spüren. Weder die Zusammensetzung des Vorstandes der LAG noch dessen Ziele in den Punkten Ausbau der Gruppenprophylaxe und Betreuung der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sind der Zahnärzteschaft bekannt.

Zahnärztliches Versorgungswerk:

Auf dem Immobiliensektor mussten in den letzten Jahren Abschreibungen vorgenommen werden. Das ist zwar bedauerlich, liegt aber an der Entwicklung des Immobilienmarktes allgemein und speziell dem Mietwohnungsmarkt in Berlin, dessen Trend nicht voraussehbar war. Manche Immobilie ist wohl in der Vergangenheit zu sorglos erworben worden. Die Chance, mit einem Kollegen der zusätzlich zur Zahnmedizin auch Architektur studiert hat, einen kompetenten und

kritischen Mitstreiter in den Verwaltungsrat des Versorgungswerkes zu wählen, wurde nicht genutzt. Er hätte mit seinem Wissen und Engagement sicher einige Fehlleistungen verhindern können. Aber dieser Kollege ist ja Mitglied von "Fraktion Gesundheit" und "DAZ" und im Verwaltungsausschuss des Versorgungswerkes wurde und wird die Macht in den eigenen Reihen gehalten.

Die Anlagenpolitik der Vorgänger war dem neuen Verwaltungsrat zu konservativ. Deshalb wurde vehement bis fast an das Limit von 30 % des gesamten Volumens in Aktienfonds investiert. Doch leider mussten schon im ersten Jahr 12 Millionen abgeschrieben werden. Für das Folgejahr 2001 rechnet man mit über 100 Millionen!

Bei Nachfragen zu diesen Zahlen aus dem Kreis der Delegierten wird gemauert. Zwar weiß heute jeder, dass ein Knopfdruck am PC (noch dazu bei nagelneuer Hard- und Software wie im Versorgungswerk) genügt, um die exakten Zah-

EUROUMRECHNUNG IN BERLIN

Rechtzeitig vor Einführung des Euro genehmigte sich der Berliner KZV-Vorstand einen guten Umrechnungskurs. Aus 6.000 Mark monatlicher Aufwandsentschädigung für den Vorsitzenden Dr. Husemann wurden 5.000 EURO. Für die übrigen Vorstandsmitglieder fiel die Umrechnung ähnlich günstig aus. Dabei hob Dr. Husemann in seiner Antragsbegründung hervor, dass damit sein Arbeitsaufwand mitnichten entschädigt sei, aber schließlich handele es sich ja um ein Ehrenamt.

Aus: der artikulator 74/2002

len zu erhalten. Die aktuellen Ergebnisse werden jedoch zurückgehalten. Sind unsere Gelder im Versorgungswerk noch sicher? Die letzte Mitteilung über die voraussichtliche Höhe der Altersrente datiert aus dem Dezember 1999. Sind unsere Anwartschaften denn noch stabil? Von Einzahlungen im Sinne einer Höherversorgung raten die "Insider" jedenfalls ab!

Kassenzahnärztliche Vereinigung:

Das Desaster, das durch das LSG-Urteil vom 5.12.2001 in 2002 auf uns zukommt, nämlich 114 Millionen DM an die Kollegen auszuzahlen, die von den Krankenkassen nie geflossen sind, begann 1996. Der damalige Vorstand der KZV hat fahrlässig gehandelt, als er die Gelder so auszahlte, als gäbe es weder Budget noch Gesamtvergütung. Es war damals schon klar, dass die Gesamtvergütung nicht reichen würde. Für die Jahre 1997 bis 1999 wurden deshalb auf Grundlage des HVM Gelder einbehalten. Erst im Jahr 2000 erfolgte nach den Verträgen mit den Krankenkassen die endgültige Abrechnung. Damit kamen zusätzliche Rückforderungen auf die meisten Kollegen zu. Nun sollen alle diese Gelder an die Zahnärzte wieder ausgezahlt werden, obwohl klar ist, dass wir auch diese Auszahlung nicht erhaltenen Honorare wieder finanzieren müssen - denn diese 114 Millionen DM sind ja nicht vorhanden! Besonders ärgerlich ist es, dass diejenigen Zahnärzte, die dieses Urteil erstritten haben, sich weder nach HVM noch begrenzter Gesamtvergütung gerichtet haben. Sie erarbeiten Praxisumsätze, die darauf schließen las-

sen, dass "rund um die Uhr gebohrt" wird! Deshalb sind sie an einer HVM-Anwendung gar nicht interessiert; sie kommen bei einer quotierten Auszahlung der Honorare sogar besser weg. Da lohnt es sich doch clevere Rechtsanwälte zu engagieren! Die Justiziere der KZV sind wohl diesen cleveren Rechtsanwälten nicht gewachsen - anders ist die Niederlage der KZV in diesem Verfahren nicht erklärbar. Hoffentlich gibt es für die Juristen der KZV eine Chance, die Gerechtigkeit wieder herzustellen, denn dieses gesprochene Recht will uns gar nicht einleuchten.

Kleinanzeigen

Berufserfahrener Zahnarzt gesucht für kleine, gut eingeführte Praxis in Bonn/rechtrheinisch zur Zusammenarbeit mit dem jetzigen Praxisinhaber und mit dem Ziel der Praxisübernahme in einigen Jahren. Tel. 0228/440231, Fax 0228/462862

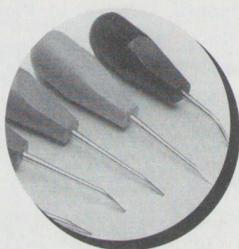
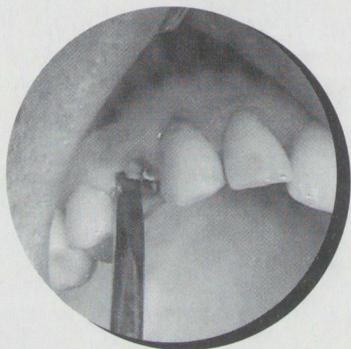
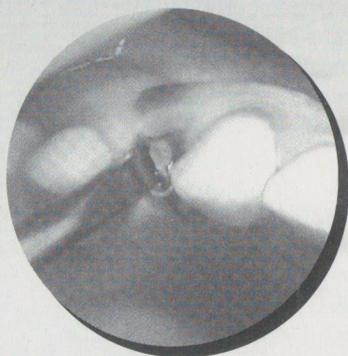
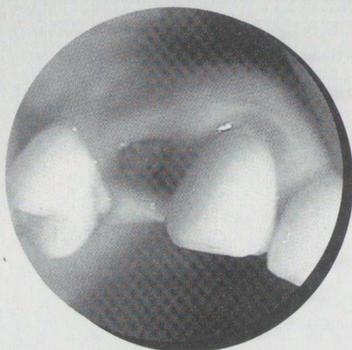
Praxiskäufer dringend gesucht! Wegen eines Unfalls steht eine Praxis in Weinstadt nahe Stuttgart sofort zum Verkauf an. Die Praxis existiert seit 20 Jahren und ist gut etabliert. Sie bietet eine Fläche von 170 qm und wäre auch als Doppelpraxis geeignet. Detaillierte Angaben sind jederzeit verfügbar. Hinweise bitte an DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221/97300545, Fax 7391239, Mail daz.koeln@t-online.de

Junge umsatzstarke Zahnarztpraxis wg. plötzlichem Todesfall sofort abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, Freiherr von Loe, Tel. 02151/818181-2

Top kieferorthopädische Praxis in Baden-Württemberg, beste Zahlen, aus Altersgründen zu veräußern, NAV-Wirtschaftsdienst, Maria-Luise Graf, Tel./Fax 07144/36676

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 Kümmersbruck • Telefon: 09621-72787
Telefax: 09621-75423 • e-mail: Optima-Dental@web.de

Nichtraucherkampagne

Beteiligung der Ärzte in Klinik und Praxis erforderlich

Dr. med. Martina Pötschke-Langer

Alle (Zahn-)Ärzte erhalten auf Anforderung für ihre Klinik oder Praxis kostenfrei ein Materialienpaket der Nichtraucherkampagne "Rauchfrei 2002 – 10.000 Euro zu gewinnen", das ein Plakat, einen Aufkleber und 50 Teilnahmekarten für Patienten enthält – wenn sie dies anfordern. Die Materialienpakete werden von Januar bis April zur Verfügung gestellt und können fortlaufend angefordert werden. Der offizielle Startbeginn der Nichtraucherkampagne ist Aschermittwoch, 13. Februar 2002. Zu diesem Zeitpunkt beginnt die Medienberichterstattung und es ist zu erwarten, dass viele Patienten sich auch an ihre Ärzte wenden, so dass es empfehlenswert ist, die Materialien vor dem Start zu bestellen und dann in der Praxis und Klinik zu platzieren.

"Rauchfrei 2002" – das Konzept

Ziel ist es, möglichst viele Raucherinnen und Raucher dazu zu bewegen, mindestens 4 Wochen lang, vom 1. Mai 2002 an, nicht zu rauchen. Für jeden Teilnehmer ist ein Anmeldeformular erforderlich. Teilnehmen können Raucherinnen und Raucher

jeden Alters, die in den letzten zwölf Monaten täglich geraucht haben, und deren Helfer. Wenn ein Helfer mehrere Teilnehmer unterstützt, kann er auch auf mehreren Anmeldungen benannt werden. Einsendeschluss für die Teilnahme ist der 01. Mai 2002. Die Preisträger werden aus dem Teilnehmerpool gezogen. Verlost werden je zwei Preise für jugendliche und erwachsene Teilnehmer sowie deren Helfer (insgesamt 10.000 Euro), ein europäischer Superpreis von 2.500 US Dollar und ein internationaler Superpreis von 10.000 US Dollar.

Gewinnen können nur die Teilnehmer, die nachweislich im Monat Mai nicht geraucht haben, und ihre Helfer. Der Nachweis wird durch einen Urin-test erbracht. Die Preisträger erhalten einen Teststreifen, den sie zu ihrem Arzt mitnehmen. Dieser führt den Test durch und informiert die Koordinierungsstelle.

Die Gewinner werden unmittelbar nach der Ziehung benachrichtigt und erhalten ihre Preise auf einer Pressekonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, wel-

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

che die Kampagne fördern und die Preisgelder zur Verfügung stellen.

Was ist das Besondere an "Rauchfrei 2002"?

Die Kampagne "Rauchfrei 2002 " ist Teil der größten internationalen Kampagne "Quit and Win" und findet in dieser Form zum zweiten Mal in Deutschland statt.

Die Kampagne vermittelt eine positive Botschaft, die von allen mitgetragen werden kann und bei der auch alle – Raucher sowie Nichtraucher – teilnehmen können. Viele haben bereits mehrfach versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, sind jedoch immer wieder gescheitert – "Rauchfrei 2002" bietet eine neue Chance.

Durch das Helfersystem werden die Raucher nicht allein gelassen, sondern aktiv motiviert und unterstützt von einer Vertrauensperson. Die Kampagne vermittelt auch Gemeinschaftsgefühl, denn Zehntausende in Deutschland und schätzungsweise eine Millionen weltweit werden teilnehmen.

Erstmals richtet sich eine Kampagne dieser Art auch an rauchende Jugendliche. Viele von ihnen wollen mit dem Rauchen aufhören und erhalten hierzu eine Gelegenheit.

Individuelle Unterstützung erhalten die Teilnehmer vor, während und nach der Aktion am Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums durch erfahrene Raucherentwöhnungsexperten. Eine Broschüre mit Tipps zum Ausstieg kann dort gleichfalls angefordert werden. Auch das Beratungstelefon der Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung steht den Teilnehmern zur Verfügung. Die Bundeszentrale versendet gleichfalls Broschüren zum Ausstieg.

Ergebnisse der letzten Nicht-raucherkampagne im Jahr 2000

Deutschland beteiligte sich im Jahr 2000 erstmals zeitgleich mit über 50 Ländern an der größten internationalen Nichtraucherkampagne "Quit and Win", die in anderen Ländern bereits 1994, 1996 und 1998 stattgefunden hatte. Dem internationalen Slogan wurde das deutsche Motto "Rauchfrei bis Mai" vorangestellt. An dieser bundesweiten Aktion beteiligten sich fast 25.000 Raucherinnen und Raucher, 18.917 meldeten sich über gedruckte Teilnahmekarten und 6.008 über das Internet an. Weltweit nahmen über 400.000 Menschen aktiv an der Kampagne teil. In vier Agenturmeldungen, über 30 Fernsehberichten, 45 Hörfunkprogrammen, über 130 Artikeln in den Printmedien und mit einer Titelseite des Stern sowie einer täglichen Kolumne "Mein Monat als Nichtraucher" der Frankfurter Allgemeinen Zeitung beteiligte sich die Presse an der Kampagne. Der Stern richtete gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum ein Internetforum ein, das zum größten Selbsthilfeforum von Exrauchern geworden ist (www.stern.de/forum/list.php?f=48). Innerhalb eines Jahres wurden dort in über 150.000 E-Mails Erfahrungen ausgetauscht. Das Nichtraucherforum des Stern erhielt bis zu 40.000 Zugriffe täglich und ist das erfolgreichste Internetforum des Magazins. Weitere In-

ternetforen zur Kampagne richteten die ARD und das ZDF ein. In einer Vielzahl von Anrufen, Briefen und E-Mails an das Deutsche Krebsforschungszentrum setzten sich die Teilnehmer mit ihrem eigenen Rauchverhalten auseinander. Raucherentwöhnung wurde in Deutschland zum Thema gemacht, und diese Kampagne war die erste, die von staatlichen und von nicht-staatlichen Einrichtungen gemeinsam getragen wurde.

Ermutigende Nachbefragung

In einer Stichprobenbefragung zwölf Monate nach der Kampagne gaben 30% an, seit der Teilnahme Nichtraucher zu sein, weitere 6% bezeichneten sich selbst als Nichtraucher, gaben jedoch an, während der vergangenen Monate zwischenzeitlich rückfällig geworden zu sein. Fast 90% der Teilnehmer hatten mindestens schon einen Ausstiegsversuch hinter sich, befanden sich im Alter zwischen 25 und 44 Jahren und rauchten mehr als 15 Zigaretten täglich. Etwa 50% der Teilnehmer rauchten mehr als 20 Jahre, 29% zwischen 10 und 19 Jahren und 21% unter 9 Jahren. Männer und Frauen unterschieden sich nur unwesentlich voneinander. Ermutigend für Gesundheitsberufe ist die Aussage von über 40% der Teilnehmer, dass sie die Informationen zur Kampagne von Gesundheitsberufen erhalten hatten. Da die Kampagne im Jahr 2000 vorwiegend durch Apotheker durchgeführt wurde, ist der Erfolg auch diesen zuzuschreiben.

Perspektiven der Kampagne "Rauchfrei 2002" für (Zahn-)Ärzte

Die (Zahn-)Ärzte nehmen einen Spitzenplatz ein in der Glaubwürdigkeit und Motivation eines Rauchers zum Rauchstopp (Junge, 1999). Bereits das kurze, routinemäßige Ansprechen des Arztes bewirkt Nachdenklichkeit beim Raucher und veranlasst viele, das Rauchen aufzugeben. Die Bedeutung der Motivation von Rauchern durch Ärzte kann deshalb gar nicht oft genug betont werden. Angesichts der Vielzahl von Gesprächsmöglichkeiten können Raucher in allen Stadien der Raucherentwöhnung – Vorbereitung, Aktion und Beibehaltungsphase – angesprochen werden. Die Raucherentwöhnung ist kein statisches Ereignis, sondern ein dynamischer Phasenprozess, der nach einem Stufenmodell der Verhaltensänderungen verläuft und die Phasen stabile Raucher, absichtsvolle Raucher, Raucher in der Vorbereitungsphase, Extraucher in der Aktionsphase, Rückfällige und Langzeitnichtertraucher, welche grundsätzlich in ihrer Haltung bestärkt werden müssen, umfassen (Prochaska und Di Clemente, 1983). In der Regel benötigen gerade stark abhängige Raucher mehr als einen Ausstiegsversuch. Mehrere Versuche führen bei jedem Schritt zu neuen Erfahrungen, und jeder Schritt führt etwas näher zu dem eigentlichen Ziel, der Totalabstinenz. Die Kampagne "Rauchfrei 2002" eignet sich in idealer Weise für die Praxis und die Klinik, in denen an zentraler Stelle ein Plakat und Hinweisschild mit Teilnahmekarten platziert werden können.

Entscheidend für den Erfolg dieser Aktion in Arztpraxen und Kliniken ist die Information aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, damit diese von sich aus Patienten ansprechen. Auch ist die Teilnahme von rauchenden Mitarbeitern einer Arztpraxis oder Station denkbar. Intern können noch weitere Preise etwa vom Praxisinhaber, Stationsarzt oder Klinikchef gestiftet werden. "Rauchfrei 2002" ist also eine Chance, auch unter Gesundheitsberufen eine Motivation zum Rauchstopp zu schaffen.

Ferner können Ärzte die Kampagne zum Anlass nehmen, um jeden Patienten nach seinem Rauchverhalten zu fragen und ihn zu beraten. Auch Unentschlossenen sollte eine beratende Unterstützung angeboten und auf die enormen gesundheitlichen und persönlichen Vorteile eines Rauchstopps hingewiesen werden. Die gute Absicht all derjenigen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Aufhörversuch unternehmen wollen, sollte verstärkt und alle notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden. Auch praktische Tipps, wie das Nichtraucherdasein zu meistern ist, und konkrete Hilfen für den Ausstieg werden von Patienten dankbar entgegengenommen. Hilfreich ist es, ein Ausstiegsdatum gemeinsam mit Patienten festzulegen und zur Erhöhung der Erfolgsaussichten in der Raucherentwöhnung medikamentöse Entwöhnungshilfen wie Nikotinsubstitution oder Bupropion zu erwägen. Ein Nachsorgeplan sollte gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden. Jedoch sollte immer wieder darauf

hingewiesen werden, dass die Eigenleistung und persönliche Motivation Voraussetzungen für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung sind. Medikamentöse Therapie ist dann besonders sinnvoll, wenn für den Patienten Sucht, Entzug oder Angst vor Entzug eine Rolle spielen oder ein hoher Zigarettenkonsum und ein früher Zeitpunkt der ersten gerauchten Zigarette auf körperliche Abhängigkeit schließen lassen. Hierzu liegen die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft vor (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, 2001).

Eine Beteiligung an "Rauchfrei 2002" erhöht die Glaubwürdigkeit von Ärzten in der Gesundheitsvorsorge und Prävention chronischer Krankheiten.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
E-Mail: m.poetschke-langer@dkfz.de

Literaturverzeichnis

Junge B (1999) *Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2000*

Prochaska JO, DiClemente (1983) *Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 3, 390 – 395*

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2001). *Tabakabhängigkeit. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Köln*

Zigaretten kosten manchen Zahn

B. Meyer, Frankfurt

Erfurt, 17.05.2001 (IM) Etwa 50 Prozent der Parodontitis junger Erwachsener geht zu Lasten des Zigarettenkonsums. Gleichzeitig sind die Therapieergebnisse bei Rauchern deutlich schlechter. Prof. Dr. med. dent. Hans-Peter Müller, Heidelberg, fordert daher in seiner Übersichtsarbeit "Rauchen und parodontale Gesundheit", dass auch die Zahnärzte ihre Patienten motivieren und unterstützen sollten, mit dem Rauchen aufzuhören. Für seinen Artikel, der einen Anstoß für die Zahnärzteschaft gibt, sich mit dem Problem Rauchen auseinander zu setzen und eine Raucherentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis zu etablieren, wurde Professor Müller im Rahmen der 4. Deutschen Nikotinkonferenz in Erfurt der Forschungspreis "Rauchfrei Leben" verliehen.

Negative Folgen des Zigarettenkonsums wie Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Lungenkrebs sind weithin bekannt. Vergessen wird allerdings oft, dass Rauchen auch negative Auswirkungen auf die Zahngesundheit hat. Die Ursache destruktiver Parodontalerkrankungen sind zwar gramnegative Bakterien, jedoch reicht deren bloße Anwesenheit auf der Zahnoberfläche nicht aus, um eine Erkrankung auszulösen. Einer der wichtigsten Co-Faktoren für die Entstehung einer manifesten Parodontitis ist das Rauchen. Zigarettenrauch hemmt die Funktion der körpereigenen Abwehr und begünstigt so eine bakterielle Besiedlung. Gleichzeitig kommt es zu einer exzessiven Freisetzung von proinflammatorischen Mediatoren, die unter anderem den Knochenschwund im Kiefer begünstigen.

Im Normalfall wird eine Parodontitis durch eine antimikrobielle Therapie mit nachfolgenden parodontalchirurgischen Maßnahmen und einer langfristigen Nachsorge behandelt. Bei starken Rauchern ist die Heilung allerdings gestört. Chirurgische Maßnahmen machen daher nur Sinn, wenn die Patienten zuvor mit dem Rauchen aufgehört haben. Professor Müller empfiehlt, alle Raucher auf die Gefahren einer Parodontitis hinzuweisen. Denn oftmals schreckt die Aussicht auf einen Zahnverlust die Patienten mehr ab als die Gefahren eines Herzinfarktes. Weiterhin sollten alle parodontalerkrankten Patienten über ihre Rauchgewohnheiten befragt werden. Aufhörwillige Patienten sollten vom Zahnarzt in ihrem Beschluss bestärkt werden. Eine Möglichkeit den Patienten das Aufhören zu erleichtern, sind Nikotinersatzprodukte wie beispielsweise Nikotinkaugummis, —pflaster oder Nasensprays. Sie können auch vom Zahnarzt verordnet werden, müssen allerdings vom Patienten privat bezahlt werden.

Das in den Zigaretten enthaltene Nikotin ist zwar für die Suchtentwicklung bei Rauchern verantwortlich, hat aber ansonsten kaum negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Für die Entstehung von Folgeerkrankungen wie Parodontitis oder für die karzinogenen Effekte sind vielmehr die anderen Inhaltsstoffe des Tabakrauches verantwortlich.

Eine Substitution mit Nikotinpräparaten kann Rauchern daher empfohlen werden. Vielen Rauchern gelingt eine Entwöhnung durch diese Unterstützung besser. Die Erfolgsaussichten für eine Abstinenz sind mit Substitution doppelt so hoch wie ohne.

Gemeinsame Frühjahrsveranstaltung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde - DAZ
und
Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V. - VDZM

Samstag, den 4. Mai 2002

10.00-12.30 Uhr



"Perspektiven der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung"

Dipl.-Kfm. Herbert REBSCHER, Siegburg

*Herbert Rebscher ist seit 1996 Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV). In der Gesundheitspolitik ist er mit seiner deutlichen Sprache als hartnäckiger Vertreter der Interessen der gesetzlichen Krankenkassen bekannt. Aus dieser Sicht wird H. Rebscher die künftige Entwicklung der Zahnmedizin in der Gesetzlichen Krankenversicherung skizzieren und dabei besonders auf die derzeit diskutierten Einkaufsmodelle eingehen. Nach einem Eingangsreferat besteht ausreichend Gelegenheit zur Diskussion. **Alle gesundheitspolitisch Interessierten sind eingeladen, der Eintritt ist frei.***

14.00-18.00 Uhr



"Das kranke Kiefergelenk - Eine lehrreiche Entdeckungsreise"

Prof. J.M.H. DIBBETS, Marburg

*Prof. Dibbets ist Direktor der Klinik für Kieferorthopädie des Medizinischen Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde in Marburg. Er beschäftigt sich seit fast 30 Jahren mit der wissenschaftlichen Erforschung des Kiefergelenkes und seiner Erkrankungen, und hat damit eine internationale Anerkennung über das Fachgebiet der Kieferorthopädie hinaus erlangt. Auf Evidenz basierende Aussagen, der Bezug auf Langzeituntersuchungen und eine sehr kritische Bewertung zahnmedizinischer Therapieansätze sind das Markenzeichen seiner gut verständlichen Vorträge. Die Zuhörer erwartet ein lebendiger Vortrag über einen für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte immer noch mystischen Bereich der Zahnheilkunde: Über das gesunde und das kranke Kiefergelenk und die Rolle der Okklusion bei der Entstehung von Kiefergelenkerkrankungen. **Für diesen Beitrag wird eine Tagungsgebühr erhoben.***

Sonntag, den 5. Mai 2002

9.30 Uhr

DAZ-Ratssitzung

Auch Freunde und Interessenten sind hierzu herzlich eingeladen.
Parallel: VDZM Mitgliederversammlung

- Tagungsort** Frankfurt am Main, Bürgerhaus Bornheim
Amsburger Straße 24, Tel.: (0 69) 44 60 99
- Tagungsbeitrag** Es wird nur für den etwa vierstündigen Fortbildungsteil am Samstagnachmittag ein Tagungsbeitrag wie folgt erhoben:
- Nichtmitglieder des DAZ/ VDZM 40 Euro
 - Mitglieder der DAZ/VDZM 30 Euro
 - Studenten (Nichtmitglieder) 20 Euro
 - Studenten (DAZ/VDZM-Mitglieder) 10 Euro
- Anmeldung** bei der DAZ-Geschäftsstelle, Belfortstraße 9, 50668 Köln, oder am Tagungsort
- Anreise** Das Bürgerhaus Bornheim liegt im Nordosten Frankfurts im Stadtteil Bornheim parallel zur Berger Straße
- Zu erreichen** **mit der U-Bahn:** ab Hauptbahnhof U4 Richtung "Seckbacher Landstraße" bis Haltestelle "Bornheim-Mitte"
mit der Straßenbahn: ab Hauptbahnhof mit der Linie 12 Richtung "Fechenheim Schiebhüttenstraße" bis Haltestelle "Bornheim Mitte"
mit dem Auto: Autobahn-Ausfahrt Offenbach über Kaiserlei - Brücke - Ratsbrücke. Ausfahrt Bad Homburg über Preungesheim, Ausfahrt Nordwest über Miquelallee. Im Keller des Tagungshauses befindet sich ein Parkhaus
- Übernachtungsmöglichkeiten**
Hotel Mercator, Mercatorstr. 38, 60316 Frankfurt,
Tel. (0 69) 49 06 91, Fax (0 69) 49 02 17
Hotel am Zoo, Alfred-Brehm-Platz 6, 60316 Frankfurt,
Tel.: (0 69) 49 07 71-75
- Rückfragen** Geschäftsstelle des DAZ, Belfortsre. 9, 50668 Köln,
Tel.: 0221 97300545 Fax: 0221 7391239,
eMail: kontakt@daz-web.de oder Verkehrsamt Frankfurt
am Main, Tel.: (0 69) 2 12 37 88 90

Fast unbemerkt

hat Ende 2001 "der artikulator", die Zeitschrift der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. (VDZM) sein Erscheinen eingestellt.

Die Qualität seiner Artikel und die dort formulierten Positionen wurden von vielen geschätzt. Der Einfluss der häufig (erst-)veröffentlichten Gedanken war sehr groß. Eine Reihe von Veränderungen der zahnärztlichen Gesundheitspolitik, geprägt von sozialer Verantwortung, wurde angeregt und fand sich in Gesetzestexten wieder. "der artikulator" wird in der zahnmedizinischen, aber darüber hinaus auch in der gesundheitspolitischen Szene fehlen.

Wir wollen nicht glauben, dass seine Autoren verstummen und hoffen weiterhin auf ihre wichtigen und fundierten Beiträge. Der DAZ stellt dafür gern sein forum zur Verfügung ! Wolfram Kolossa

Qualitätsgedanken:

U.Happ, Hamburg

Folgenden Brief schrieb ein Patient an seine Krankenkasse:

Kurzer Überblick des Herganges:

Seit Monaten ist meine Zunge einseitig entzündet. Ich lasse mir daher am 24.07.01 scharfe Kanten der Plomben entfernen. Es wird ein weiterer Termin vereinbart, um (wie üblich) die Zahnbeläge zu entfernen. Dies macht dann eine Mitarbeiterin am 17.08.01 "per Hand" durch Schaben und Kratzen. Dabei bricht ein Teil einer Zahnfüllung weg. Diese Füllung wird daraufhin vom Zahnarzt erneuert. Ein paar Tage später erhalte ich die Rechnung, mehr als 1000.- DM. Dies erscheint mir in keinerlei Verhältnis zu den erbrachten Diensten. Ich bin entsetzt. P.S.: Die Zunge ist nach wie vor entzündet (Ausführlicher Beschreibung: siehe Kasten.

Auch aus diesem Schreiben wird sehr deutlich, dass alle, die sich um Qualität der Versorgung bemühen bzw. diese erwarten, verschiedene Blickrichtungen haben, verschiedene Aspekte meinen und sich letztendlich nicht verstehen.

Nach der BROCKHAUS-Enzyklopädie meint der Begriff Qualität (nur) eine allgemeine Beschreibung einer Ware oder Dienstleistung. Er wird einmal objektiv auf messbare Eigenschaften angewendet, er bringt andererseits die Abstufung der Eignungswerte gleichartiger Güter (oder Dienstleistungen) für die Befriedigung be-

stimmter Bedürfnisse zum Ausdruck und ist insoweit subjektiv bestimmt.

Und hierin liegt schon die Crux, die babylonische Verständigungsproblematik in der Qualitätsdiskussion: Was in der industriellen Fertigung durch Normen und Eichen üblich ist, ist bei dem Biosystem Mensch nicht (oder nur sehr beschränkt) möglich. Was der behandelnde Zahnarzt als "gute" Behandlung vorsieht, wird von den Patienten zum Teil nicht verstanden, als "Abzocke" interpretiert, zum Teil aber auch als Vernachlässigung, wenn der Patient von den neuen "wellness"-Gedanken der lifestyle Zeitschriften inspiriert wurde – und die Kasse will/soll vieles nicht bezahlen.

Das Schwerpunktthema dieses DAZ-forum beschäftigt sich mit Qualitätsgedanken aus verschiedensten Richtungen: Der Beitrag von Ch.Kranich "Informierter Patient: besserer Patient?" stellt die Patienten (die doch der Grund für die Existenz des Gesundheitswesens sind) in den Vordergrund und wird letztlich durch die neue FDI-Stellungnahme "Die Qualität von Restaurationen" bestätigt. Der "Zahnarzttest à la Vereinte" (E.Riedel) zeigt uns, dass die Versicherungen das mit der Qualität und dem Testen derselben nicht so ganz verstanden haben und die Patienten eher verwirren (jedenfalls aus unserer Sicht), dass sie sogar Qualitätssicherung mit Pfennig-(nun Cent-) fuchseriei verwechseln (siehe: "Praxisgewinne durch BEL-Dumping", E.Rie-

*sehr getroffen wurde mein Geschmack mit dem Wort "Fordergrund"! Falls es nicht Absicht war, sollte es dennoch nicht korrigiert werden! Ch. Kranich (war nur so eine Freud'sche Fehlleistung. U.Happ)

del). Dass zum Objektivieren von Qualität die Kontrolle von messbaren Eigenschaften sehr hilfreich ist, auf jeden Fall der bessere Weg ist als Vermutungen, Verdächtigungen und Verleumdungen, zeigt uns recht deutlich der Beitrag von Prof. Kerschbaum: "Randschluss von Kronen..."

Wie kommen wir weiter in der Diskussion um die Qualität, zum Qualitätsergebnis? Hilft den Patienten, den Krankenkassen oder uns die neue, erstmals in Schleswig-Holstein, nun auch in Bayern erlassene "Schilderverordnung" (siehe "Das Rauschen im Schilderwald", W.Kolossa) weiter, hilft sie überhaupt weiter? Helfen den Patienten, den Krankenkassen, helfen uns kostentreibende Siegel wie von "Mac-Dent" oder Zertifizierungen wie ISO 9002 usw. weiter? Kaum, denn es sind nur formalistisch perfekte Versprechen mit stich-

probenhafter Kontrolle von außen. Sowas haben wir schon, und der Nutznießer ist deutlich zu sehen. Es ist der "Zertifizierer" oder Kontrolleur, z.B. der RÖV, der Abwasserverordnung, des BUS-Dienstes usw.

Die Qualität muss von innen kommen, durch selbstverantwortliches Handeln der Beteiligten, durch überlegtes zur Verfügung Stellen und Auswählen der Materialien und Verfahren (siehe "Neuer = besser" St.Zimmer) und durch strukturierte, erfahrungserweiternde Fortbildung. Schild und Siegel allein sind nicht geeigneter Nachweis einer fachlich-/sachlicher Charakterschulung (Fortbildung – Anspruch und Wirklichkeit, E.Riedel).

Wir hoffen, mit dieser Zusammenstellung Denkanstöße geliefert zu haben und freuen uns auf Ihre Diskussionsbeiträge.

Ausführlichere Beschreibung (aus dem gleichen Patientenbrief)

Wegen ständig einseitig entzündeter Zunge ging ich zum Zahnarzt, um mir auf der entsprechenden Seite die scharfen Kanten abschleifen zu lassen, was auch so geschah. Ein Bagatelleingriff. Ferner wurde mir – wie üblich beim Zahnarzt – die Entfernung der Beläge angeboten/verordnet. Als Patient hat man nahezu keine Möglichkeit, über Sinn und Notwendigkeit von Behandlungen mitzuentcheiden oder gar Diskussionen vom Zaum zu brechen. Auch ist eine Kontrolle dessen, was denn nun konkret gemacht wurde und was dann später auf der Rechnung steht, kaum möglich. Man kann nicht erfassen (oder beurteilen), was während einer Zahnarzt-Behandlung mit einem geschieht.

Beim zweiten Termin, der angekündigten Zahnreinigung, spielte sich nun folgendes ab:

Eine Mitarbeiterin der Praxis kratzte und schabte penibel meine Zähne ab, meist in Richtung Wurzel/Zahnfleisch hin. Sie verwendete die übliche Dentisten-Aale (ein Griffel mit einem kleinen Angelhaken an jedem Ende). Ab und an wurde elektrisch nachgeschliffen und poliert, auch mal kurz der Ultraschall eingesetzt, im wesentlichen aber gekratzt und geschabt. Ein "scharfer Löffel" wurde nicht eingesetzt. Es tat nicht weh, eine Betäubung war nicht nötig. Sie war auch gar nicht vorgesehen! Denn ich wurde ein wenig irritiert gefragt, ob es denn schmerzhaft sei (anscheinend war mein Gesichtsausdruck angespannt), was ich verneinte. Nach gut einer halben Stunde, höchstens 40 Minuten, war die Prozedur zu Ende, ich durfte aber noch nicht gehen, denn, wie sie sagte, müsse mich "der Herr Doktor" noch sehen.

Ich beschrieb dies so ausführlich, da auf Nachfrage bei Ihnen mir einige Punkte des Postens 407 GOZ vorgelesen wurden, die für mich alle nicht zutrafen.

Die telefonische Nachfrage bei der Arztpraxis zum Punkt GOZ 407 ergab, dass die Mitarbeiterin eine "Zusatzqualifikation in USA" gemacht habe, drum könne man so abrechnen. Außerdem läge man "im Vergleich mit anderen Münchner Zahnärzten" noch "im unteren Drittel".

Mein Lamento:

Ich lasse mir eingehen, dass die GOÄ/GOZ ziemlich straff gehalten ist und dass Ärzte/Zahnärzte Mittel und Wege suchen (müssen), um zu Geld zu kommen. Dass mein Zahnarzt GOZ 007 Vitalitätsprüfung abrechnet, nur weil er kurz kalt hinbläst und mir dabei in die Augen sieht (einmal kalt blasen: 12,65 DM !?) – von mir aus. Dass mein Zahnarzt die Füllung erneuern muss, die die Helferin beim Kratzen und Schaben rausgebrochen hat (und dafür natürlich 3,5-fach abrechnet) – da kann man argumentieren, dass die Füllung eh demnächst fällig gewesen wäre; man beweise das Gegenteil. Aber dass eine Helferin für gut 30 Minuten kratzeln 609.84 DM abrechnet, das geht mir über die Hutschnur.

München, der 27.08.01 M. G.

Informierte Patienten: bessere Patienten?

Gedanken zum Arzt-Patient-Verhältnis, zur Transparenz im Gesundheitswesen und Ergebnisse einer europäischen Recherche

Oft sind sie unbequem, die mündigen Patienten – oder die, die mündig zu sein glauben. Denn welcher Patient kann schon wirklich beurteilen, was *medizinisch* notwendig ist? Kaum einer. Trotzdem wird immer wieder gefordert, Patienten an allen Entscheidungen zu beteiligen. Der moderne Begriff dafür heißt *shared decision making*, also die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient: Beide besprechen und beraten sich so lange, bis sie eine Maßnahme gleichermaßen verantworten können – der Arzt medizinisch, der Patient vor dem Hintergrund seiner persönlichen Wertvorstellungen und Lebensgestaltung. Beide sind dabei gleichwertige Partner. Dieses neue Paradigma hat schon 1992 der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* auf die einfach klingende Formel gebracht:

*"An die Stelle des ‚benevolent Paternalismus‘ muss als zeitgemäße Form der Arzt-Patient-Beziehung ein Partnerschaftsmodell treten. Darin gibt der Arzt vermöge seines medizinischen Wissens den Rahmen vor, innerhalb dessen der Patient mit Hilfe des Arztes seine Entscheidungen trifft."*¹

Hier wird deutlich: Die beiden Partner sind nicht gleichartig, sondern gleichwertig. Beide haben unterschiedliche Kompetenzen – der eine für die medizinische Seite, der andere für die biographische –, aber keiner hat über den anderen zu bestimmen.

Vertrauen, die Grundbedingung jeder guten Arzt-Patient-Beziehung, wird in einem partnerschaftlichen Verhältnis nicht mehr vom Patienten einfach mitgebracht, es kann auch vom Arzt nicht eingefordert werden, sondern es muss sich erst herstellen. Das geschieht auf zwei Wegen: durch Sympathie, also auf der emotionalen Ebene, und durch Information und Wissen, also eher kognitiv. Während die Gefühlskomponente sozusagen von alleine da ist, muss für die kognitive Ebene einiges getan werden. Darum soll es hier gehen.

Wie ist es in anderen Dienstleistungen mit dem Verhältnis dieser beiden Komponenten? Beim Friseur ist die emotionale Ebene des Dienstleistungskunden-Kontaktes viel weniger wichtig, in der Wäscherei oder Reinigung fast ganz zu vernachlässigen. Auch mein Autohändler muss nicht unbedingt sympathisch sein, sondern zuverlässig; und vom Produkt, das er verkauft, verlange ich, dass es gut und preiswert ist.

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden (Nomos), Kapitel 3, Ziff. 363

Das Kriterium *preiswert* schleicht sich erst langsam auch in das Gesundheitswesen ein, seit Krankenversicherungen genauer hinschauen oder Patienten immer mehr Leistungen aus eigener Tasche bezahlen müssen. Die Kriterien *gut* und *zuverlässig* dagegen galten schon immer und überall. *Gut* bezeichnet die Qualität von Produkten und Dienstleistungen, *zuverlässig* einen wichtigen Aspekt der Leistungserbringung. Beide sind nur schwer auf der subjektiv-emotionalen Ebene des Dienstleister-Kunde- (bzw. Arzt-Patient-) Kontaktes beurteilbar. Sie verlangen eher nach *objektiver* Messung. Die gibt es auch für fast alle Lebensbereiche – jedes Auto, jede Reinigung oder Wäscherei wird heute getestet und die Ergebnisse in Publikumszeitschriften veröffentlicht. Im Gesundheitswesen dagegen ist die Beurteilung von Krankenhäusern und Ärzten noch nicht über die Kinderschuhe – oder Babyschühchen – hinaus gekommen.² Die ärztliche Dienstleistung scheint ungleich schwerer *objektiv* beurteilbar zu sein, denn Medizin ist eben keine Wissenschaft wie die Mathematik, wo 1+1 immer 2 ist, sondern sie enthält eine Menge Handwerk, Kunst und Intuition. In diesem Gemenge ist Objektivität ein hoher Anspruch.

Ein zu hoher? Haben nicht auch Patienten ein Recht darauf, zu erfahren, welcher Arzt oder welches Krankenhaus sie besonders *gut* und *zuverlässig*

behandeln kann, wenn das Paradigma der Partnerschaftlichkeit gelten soll? In Patientenberatungsstellen zeigt sich immer wieder der Bedarf nach solchem Wissen. Fragen Sie einmal Ihre Patienten, wie sie sich ihren Zahnarzt ausgesucht haben. Da wird kaum einer die medizinische Qualität als Kriterium nennen, denn die kennt er, wenn überhaupt, erst nach längerer Zeit, und dann in der Regel auch nur indirekt, aus Erfahrung. Die meisten werden sagen: "Sie sind mir von Bekannten (oder Familienmitgliedern) empfohlen worden" oder ähnliches. Sehr subjektive Gründe also, die eher dem emotionalen Bereich angehören. (Was nichts Schlechtes ist, aber nicht reicht.)

In Deutschland sind über die Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen sehr viel mehr objektive Informationen vorhanden als veröffentlicht werden. Zum Beispiel im Bereich der Krankenhäuser die Ergebnisse der sogenannten "Externen Qualitätssicherung": Krankenkassen und Krankenhausesellschaften häufen Berge von Daten an, aus denen sie die Qualität der Arbeit einzelner Abteilungen ermitteln – aber sie nutzen diese Erkenntnisse nicht zur Information der Patienten! Der Partner im Behandlungsprozess wird dumm und uninformiert gehalten. Oder die Daten, die jedes Krankenhaus auf gesetzlicher Grundlage über jeden Behandlungsfall an die Krankenkassen geben müssen. Sie könnten Antworten auf wichtige Patientenfragen geben (etwa wie oft eine Operation an einer bestimmten Abteilung eines Krankenhauses im

² Ich denke da etwa an die Versuche der Zeitschrift Focus, Ärzte und Krankenhäuser zu beurteilen ("Die 500 [bzw. 1.000] besten Ärzte in Deutschland", 1993 als Serie und als Buch). Auch die Stiftung Warentest hat schon Krankenhäuser getestet.

Jahr durchgeführt wird), aber sie bleiben als Datensammlungen in der Hand der Krankenkassen-Funktionäre. Oder Daten über die Häufung erfolgreich abgeschlossener Beschwerden, Schlichtungsverfahren und Prozesse, die den Patienten deutlich machen könnten, wo sie sich besser nicht behandeln lassen sollten...

Warum bleiben gerade die *Patienten*, die doch der Grund für die Existenz des Gesundheitswesens sind, von diesen wichtigen Informationen ausgeschlossen? Um einer Antwort auf diese Frage näher zu kommen, untersuchten wir, wie andere europäische Länder mit der Transparenz für ihre Patienten umgehen³. Wir fanden, dass manche Länder viel mehr zu bieten haben. Staatliche Gesundheitssysteme (etwa England, Dänemark, Finnland) sind für ihre Bürger teils sehr viel transparenter – auch wenn die Patienten meist weniger Wahlmöglichkeiten haben, weil der Hausarzt in der Position des ‚Lotsen‘ (gatekeeper) viele Entscheidungen beeinflusst und weil etliche nordeuropäische Länder bekanntermaßen geringere Behandlungskapazitäten haben, was zum Teil lange Wartezeiten auf Operationen bedingt. Aber *trotzdem* werden die Patienten in diesen Ländern besser über die Behandlungsqualität informiert als die deutschen!

Ein anderes Beispiel sind die Niederlande: Dort sind die Patienten von vorne herein so in die Gestaltung des

Gesundheitswesens einbezogen, dass sie das Gefühl haben können: Wir gehören dazu, das System ist für uns gemacht und wird von uns bzw. unseren Vertretern mitgestaltet. Die Niederlande zeigen auch, dass ein weit entwickeltes nationales Beschwerdemanagement-System Vertrauen schaffen kann: Für Unzufriedenheiten mit gesundheitlichen Dienstleistungen stehen in jeder Einrichtungen Beauftragte und Kommissionen zur Verfügung und als "dritte Instanz" darüber noch ein nationaler Patienten-Ombudsmann – verglichen damit ist Deutschland ein Entwicklungsland.

Merkwürdig: Deutschland, möglicherweise das Land in Europa mit der größten *Freiheit* für seine Patienten, gibt ganz besonders wenig Hilfe zur *Nutzung* genau dieser Freiheit. Wie ist das zu erklären?

In staatlichen Systemen ‚gehört‘ das Gesundheitswesen dem Staat, und der zuständige Minister kann Transparenz anordnen. Deutschland dagegen hat ein gemischtes System: Einerseits enthält es viele Elemente des Marktes, die ein hohes Maß an Transparenz erfordern (und normalerweise auch fördern); andererseits wird es aber von mächtigen Interessengruppen beherrscht, die keinerlei Interesse daran haben, dass die Patienten – die in diesem Machtgefüge nicht vertreten sind – allzu viel erfahren; und schließlich sorgt die solidarische Sozialversicherung, der die meisten Menschen angehören, dafür, dass der einzelne Patient sich letztlich doch nicht als selbstbestimmter Akteur fühlt, sondern

³ Im Rahmen eines von der EU geförderten Recherche-Projekts der Verbraucherzentralen Hamburg und Schleswig-Holstein, dessen Abschlußbericht demnächst unter www.patientennavigation.org veröffentlicht wird.

eher als Empfänger einer "milden Gabe". Der Staat hält sich heraus und überlässt das meiste der sogenannten Selbstverwaltung – in der sitzen aber nur die Leistungserbringer und die Kostenträger, nicht die Patienten. Dadurch wird unser Gesundheitswesen von denen dominiert, die daran verdienen⁴.

Das ist zu einfach? Sicher, das Gesundheitswesen ist so komplex, dass einfache Erklärungen nie alle Aspekte beleuchten können. Aber vielleicht ist zumindest der Kern der Sache getroffen.

Was folgt daraus? Deutschland ist in der Gefahr, Patienten erst dann ernst zu nehmen, wenn sie zahlen sollen. Wenn das Gesundheitswesen nicht mehr solidarisch finanzierbar ist, weil die Einnahmen der Krankenkassen mit der Lohnentwicklung und dem medizinisch Machbaren nicht mehr Schritt halten, werden die Patienten als "Kunden" entdeckt. Sie sollen immer mehr selbst bezahlen – und dann dürfen sie auch (genauso wie ein Kunde beim Autokauf) mitreden und über die gewünschte Leistung mitbestimmen; dann werden sie vielleicht endlich auch über objektive Aspekte der Leistungsqualität informiert. Aber erst dann, und auch nicht vollständig und nicht wirklich freiwillig. Denn die Leistungserbringer sind es bis heute nicht gewöhnt, Patienten wie souveräne Kunden zu behandeln. Allenfalls in peripheren Sphären,

etwa der Gestaltung von Praxis und Wartezimmer, aber nicht im Kern, den medizinischen Leistungen.

Lässt sich ein partnerschaftliches Arzt-Patient-Verhältnis nicht auch ohne diesen finanziellen Beigeschmack etablieren? Hier komme ich in den Bereich der Utopie: Wenn wir wieder merken, dass das Gesundheitswesen der allerletzte Bereich ist, in dem nicht primär jeder Einzelne für sich verantwortlich ist, sondern Einer für Alle und Alle für Einen. Wenn die Solidarität, die dem größten Teil unseres Krankenversicherungssystems immanent ist, auch das bewusste Leitbild des Gesundheitswesens wird. Das wäre sowohl eine politische Aufgabe als auch ein Aufruf an alle Behandler und Patienten: Wer nicht nur arbeitet, um Geld zu verdienen, sondern die Arbeit mit Patienten als eine ganz besondere soziale Dienstleistung versteht, sollte Partnerschaft und Solidarität zum Leitmotiv machen. Doch das ist Utopie, Ideologie, ja Geschwätz angesichts der rauen gesundheitspolitischen Wirklichkeit.

Eine zweite Konsequenz hieße: Patienten müssten zur gesellschaftlichen Kraft werden. Solange sie nur individuell auftreten, wird es zwar natürlich hier und dort partnerschaftliche Arzt-Patient-Kontakte geben, aber unser Gesundheitswesen wird nach wie vor paternalistisch bleiben, und Patienteninteressen werden von Anderen im Munde geführt: von Ärzten (und Zahnärzten), von Krankenkassen (und -versicherungen), aber nicht von Patienten.

⁴ Auch die Kostenträger verdienen am Gesundheitswesen – etwas gehässig formuliert: Je mehr sie am Patienten sparen, desto mehr bleibt für sie selber übrig...

Die Qualität von Restaurationen

FDI-Stellungnahme

- Eine qualitativ einwandfreie Restauration sollte die Integrität des umgebenden Zahn- und Oralgewebes fördern und Form, Funktion und Eigenschaften des Zahnes zur langfristigen Zufriedenheit des Patienten nachahmen.

- Die qualitative Beurteilung einer Restauration sollte neben der Prognose und technischen Ausführung auch die Bedürfnisse bzw. Wünsche des Patienten einschließen. Eine Qualitätsbeurteilung kann daher nur Gültigkeit besitzen, wenn sie vom Zahnarzt in einem klinischen Umfeld durchgeführt wurde.

- Die Zufriedenheit des Patienten in Bezug auf Ästhetik, Empfindungsvermögen, Oberflächenstruktur und Form ist ebenfalls ausschlaggebend für die Qualitätsbestimmung.

- Zwar stehen die Qualität der Restauration und technische Leistung in Relation zueinander; jedoch dürfen sie nicht als synonym betrachtet werden. Gewöhnlich verschlechtert sich der Zustand einer ursprünglich technisch einwandfreien Restauration im Laufe der Jahre, was qualitätsabhängig sein mag oder auch nicht. Eine technisch tadellose Restauration ist lediglich ein Faktor von vielen, die ihre Qualität ausmachen.

- Material, behandelnder Zahnarzt und Patient sind die drei Hauptverursacher in Zusammenhang mit dem technischen Qualitätsrückgang einer Restauration.

Seitens des Zahnarztes sind klinische Erfahrung, Stadium des Zahnverfalls, Gestaltung bzw. Größe der Kavität, gewähltes Restaurationsmaterial und seine Handhabung, Isolation des zu restaurierenden Areals, Restaurationstechnik und Finieren jeweils ausschlaggebende Faktoren. Auf Seiten des Patienten bestimmen Alter und Geschlecht, Mundgesundheit, intraorale Lage, Bisskraft, Kariesaktivität sowie Mikroflora der Mundhöhle den Restaurationserfolg entscheidend mit.

- Zum Teil mangelt es an fundiertem bzw. detailliertem Wissen in Bezug auf die Auswirkungen von material-, zahnarzt- und patientenbedingten Faktoren auf die klinische Qualität von Restaurationen. Nicht zuletzt erschwert der spezielle Einfluss spezifischer bzw. individueller Faktoren deren Trennung von den übrigen Faktoren, da zwischen ihnen ein Zusammenhang besteht.

6/2001 fdi-world

Hinweisen möchten wir in diesem Zusammenhang auf den nächsten FDI-Kongreß, der vom 1. bis zum 5. Oktober 2002 in Wien stattfindet und mit einem sehr attraktiven Programm aufwartet. Für den im Umfang einem Crash-Kurs fast der gesamten Zahnmedizin vergleichbar gewährt das FDI nun allen Kollegen der Mitgliedsländer ermäßigte Teilnahmegebühren. Bitte die aktuelle Hinweise in unseren Standesorganen beachten. forum-Redaktion

Zahnarzttest à la Vereinte

Eberhard Riedel, München

Hubert P. hatte eine dieser unruhigen Nächte. Am Tag vorher war auf seinem Konto die Erstattungsleistung seiner Versicherung für seine letzte Zahnbehandlung eingegangen, und dieses erinnerte ihn ständig auf unangenehme Weise daran, nunmehr auch gegenüber seinem Zahnarzt endlich die Rechnung zu begleichen.

Er ging schon über 12 Jahre in die gleiche Praxis. Überwindung kostete es ihn jedes Mal, obwohl er mit den Leistungen, die er im Laufe der Zeit erhalten hatte, im Großen und Ganzen zufrieden war. Nur besonders dann, wenn wieder einmal die Begleichung einer Rechnung anstand, fragte er sich doch, ob er denn alles Geld auch wirklich richtig investierte. Er hatte viel gelesen von Falschabrechnungen und dem verborgenen Pusch im Mund, der oft erst nach Jahren zum Vorschein kommt und dann den betreffenden Zahnarzt plötzlich in ein schlechtes Licht rückt.

„Wer weiß“, dachte er, „was ein anderer Zahnarzt sagen würde, wenn er meine Zähne sieht? Vielleicht: Alles Schrott, wir müssen alles neu und anders machen!“ Und weiter überlegte er: „Es macht eventuell Sinn, nach so langer Zeit einmal den Zahnarzt zu wechseln. Nur wie weiß

ich, ob der neue mir dann wirklich die Wahrheit sagt? Vielleicht will der auch nur sein Geld mit meinen Zähnen verdienen?“ Hubert P. fiel in einen unruhigen Schlaf.

Als er am nächsten Tag seine Rechnungsunterlagen durchstöberte, fiel ihm ein Heft seiner Versicherung in die Hände. „Wieder so ein überflüssiges Magazin, dachte er, „das meine Monatsprämie auch nicht gerade billiger macht!“ Beim Durchblättern fielen dann aber seine Augen auf eine Überschrift, die ihm gerade gelegen kam: **Wie gut ist Ihr Zahnarzt?** Da hatte er des Rätsels Lösung nun schwarz auf weiß vor Augen: eine 9-Punkte-Liste mit verschiedenen Kriterien, um als Patient seinem Zahnarzt auf die Finger schauen zu können und Gründe für einen Praxiswechsel zu erkennen. Kurz und unkompliziert kam ihm die Liste vor, „vielleicht damit sie jeder schnell auswendig lernen und jederzeit heimlich überprüfen kann“, dachte er.

Punkt für Punkt ging Hubert P. die Fragen durch, die abhängig von der Bedeutung des Kriteriums mit Wertungspunkten zwischen 1 und 4 versehen waren. Nur 21 Punkte musste er zusammenbekommen, um von seinem Zahnarzt weiter überzeugt sein zu dürfen.

„Bei meinem Zahnarzt muss man maximal 20 Minuten warten“ lautete das

1. Kriterium, mit einem Punkt bewertet. Hubert P. hatte selten länger als 10 Minuten im Wartezimmer zugebracht. Dann saß er immer schon in einem der 4 Behandlungsräume auf dem Zahnarztstuhl. Die Behandlung ließ dann zwar oft auch noch 10 oder 20 Minuten auf sich warten und wurde zudem regelmäßig wegen irgendwelcher anderer Sachen unterbrochen. Hubert P. war aber voll der Bewunderung für seinen Zahnarzt, wie der wieselflink zwischen all seinen Zimmern hin- und hersprintete und es schaffte, in kürzester Zeit die größten Füllungen zu legen.

„Die Praxis ist sauber und gepflegt“, hieß es für einen Wertungspunkt weiter. „Nun ja“, dachte Hubert, „so chemisch, wie es überall riecht, muss es bestimmt sauber sein. Da könnte man vom Fußboden essen. Die Katze, die zur großen Freude der kleinsten Patienten durch alle Zimmer turnt, tut das jedenfalls“. Auch diesen Punkt gab er gerne.

Das 3. Kriterium war mit 2 Punkten bewertet und lautete: „Das Personal kümmert sich bei unangenehmen Eingriffen besonders um mich“. Auch dieses konnte Hubert aus voller Überzeugung bestätigen. Vor 2 Jahren, als 9 Zähne auf einmal mit Kronen und Inlays versorgt worden waren, sah Hubert vor lauter Personal sogar den Zahnarzt kaum. Der musste nur mehrmals kurz hereinschauen und in gekonnter Schnelligkeit den Bohrer schwingen. Alle Abdrücke, Verdrängungsfäden und Pro-

visorien wurden von zwei geschickten jungen Damen erledigt. Er staunte erst recht nicht schlecht, als beide am Schluss zum Dank für das reichliche Trinkgeld ihm stolz erzählten, dass sie beide Lehrlinge in 2. und 3. Schuljahr seien. In der nächsten Sitzung kümmerte sich dann noch ein Zahntechniker liebevoll um ihn, probierte die halb fertigen Kronen und Inlays in seinem Munde an und machte noch eine Bissnahme.

Beim nächsten Kriterium musste Hubert einen Moment überlegen, ob er wirklich alle vorgesehenen 4 Punkte vergeben konnte: „Der Zahnarzt erklärt notwendige Maßnahmen ausführlich und informiert auch über mögliche Alternativen“, las er. Oft schon hatte er den Eindruck gehabt, dass sein Zahnarzt nur mit seinem großen Latinum angeben wollte und später einfach nicht mehr nachgefragt, wenn er über das pfeifende Turbinengeräusch eh nichts verstanden hatte. „Als Privatpatient will ich sowieso nur das Allerbeste!“ hatte er immer seinem Zahnarzt versichert, worauf dieser ihn tatsächlich auch aufgeklärt hatte, das in seiner Praxis sowieso nur allerbeste Leistungen verkauft würden. Als Hubert damals ganz neu in der Praxis erschienen war, empfand er gleich viel Dankbarkeit dafür, dass der neue Zahnarzt ihn sofort über einen immensen Behandlungsbedarf aufklärte, während der alte sich immer nur auf kleine billige Füllungen beschränkt hatte. Die 10 Kronen, die er kurze Zeit später bekam, waren zwar nicht billig,

aber schließlich war er auch über die Alternative aufgeklärt worden: 'Gehen Sie sonst zum Kollegen um die Ecke, da zahlen Sie bestimmt mehr!'. Hubert P. vergab 3 Punkte.

In diesem Zusammenhang konnte er auch gleich das 5. und 6. Kriterium eindeutig bewerten, wofür zusammen immerhin 7 Punkte zu Buche schlugen: *„Wichtige Entscheidungen werden in einem Gespräch getroffen und nicht, während ich auf dem Behandlungsstuhl sitze“* und *„Ich werde vor der Behandlung genau über die anstehenden Kosten aufgeklärt“*. Geredet wurde mit ihm im Behandlungszimmer tatsächlich kaum. Mit offenem Mund hätte er ja auch nicht antworten können. Die Untersuchung hatte auch viel zu kurz gedauert, um seinem Zahnarzt im Stuhl noch eine Frage zu stellen. Kurz bevor dieser gleich wieder den Raum verlassen hatte, rief er seiner Helferin zusammen mit ein paar Zahnbezeichnungen nur telegrammartig *„Röntgen und Kostenvoranschlag!“* zu. Kurz darauf erhielt Hubert P. dann von einer Sekretärin am Empfang den Kostenvoranschlag zusammen mit einem Kugelschreiber zugeschoben. Und tatsächlich war es auch erst dort, wo er sich mit seiner Unterschrift für diese Behandlung entschied, nicht ohne sich von der Sekretärin einige Erläuterungen zu den Kosten geben zu lassen, die im etwas unübersichtlichen Ausdruck umfangreich aufgelistet waren.

Wie sich später herausstellte, waren die geschätzten Kosten zu niedrig angesetzt worden. Erklärt wurde Hubert P. aber, dass während der Schleifarbeiten erkennbar geworden war, dass auch eine Zahnfleischbehandlung notwendig sei, die der Doktor gleich mit gemacht hätte. Die Kosten dafür waren eben vorher nicht abschätzbar gewesen. *„Ein Glück, dass ich nun einen so umsichtigen Zahnarzt gefunden habe“* dachte Hubert damals, *„da zahle ich den Mehraufwand natürlich gerne“*.

Auch das 7. Kriterium überzeugte ihn daher noch stärker von der Qualität seiner Praxis: *„Prophylaxe wird groß geschrieben: Ich werde regelmäßig an Kontrolltermine erinnert und über die richtige Zahnpflege informiert“*. *„Der ständigen Prophylaxe habe ich es sicher zu verdanken, dass ich noch nie im Leben Zahnfleischbluten, vertiefte Zahnfleischtaschen oder Entzündungen gehabt habe“*, dachte Hubert. *„Und wie gut habe ich es, dass auch immer noch der Zahnarzt nachschaut und meistens etwas zum Reparieren findet. In dieser Praxis kümmert man sich wirklich individuell um mich“*.

18 Punkte waren nunmehr zusammen, da machte das 8. Kriterium mit 4 Punkten Hubert P. etwas Kopfzerbrechen: *„Füllungen halten mindestens 6 Jahre“*. Volle 4 Punkte hierfür würden seinen Zahnarzt endgültig über die 21-Punkte-Qualitätsgrenze bringen. Er grübelte, was er denn für Füllungen erhalten hatte. Einerseits

war er einmal wenig erfreut, als ein adhäsiver Frontzahn-Eckenaufbau schon nach 5 Jahren den Scherkräften nicht mehr standhielt. Aber schließlich hatte er schon wesentlich mehr große Goldinlays als Kunststofffüllungen bekommen. Und die hatten beim ersten Mal immerhin 6 Jahre gehalten. Hubert P. vergab noch einmal volle Punktzahl.

Und auch das letzte Kriterium bewertete er mit allen 4 möglichen Punkten: *„Füllungen und Kronen fühlen sich im Mund gut an, sehen gut aus und lassen genug Spielraum für Zahnseide“*. Besonders über die glatten Kauflächen, die nicht so zerklüftet wie seine eigenen Zähne früher waren, hatte sich Hubert P. immer gefreut. In die Zahnzwischenräume, in denen sich häufig eingedrückte Fleisch- und Pflanzenfasern festsetzten, drang auch seine Zahnseide ohne jeglichen Widerstand ein.

Früher hatte Hubert P. in einer zahnärztlichen Informationszeitschrift, die im Wartezimmer seines Zahnarztes ausgelegt hatte, einmal gelesen: *„Über 90 % der Patienten in Deutschland geben ihrem Zahnarzt*

gute Noten“. Was er damals nicht recht glauben wollte, hatte er nun zumindest für seinen Zahnarzt wissenschaftlich ermittelt. Leichten Herzens griff er zum Kugelschreiber, um den Überweisungsdruck auszufüllen.

Ähnlichkeiten mit tatsächlich existierenden Zahnarztpraxen sind nicht zufällig und erwünscht. Der 9-Punkte-Zahnarzttest erschien im November 2001 im Magazin „In Zukunft eins“ der Vereinten Krankenversicherung AG München. Hubert P. allerdings ist eine Erfindung der Redaktion und steht daher als Idealpatient leider nicht zur Verfügung.

S+P
schmid paula oHG
dentallabor

gemeinsam auf
Erfolgskurs

Medizin & Technik

Qualität und Leistung seit über **25 Jahren**
erfolgreiche Dentaltherapie ...
kombiniert mit Prothetik
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Ihre Zahntechnikermeister B. Hoffmann – W. Lipinski
Bruderwöhrdstraße 10 93055 Regensburg
Telefon 0941/791521 Telefax 0941/792511
info@schmidundpaula.de www.schmidundpaula.de

bella Dent[®]

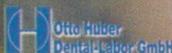
Voll^{Keramik} im Trend.



Vollmoellersstr. 17C
70569 Stuttgart
Tel. 0711 734084
Fax 0711 7351510



Liebfrauenstr. 1
29549 Bad Bevensen
Tel. 05821 99080
Fax 05821 43192



Schloßstr. 21
86573 Obergriesbach
Tel. 08251 40000
Fax 08251 81181



Griesweg 29
78570 Mühlheim
Tel. 07463 8031
Fax 07463 5052



Altenteinstr. 59
14195 Berlin
Tel. 030 8315031
Fax 030 8315706



Lutrinastrasse 2-4
67655 Kaiserslautern
Tel. 0631 68600
Fax 0631 66072

- Vollkeramik
- Kronen & Brücken
- CAD/CAM-Technologie
- Patienten-Broschüre
- auch für Praxislabors

0800 - 2355233
info@bellaDent.de

bellaDent ist exklusiv.
bellaDent bietet ökonomischen Nutzen für ihre Praxis
und für ihr Praxislabor. Wenn Sie mehr über eine Partner-
schaft erfahren möchten, rufen Sie bitte unsere kostenlose
Service-Nummer, oder direkt in einem Labor an.

Praxisgewinne durch BEL-Dumping – Das falsche Einkaufsmodell

Eberhard Riedel, München

Der seit ca. zwei Jahren ausgeübte Druck einzelner Krankenkassen auf die Preisgestaltung im Bereich der Zahntechnik hat seit Ende des letzten Jahres eine neue Dimension erhalten. Offenbar war bislang die zahnärztliche Akzeptanz gewerblicher Labore, die sich z.B. mit den Ersatzkassenverbänden auf Preisreduktionen gegenüber der BEL II geeinigt hatten, nicht so gewaltig, dass nun die BKK Hamburg einen (un-)gehörigen Schritt weiter ging.

Während früher unsere Patienten selbst angeschrieben worden waren, um ihren Zahnarzt zur Beauftragung eines preisgünstigen Labors zu motivieren, so wandte sich die BKK Hamburg nun direkt an alle Zahnärzte im Hamburger Raum und informierte über die mit einem überregional arbeitenden Labor vereinbarten BEL-Preisabläufe. Das Neue: Die Einsparungsbeträge sollen zu einem Drittel als zusätzliches Honorar direkt in die Taschen der beauftragenden Zahnärzte fließen.

Beitragserkrankung Hamburg, ZDR-Hamburg

Praxis
Dr. med. dent. [REDACTED]
[REDACTED] Hamburg

Rachstein von: Bitte erst anfragen Telefon: 040 259 63 00 Fax: 040 259 63 01
Teilm Zahnersatz Kosten: 2894

Kostenersparnis beim Zahnersatz

Sehr geehrte Damen und Herren,
möchten Sie mitteilen, die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken und gleichzeitig hiervon profitieren? Dann haben wir folgendes Angebot für Sie:

Für jeden hergestellten Zahnersatz übernimmt das Dentallabor XXXX eine **Garantie von fünf Jahren**. Diese Qualitätssicherungsmaßnahme eröffnet uns, der BKK Hamburg, nach dem SGB V (§ 136 b Abs. 2 Satz 8) die Möglichkeit, Sie als behandelnden Zahnarzt an der **Kostenersparnis direkt teilhaben** zu lassen. Einzige Voraussetzung ist, dass die Verlängerung der Gewährleistungsfrist über Sie an die Versicherten weitergegeben wird. Dies geschieht ganz ohne persönliches Risiko! Denn die Gewährleistungsregelungen für Ihre im Rahmen der Zahnersatzleistungen notwendig werdende zahnärztliche Behandlung bleiben völlig unberührt.....

Um Ihnen eine Vorstellung von der für Sie möglichen Kostenersparnis zu geben, hier folgendes Beispiel:

	Kombinierter Zahnersatz	Teleskopversorgung
Laborkosten	5.500 DM	2.500 DM
Angebot XXXX	3.100 DM	1.500 DM
Einsparung	1.400 DM	1.000 DM
Kassensanteil (60%)	840 DM	600 DM
Ihr Vergütungszuschlag	280 DM	200 DM

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Vob
Leiter Kundenservice

Und nicht nur sollen die Kosteneinsparungen für im Ausland angefertigten Zahnersatz bis zu 40% betragen, sondern die zahntechnische Gewährleistung gleichzeitig auf 5 Jahre verlängert werden.

Der erste Blick verheißt sensationelle Vorteile für Patienten, Krankenkassen und Zahnärzte, wobei uns das enorme betriebswirtschaftliche Risiko der beteiligten Labore ja nicht direkt zu kümmern braucht. Auch separate Honorarvereinbarungen zwischen Kassen und einzelnen

BKK
Hamburg

Telefon (040) 259 63 00
Telefax (040) 259 63 01
E-Mail: info@bkk-hh.de
www.bkk-hh.de

Kundenerservice
Mo-Fr 9:00 - 18:00 Uhr
Sa 9:00 - 14:00 Uhr
Sonn- und Feiertage Ruhetage

Beitragserkrankung
Hamburg
Kassennummer des
Beteiligten (Kass.Nr.)

Beitragserkrankung
Hamburg
Kassennummer des
Beteiligten (Kass.Nr.)

Hausarzt
Name/Adresse/PLZ
PLZ/Ort (Geburtsort)
PLZ/Ort (Geburtsort)
Geburtsdatum
Geburtsort

Kassennummer
PLZ
Geburtsdatum
Geburtsort
Geburtsdatum
Geburtsort

Zahnärzten im Sinne eines Einkaufsmodells erlaubt das SGB V, sofern diese Zahnärzte längere Gewährleistungsfristen einräumen. Warum also wieder herum-mäkeln, wenn doch eigentlich alle zufrieden sein können?

Bei allem Respekt vor notwendigem Erfindungsreichtum, der zur strukturellen Verbesserung im Gesundheitswesen dringend gebraucht wird, muss aber doch dieser Art der Kostendämpfung ganz entschieden widersprochen werden, da sie eindeutig

gegen geltendes Berufsrecht verstößt. Die Rechnung wurde buchstäblich ohne den Wirt gemacht, denn weder die Krankenkassen noch unsere Patienten haben irgendeine rechtliche Beziehung zu den gewerblichen Laboratorien. Der einzige, der ein Labor beauftragen kann und damit eine rechtliche Beziehung zu ihm eingeht, ist die Zahnärztin oder der Zahnarzt. Vergessen wird hier und wurde bislang von Kassenseite immer ganz offensichtlich, dass das Zahntechnikerhandwerk ein in höchstem Maße unselbständiges Gewerbe darstellt, das ausschließlich im zahnärztlichen Auftrag und auf zahnärztliche Weisung handeln darf. Folgerichtig kann eine Gewährleistung auch immer nur der beauftragenden Praxis eingeräumt werden.

Ein Gewährleistungsanspruch für den Patienten entsteht erst aufgrund seines Behandlungsvertrages mit dem Zahnarzt, und zwar völlig unabhängig von der Haftung eines technischen Labors, die nur im Innenverhältnis mit dem Zahnarzt zum Tragen kommt. Honorarzuschläge sind aber erst dann statthaft, wenn auch der Zahnarzt längere Gewährleistungsfristen einräumt, und zwar nicht nur auf den technischen Anteil seiner Arbeit. Genau dieses macht die BKK Hamburg aber nicht zur Bedingung, weshalb Honorarvorteile von den Zahnärzten nicht angenommen werden dürfen.

Ein weiterer Umstand wird in diesem Zusammenhang von den Kassen schon seit Beginn des Druckes auf das BEL-Niveau ignoriert: Die Auswahl des Zahntechnikers durch den Zahnarzt unterliegt ganz ähnlichen Kriterien wie die Zahnarztwahl durch den Patienten. Ob im Praxislabor

oder im gewerblichen Betrieb: immer kommt es entscheidend auf das Vertrauen an, das der beauftragende Behandler, unter größtmöglicher Wahrung der Interessen seines Patienten, dem tätigen Techniker entgegenbringen kann. Der Prothetiker möchte schließlich schon vorher wissen, wie die Keramikverblendung in Form und Farbeindruck ausfällt, wie ein Modellgussgerüst im Detail gearbeitet wird oder wie eine funktionelle Prothesenbasis geformt ist. Bei ‚seinem‘ Labor weiß er das in aller Regel, während beim Auslandsimport auch die beste meisterliche Nachkontrolle nicht verhindern kann, dass in Fernost mal der eine, mal ein ganz anderer Techniker arbeitet. Qualitätsunterschiede, die in der Zahntechnik auch schon bei leichten individuellen Schwankungen erheblich sein können, sind also ganz unvermeidlich, ganz zu schweigen vom oft nötigen persönlichen Kontakt zwischen Patient und Techniker in der Zahnarztpraxis. Nur fair wäre es von Kassenseite gewesen, darauf hinzuweisen, dass es sich bei Zahntechnik, die mit 40% Abschlag gefertigt wird, nur um Billigware handeln kann, die in ihrer Ausgestaltung erheblichen Schwankungen unterliegen dürfte.

Dieses undurchdachte und rechtlich unhaltbare Vorgehen der BKK Hamburg greift auf unverantwortliche Weise in das empfindliche Vertrauensdreieck Patient/Zahnarzt/Zahntechniker ein. Nicht nur kann eine solche Praxis dem Zahntechnikerhandwerk insgesamt großen Schaden zufügen, auch wir Zahnärzte müssen uns den bohrenden Fragen der so ‚informierten‘ preisbewussten Patienten stellen und haben es vermutlich manchmal schwer, nicht als Preistreiber verkannt zu werden.

Den Krankenkassen muss also vor Augen geführt werden, dass es auf diesem Wege eben keine Gewinner, sondern ausschließlich Verlierer geben kann:

- unsere Patienten, die selten die individuelle Qualität bekommen werden, die ihnen gerade die Kassen in Farbprospekten gerne versprechen,
- das Zahntechnikerhandwerk, das einen derartigen Preiskampf nicht führen kann und nur durch zunehmende Laborpleiten und verstärkte Arbeitslosigkeit reagieren würde,
- die Krankenkassen selbst, auf die sicher eine zunehmende Zahl von Mängelgutachten zukommen wird und
- nicht zuletzt die Zahnärzte, hinter deren Rücken in deren ureigenste Belange eingegriffen wurde und die nun zu allem Überfluss gegenüber ihren Patienten in Erklärungsnot kommen.

Gewarnt seien die Kassen auch vor dem Fielmann-Effekt: Was heute eine von Kassen- und werbesponsorierte geschickte Werbekampagne einzelner zu Höherem berufenen Großlaborinhabern ist, wird, konsequent zu Ende gedacht, allzu leicht zu einer zunehmenden pleiten- und fusionsbedingten Monopolisierung und letztlich zum Angebotsdiktat einiger weniger verbliebener Großbetriebe führen. Das regionale Zahntechnikerhandwerk aber darf genauso wenig in seiner Existenz gefährdet werden wie die Ausübung der Zahnheilkunde in freier Praxis, um nicht noch weitere Qualitätseinbußen hinnehmen zu müssen. Marktwirtschaftliche Elemente im Gesundheitswesen, die auch bereits bei der Konkurrenz der Kassen untereinander zu großen Problemen geführt haben, können so lange nicht funktionieren, wie ein Wettbewerb zwischen den

ärztlichen Leistungen selbst nicht gewünscht ist.

Auch hier zeigt sich wieder, wie zwecklos ein Herumschrauben an den althergebrachten GKV-Strukturen und wie unumgänglich damit eine grundlegende Reform ist. Alle Beteiligten sollten möglichst bald erkennen, dass nicht das Schaffen eines künstlichen Wettbewerbs, Preisdumping, Beitragserhöhungen oder gar eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze das GKV-System retten können. Eine ehrliche Antwort auf die gestiegenen und sicher weiter steigenden Gesundheitskosten kann nur noch eine deutliche Beschränkung der GKV-Leistungen auf die nötigsten Versorgungen sein, wobei die entsprechend dem Honorarniveau zu fordernde Qualität von uns Zahnärzten unter Beweis zu stellen ist.

Letzte Meldung aus Hamburg (aus einem Rundschreiben der KZV-HH vom 06.02.02):

...Mit unserem Rundschreiben Nr. 11/2001 vom 30.11.2001 haften wir Sie bereits vor einem irreführenden Angebot der BKK-HH zur Zusammenarbeit gewarnt. In dieser Angelegenheit ist zwischenzeitlich ebenfalls die Aufsichtsbehörde unterrichtet worden. Die Zahntechnikerinnung Hamburg hatte die Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs eingeschaltet.

All das scheint die BKK-HH nicht zu stören. Mit Versichertengeldern werden neuerdings Anzeigen im Hamburger Abendblatt, in der Bildzeitung und in der Hamburger Morgenpost geschaltet mit dem Hinweis, man solle Mitglied werden, weil die BKK-HH besonders günstigen Zahnersatz anbiete....

Wir haben der BKK-HH gegenüber Stellung bezogen, sie abgemahnt und zu einer Unterlassungserklärung aufgefordert.

Unsere Auffassung allerdings ist auch, dass in erster Linie die Aufsichtsbehörde gefordert ist, von sich aus unmittelbar einzuschreiten, um den u. E. rechtswidrigen Treiben ein Ende zu bereiten bzw. die übrigen Krankenkassen, die sich als Mitbewerber darüber Gedanken machen müssten, gegen den in unseren Augen unlauteren Wettbewerb vorzugehen und rechtliche Schritte zu unternehmen.

Der mündige Bürger wird hoffentlich aufgeklärt genug sein, falschen Verlockungen zu widerstehen und die Wahl für die richtige Krankenkasse treffen....

Randschluss von Kronen aus dem Ausland

Ergebnisse einer Untersuchung zur Qualitätssicherung

Thomas Kerschbaum und
Franz-Josef Faber

In einer Qualitätsuntersuchung wurde der Randschluss von künstlichen Zahnkronen aus dem Ausland (Gusskronen aus Edelmetall und metallkeramische Verblendkronen auf Hochgoldbasis) nach wissenschaftlichen Kriterien einer Kontrolle unterzogen und mit der Ergebnisqualität von gleichartigen Kronen aus deutschen Dentallaboratorien verglichen. Wesentliche Unterschiede zwischen den Kronen aus dem Ausland und denjenigen, die in Deutschland hergestellt worden waren, ergaben sich nicht.

Zahnersatz aus dem Ausland steht schon seit geraumer Zeit unter kritischer Beobachtung: Mal wird er angeschuldigt, Korrosion zu verursachen (Wirz 2001), mal vermitteln Untersuchungen katastrophale Behandlungsergebnisse (Arnetz 1995) oder dramatische Planungs- und Ausführungsfehler (Joss 1999). Verständlich und nachvollziehbar ist, dass die günstigen Preise im Ausland sowohl Patienten als auch Zahnärzte locken. In der Regel werden Kronen und Brücken aus dem Ausland etwa um die Hälfte billiger angeboten als in Deutschland, weil die Lohnkosten ein wichtiger Faktor im Herstellungsprozess sind.



Abb. 1: Zusammenstellung von Auswirkungen bei fehlerhaftem Kronenrand

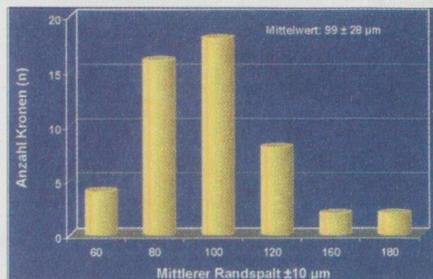


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der Messwerte dieser Untersuchung

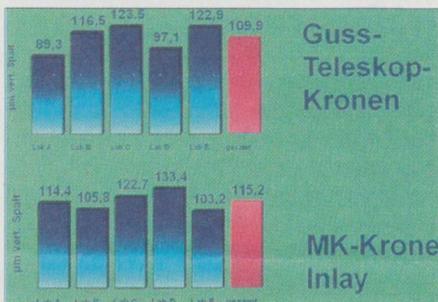


Abb. 3: Ergebnisse der vergleichbaren Untersuchung in deutschen Dental-Laboratorien

Auftrag

Der Randschluss von künstlichen Zahnkronen wird als wichtiges und unumstrittenes Qualitätskriterium von festsitzenden prothetischen Restaurationen angesehen. Fehlpassungen am Kronenrand können negative Auswirkungen für den Zahn und seine umgebenden Gewebe haben (Übersicht: Kerschbaum 1995 und 1999). Diese Fehler können sich unter anderem in Gewebetraumen, Sekundärkaries, parodontalen Läsionen, herabgesetzter Materialbeständigkeit, Hypersensibilität und Suprakontakten manifestieren (vergleiche Abbildung 1). Sie werden ebenso als begrenzend für den klinischen Langzeiterfolg einer Restauration angesehen. Selbstverständlich ist ein guter Randschluss nur eines von vielen Kriterien, die den Wert einer Krone ausmachen. Die Breite der Randfuge einer Krone ist aber mit Hilfe moderner Messtechnik im Labor hinreichend genau bewertbar, auch wenn wissenschaftlich fundierte Grenzwerte bis heute nicht plausibel begründet sind.

Wir hatten Gelegenheit, Zahnkronen der Firma Permadental Zahnersatz, Emmenrich, in einem eng umgrenzten Qualitätssicherungsprogramm zu untersuchen. Die Kronen wurden in einem Großlabor im Wirtschaftsraum Hongkong hergestellt und zweimal in der Woche per Flugzeug nach Deutschland ausgeliefert. Qualitätskriterium dieser Untersuchung war das Ausmaß der Randfuge auf dem Modellstumpf. Als Vergleichsmaßstab dienten in Deutschland hergestellte Einzelkronen, über die berichtet wurde (Kerschbaum, Porschen, 1998; Kerschbaum, Muschiolik, 2000).

Phasen der Untersuchung

Zunächst wurden in einer Vorstudie (Sommer 2000) orientierende Untersuchungen über die Qualität des Randschlusses bei 30 Einzelkronen angestellt; sie erbrachten konkrete Anhaltspunkte über Verbesserungsmöglichkeiten. Diese wurden im Rahmen einer qualitätssichernden Beratung des Laborleiters, der eigens deswegen nach Deutschland kam, umgesetzt. In einer zweiten Phase (Winter 2000/2001) wurden nach Zufall 50 Kronen (siehe unten) gezogen und untersucht. Über die Ergebnisse soll hier kurz berichtet werden.

Material und Methode

Bei der Vereinbarung über die Zusammenarbeit wurde Wert darauf gelegt, die Proben ohne Einflussnahme des Herstellers frei aus dem Kontingent versandfertiger unverblendeter und verblendeter Einzelgusskronen wählen zu können. Um die Probenziehung über einen größeren Zeitraum (Monate Dezember 2000 bis März 2001) zu streuen, wurde aus fünf mit dem Dentallabor abgestimmten Lieferungen, die aus über hundert Kronen und Brücken bestanden, eine Zufallsstichprobe von zehn Einzelkronen gezogen. Eine weitere unangekündigte Kontrolle mit zehn Kronen wurde im Juli 2001 angesetzt.

Um die Auslieferung der Kronen an die bestellenden Zahnärzte nicht zu verzögern, wurden in unserem Labor Replikate der auf dem Stumpf fixierten Kronen mittels eines additionsvernetzenden dünn fließenden Silikons (Deguform,

Firma Degussa, Hanau) und einer speziell gefertigten Doublieküvette (detaillierte Beschreibung siehe Porschen 1998) gewonnen, in Araldit umgesetzt, auf Proben Tellern fixiert, mit Gold besputtert und exemplarisch im REM fotografiert. Es wurde sichergestellt, dass die Kronen optimal auf den Modellstümpfen positioniert waren; sie waren im Bereich der Präparationsgrenzen nicht mit Distanzlack beschichtet.

Alle Proben wurden an je zehn Messstellen, von denen je drei vestibulär und oral und je zwei approximal lagen, graviert und unter einem Stereomikroskop bei 40facher Vergrößerung (Wild M3C, Leitz, Wetzlar) nach der von Fercho (1994) evaluierten Methode von einem geschulten und erfahrenen Zahntechniker vermessen.

Mit Hilfe der vorgestellten Replikatechnik ist es möglich, gegossene Restaurationen im alltäglichen Betriebsablauf eines gewerblichen Dentallabors zu doublieren und zu einem späteren Zeitpunkt mit geringer Fehlerquote zu vermessen (Fercho 1994, Groten und Mitarbeiter 1998). Als Messstrecke wurde die absolute marginale Diskrepanz (nach Holmes 1989) verwendet. Die Kronenrandkontur wurde an den zehn Messstellen je Krone bestimmt. Fünf der 500 Messstellen konnten aufgrund von Artefakten nicht bewertet werden. Die Auflösung der Messmethode betrug $\pm 5 \mu\text{m}$.

Ergebnisse

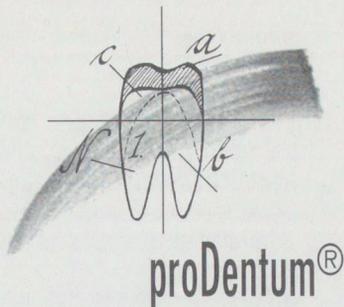
50 Kronen wurden in der ersten Serie ausgewertet. Zwischen Krone und Mo-

dellstumpf konnte im Mittel der zehn Messstellen ein Randspalt von $99 \mu\text{m}$ ($\pm 28 \mu\text{m}$) ermittelt werden (Abbildung 2). Eine beachtliche Streuung der Messwerte wurde festgestellt (60 bis $180 \mu\text{m}$). Die unangekündigte Kontrolle von zehn Kronen in diesem Sommer lag mit durchschnittlich $119 \mu\text{m}$ ($\pm 49 \mu\text{m}$) in der gleichen Größenordnung, so dass angenommen werden kann, dass der Qualitätprozess etabliert ist.

Vergleich mit deutschen Laboratorien

Vergleiche mit den in Deutschland (südliches Rheinland, Ruhrgebiet) gezogenen Stichproben ermöglicht die Abbildung 3. Sie zeigt, dass Randschluss-Ungenauigkeiten in der gleichen Größenordnung ($110 \mu\text{m}$, $\pm 34 \mu\text{m}$) lagen, wie dies auch in dieser Studie aufgedeckt wurde, das heißt deutliche Abweichungen in der Ergebnisqualität, die deutsche Labors liefern, ließen sich nicht feststellen.

Im Rahmen der aktuellen Diskussion über Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde sind zwar bisher keine Grenzwerte zur Randspaltdiskrepanz gegossener Restaurationen festgelegt worden, jedoch hält die Mehrzahl der Autoren (vergleiche die Diskussion bei Kerschbaum 1995 und 1998) eine Randfugenbreite von unter $100 \mu\text{m}$ für erstrebenswert. Dieser Grenzwert wäre mit den hier geprüften Kronen keinesfalls zu erreichen. Aber auch die von Marxkors (1988) für tolerabel gehaltenen $200 \mu\text{m}$ wären mit hoher Wahrscheinlichkeit kaum zu erzielen, wenn man die notwendigerweise auftretenden Diskrepanzen zum Originalstumpf ebenso in Betracht zieht wie jene, die durch den Zementierungspro-



Damit ein Lächeln
nicht
Die Welt kostet!

Seit 10 Jahren....

..... liefert **proDentum®** Dentaltechnik bundesweit erstklassigen Zahnersatz zum verblüffend günstigen Preis und zur Freude der Patienten. Zum Nutzen der Zahnarztpraxis, die dadurch auf verstärkte Empfehlungen zählen kann. Die Spezialisierung auf die Verwendung von NEM und TITAN aus Verträglichkeits- und Kostengründen begeistert unsere vielen Kunden seit langem. Auch weil wir eine extrem niedrige Reklamationsrate z.B. bei Kombi-Arbeiten verzeichnen.

Die BEL-Preislisten haben wir mindestens um 20% abgesenkt!

Unsere Preise für außervertragliche Leistungen sind fast sprichwörtlich:

Keramikverblendung:	ab Euro 29 (AVV 29)	Goldinlay:	Euro 55
Teleskop:	ab Euro 99 (AVT 99)	Empress-Inlay:	Euro 75

**Lassen Sie sich einen unverbindlichen Kostenvoranschlag erstellen.
Faxen Sie uns einen HKP, der hohe Laborkosten beinhaltet.
Vergleichen und staunen Sie!**

Kostenlos anrufen: 0800 - 469 00 80
E-mail: info@proDentum.de

Fax: 030 - 469 00 8 99
Internet: www.prodentum.de

zess entstehen. Es ist daher überaus wahrscheinlich, dass die definitiven Randschlussfehler in einer ähnlichen Größenordnung liegen, wie in Abbildung 4 bereits vorgestellt, also zwischen 300 und 500 µm.

Randschlußqualität in Großstudien			
Autor	Jahr	n Kronen	Randspalt µm
Albert	1971	264	70-251
Ludewig	1979	173	647 ± 636
Düsterhus	1980	110	< 160
Spiekermann	1986	142	382 (50-1425)
Donath	1987	115	632 (39- 5340)
Müller	1994	213	446 (± 277)

Abb.4: Klinische Randschlussergebnisse, zusammengestellt aus Großstudien (über 100 Kronen) unter Verwendung adäquater Methoden (Mikroskop).

Wichtig für diese Untersuchung erscheint uns die Tatsache, dass dieser Anbieter von ausländischem Kronenzahnersatz offensiv mit der Qualitätsbewertung seiner Produkte umgeht und belegen kann, dass er das gleiche Qualitätsniveau erreicht, das auch "Made in Germany" geliefert wird.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Thomas Kerschbaum
Vorklinische Zahnheilkunde
Kerpener Str. 32
50931 Köln-Lindenthal

Literaturliste:

Armetzl, O.: Prothetische Versorgung aus dem benachbarten Ausland ohne entsprechende Vorbehandlung und deren Folgen, Vortrag beim Österreichischen Zahnärztekongress 1995, Wien

Fercho, V.: Abformmethode zur Herstellung von Replika bei infragingival gelegenen Restaurationsrändern. Med. Diss., Köln 1994

Groten, M., Axmann, D. Pröbster, L., Weber, H.: Verlässlich-

keit von zirkulären Randspaltmessungen an Einzelkronen. Dtsch Zahnärztl Z 53S. 260- 265(1998)

Holmes, J. R.; Bayne, S. C.; Holland, G. A.; Sulik, W. D.: Considerations in measurement of marginal fit. J Prosthet Dent 62, 405 (1989)

Joss A., Christensen, MM., Jakob, S., Oberholzer, G., Lang, N.P.: Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn). Acta Med Dent Helv 4, 77 (1999)

Kerschbaum, Th.: Normierter Kronenrand? - Eine klinische Analyse. In: Heiners, Walther (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Anspruch und Wirklichkeit. Hüthig, Heidelberg, 1995, Symposium Karlsruhe (1995), S. 19-45

Kerschbaum, Th.: Kronen und Brücken - Langzeitergebnisse und Konsequenzen. In: B. Koeck (Hrsg.): Praxis der Zahnheilkunde Band 5, 4. Aufl. Urban und Fischer, München (1999), S. 379-391.

Kerschbaum, Th., Porschen, C.: Kronenrandschluß und Konturqualität in fünf Dentallaboratorien, Dtsch Zahnärztl Z 53, 620 (1998)

Kerschbaum, Th., Muschiolik, D. R.: Ergebnisqualität von metallkeramischen Verblendkronen und Keramik-Inlays in fünf Dentallaboratorien. Vortrag auf der 49. Jahrestagung der DGZPW, Berlin (4.2. 2000)

Marxkors, R.: Kriterien für die Prothetik, Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Zahnmedizin Studienhandbuch: Definitionsphase. Würzburg, März (1988)

Wirz, J.: Schwere lokaltoxische Erkrankungen durch "Billig-Legierungen". DZW 2001, Seite 1, Ausgabe 25

Nachdruck aus dem zm 91 (01.10.2001)

Spezielle Untersuchungen erlauben eine Aussage über diese Eigenschaften der untersuchten Objekte – sie lassen grundsätzlich noch keine Verallgemeinerung zu und decken keine "schwarzen Schafe". In diesem Artikel wurden wichtige Kriterien an den Arbeiten von einem Auslandslabor untersucht und mit den Arbeiten einiger inländischer Labore verglichen. Wir Zahnärzte stehen als Behandler und Auftragsgeber immer in der Verantwortung und müssen uns mit unseren Möglichkeiten der Qualität vergewissern – dazu bietet uns der Artikel von Prof. Kerschbaum einige wertvolle Hinweise.

Die Redaktion

Das Rauschen im Schilderwald

Wolfram Kolossa, Schönberg

In den Zahnärztekammern der Republik wird seit einem halben Jahr intensiv um die Ausgestaltung der Praxisschilder gerungen. Die schleswig-holsteinische Zahnärztekammer prescht jetzt unter dem Slogan "Das Praxisschild bekommt Freiheit" vor und dereguliert die Angaben auf den Praxisschildern.

Was war geschehen?

Kollegen hatten das Bundesverfassungsgericht angerufen und dieses entschied am 23. Juli 2001 gegen ein generelles Werbeverbot: "Verboten ist nur die berufswidrige Werbung. Erlaubt ist hingegen ein nicht irreführender Hinweis auf eine tatsächlich erfolgte Spezialisierung, die möglicherweise, aber nicht notwendig auf einer Fortbildung beruht."

Grundsätzlich ist eine Außendarstellung der zahnärztlichen Praxis, z.B. auf dem Praxisschild in 3 Varianten denkbar (dabei gibt es natürlich zusätzliche Variationen dieses groben Rasters):

Variante 1 (=status quo): stark reglementiert

Wie bisher üblich ist auf dem Praxisschild lediglich die Angabe von

- Namen
- akademischem Grad
- Öffnungszeiten und
- ggf. Fachbezeichnung (z.B. Fachzahnarzt für Kfo) möglich.

Variante 2: zusätzliche Angaben mit (irgendeiner Art von) Zertifizierung: weniger starr reglementiert.

Ergänzend zu den bisher möglichen Angaben könnten Tätigkeitsschwerpunkte und

durch besondere Fortbildungen erworbene Qualifikationen genannt werden.

Sinnvoll wäre die Überprüfung und Zertifizierung der Angaben durch eine Institution, wie die ADA in den USA . Denkbar wäre in Deutschland die DGZMK, die BZÄK oder ein neu zu gründendes Institut. Ziel muss sein, nicht den einzelnen Zahnarzt zu prüfen. Der Veranstalter der Fortbildung sollte seine Qualifikationen und Inhalte offenlegen und dafür zertifiziert werden.

Variante 3: keine Beschränkungen, d.h. völlige Deregulierung

Der Zahnarzt schreibt, was er für richtig hält. Eine Kontrolle findet lediglich vor Gericht statt, wenn ein Kläger an dem Inhalt des Schildes Anstoß nimmt.

In allen Diskussionen wird immer das Informationsbedürfnis des Patienten in den Vordergrund gestellt. Ob die Angaben auf einem Schild das entscheidende Kriterium für aufgeklärte Patienten bei der Suche nach einem guten Zahnarzt sind, muss bezweifelt werden. Betriebswirtschaftlich gedacht nützen Ausgaben für Außendarstellung (vereinfachend Werbung genannt) der Zahnärzteschaft insgesamt nicht. Die dabei entstehenden Kosten führen, wenn überhaupt, lediglich zu Patientenwanderungen innerhalb des Berufsstandes. Allenfalls an den Rändern unserer Tätigkeitsbereiche sind zusätzliche Einnahmen denkbar, z.B. im Bereich Kosmetik in Konkurrenz zu (Haar-)Stylisten, Maniküren, Pediküren, u.ä.

Der Anteil der Zahnmedizin am gesamten Gesundheitsmarkt stagniert seit Jahren, selbst unter Berücksichtigung gestiegener Eigenleistungen der Versicherten. Dieses gilt sowohl für die GKV, als auch für die selbstzahlenden Patienten. In der vehem-

ment geführten Diskussion innerhalb der Zahnärzteschaft offenbart sich ein Verteilungskampf. Am Beispiel der Kieferorthopädie sind die Hintergründe leicht aufzeigbar:

* Fachzahnärzte sorgen sich um eine Entwertung ihrer Weiterbildungsgebiete. Immerhin haben sie nachprüfbare Anstrengungen unternommen, um ihren Status zu erreichen. Häufig kritisiert wird allerdings der Umstand, dass die Anzahl der Weiterbildungsstellen (unnötig?) begrenzt ist. Auch haben die Fachzahnärzte in den letzten Jahren weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit ihren Anteil am Budget Zahnmedizin zu Lasten der "Allgemein"-Zahnärzte deutlich ausgedehnt und, über die Behandlungsnotwendigkeiten lässt sich trefflich streiten.

* Fachlich versierte und fortgebildete Zahnärzte möchten in der Außendarstellung auf ihren Interessens- und evtl. auch Tätigkeitsschwerpunkt hinweisen.

* Zahnärzte, die mit Interesse und Unterstützung eines zahntechnischen Labors bei Planung und Betreuung Kieferorthopädie betreiben, wollen ebenfalls an den zur Verfügung stehenden Mitteln partizipieren.

* Die Masse der Kollegen versteht die Aufgeregtheit der Diskussion nicht. Gefühlsmäßig wollen sie keinen Wildwuchs im Schilderwald, wie er zum Beispiel in den USA üblich ist. Aber auch sie hätten Probleme, einen "Fachzahnarzt für Kieferorthopädie" von einem "Zahnarzt mit Kammerzertifikat Kieferorthopädie" oder einem "Zahnarzt Interessenschwerpunkt Kieferorthopädie" oder sogar einer "Klinik für Kieferorthopädie GmbH" nach ihrer fachlichen Kompetenz differenziert einzuschätzen.

Und der Patient würde wahrscheinlich

sogar einen "Kiefernorthopäden" aufsuchen...

Aber im Ernst, die freiwillige Aufgabe der Regelungskompetenz durch die Zahnärztekammern lässt die oben aufgezeigten Probleme ungelöst. Die strenge Einschränkung der Außendarstellung unserer Praxen ist sicherlich nicht mehr zeitgemäß. Eine schrittweise Liberalisierung bei definierten Rahmenbedingungen wäre der bessere Weg. Die Selbstdarstellung der einzelnen Praxis nach schwer nachvollziehbaren Kriterien ist jedoch kontraproduktiv.

Die schleswig-holsteinische Regelung, auf dem Praxisschild "sachliche, nachprüfbare und nicht irreführende, der Praxisinformation dienende Angaben" zuzulassen und gleichzeitig in der Berufsordnung vorzuschreiben: "Einen Tätigkeitsschwerpunkt darf nur verwenden, wer auf dem Gebiet nachhaltig tätig ist. Ein solcher Tätigkeitsschwerpunkt ist der Kammer anzuzeigen. Es dürfen nicht mehr als drei Schwerpunkte benannt werden." hilft nicht weiter.

Ausgewiesene Tätigkeitsschwerpunkte (nach eigenem Gutdünken) erleichtern den Krankenkassen zudem Einkaufsmodelle. Juristische Auseinandersetzungen um Praxisschilder versprechen einen hohen Unterhaltungswert und werden im deregulierten Raum das Interesse der sensationsgierigen Medien finden.

"Das Praxisschild bekommt Freiheit" formuliert ein Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer und lobt: "Liberaler Berufsausübung ist unser Ding." Doch dieses Verhalten erinnert an das laute Pfeifen im (Schilder-) Wald, um von dem eigenen Unwohlgefühl abzulenken.

PS.: Mich beruhigt erheblich, dass die erfolgreichen Zahnärzte in den USA ganz kleine unscheinbare Praxisschilder haben – weil ihre Patienten auf Empfehlung kommen !/

Wie bewerte ich neu auf den Markt kommende zahnmedizinische Produkte?

Stefan Zimmer, Berlin

Neuer = besser?

Wir leben in einer schnelllebigen Zeit. In unserem Beruf äußert sich das unter anderem darin, dass wir in kurzen Abständen mit immer neuen Produkten konfrontiert werden; diese sollen noch besser als ihre Vorgänger sein, obwohl bei deren Markteinführung bereits der Eindruck vermittelt wurde, der Gipfel der Qualität sei nun erreicht. Erst recht sind sie natürlich besser als alle Konkurrenzprodukte. Wenn wir also den Hochglanzbrotschüren der Industrie Glauben schenken, dann gibt es nur Produkte, die besser als alle anderen sind, oder wenn schon nur gleichgut, dann aber zumindest preisgünstiger. Für einen einzelnen Zahnarzt ist es schwierig, wenn nicht gar unmöglich, die Flut neuer Produkte fachlich zu bewerten und die richtigen für die Arbeit in seiner Praxis oder für die Empfehlung an seine Patienten auszusuchen. Am liebsten würden wir deshalb bei dem bleiben, was wir kennen und mit dem wir umzugehen gelernt haben. Sicherlich ist eine solche Haltung grundsätzlich gar nicht so falsch, denn die Ergebnisqualität unserer Behandlung definiert sich viel mehr über die Qualität unserer Arbeit als über die Qualität von Produkten. Dabei spielt auch eine große Rolle, wie viel Erfahrung wir mit einem Produkt - zum Beispiel einem Abformmaterial - haben. Lernen erfor-

dert Übung und den maximalen Nutzen können wir erst dann aus einem Produkt ziehen, wenn wir am Ende einer Lernkurve angelangt sind. Der ständige Ersatz von Produkten durch neue verhindert es vielleicht, dass wir je ans Ende dieser Kurve gelangen. Andererseits sind wir unseren Patienten schuldig, ihnen das Optimum dessen zukommen zu lassen, was jeder Einzelne von uns leisten kann. Dazu gehört eben auch das in unseren Händen bestmögliche Produkt. Deshalb ist es wichtig, über Neuentwicklungen Bescheid zu wissen, sie bewerten zu können und ggfs. in die Praxis einzuführen. Falsch ist es hingegen, jedes neue Produkt ausprobieren zu wollen. Der vorliegende Beitrag versucht, eine kleine Hilfestellung bei der Auswahl neuer Produkte zu geben.

Welche Daten soll ich als Zahnarzt von der Industrie verlangen?

Es ist unmöglich, an dieser Stelle alle Produktparameter aufzulisten, auf die bei einem neuen Produkt geachtet werden muss. In aller Regel liegen die Parameter ja auch auf der Hand: Ein Füllungsmaterial muss eine gute Haltbarkeit zeigen, ein Adhäsivsystem eine gute Dichtigkeit, ein Abformmaterial genaue Abformungen und damit passgenaue Werkstücke ermöglichen, eine Zahnbürste muss möglichst viel Plaque entfernen. Wenn Sie die entscheidenden Parameter nicht wissen, gibt es auch Quellen, wo Sie nachschlagen

können. Darauf wird später eingegangen. Die wichtigste Frage ist aber: Wie lassen sich die Ausprägungen der entscheidenden Parameter bei einem Produkt jeweils am sichersten nachweisen und welche Daten kann ich von der Industrie verlangen?

Angenommen, ein Vertreter kommt in Ihre Praxis und preist Ihnen mit schönem Werbematerial sein neuestes Produkt an. Stößt es auf Ihr Interesse, sollte Ihre erste Frage immer sein, ob es dazu wissenschaftliche Untersuchungen gibt. Falls nicht, kann das Gespräch an dieser Stelle beendet werden. Falls die Frage mit "ja" beantwortet wird, lohnt es sich, fort zu fahren. Dann müssen Sie herausbekommen, ob die Studien veröffentlicht und aussagekräftig sind. Falls Studien (angeblich oder tatsächlich) vorliegen, aber nicht veröffentlicht sind, empfehle ich ebenfalls, das Gespräch nicht fort zu setzen. Einige Firmen haben es sich nämlich zur Unsitte gemacht, Grafiken auf ihre schönen Prospekte aufzudrucken und als Quelle "Data on file" anzugeben. Ich habe mal versucht, mir in einem solchen Falle die entsprechenden Daten schicken zu lassen. Es misslang. Die lapidare Antwort der deutschen Tochter eines US-amerikanischen Großkonzerns war: "Die Amerikaner rücken die Daten nicht heraus, die sind noch geheim". Gegen das Geheimhalten von Daten ist ja prinzipiell nichts einzuwenden. Unseriös ist es jedoch, als wissenschaftlich deklarierte Daten in der Werbung einzusetzen, dem Konsumenten und Wissenschaftler aber keine Möglichkeit zu geben, die Entstehung dieser Daten zu prü-

fen. Wenn also "Data on file" oder etwas Ähnliches auf einem Prospekt draufsteht und Ihnen die Herkunftsquelle der Daten (wenigstens ein Abstract) nicht zugänglich gemacht wird, sollten Sie die Daten wie nicht existent behandeln.

Qualitätssicherung durch wissenschaftliche Fachgesellschaften

Wissenschaftliche Fachgesellschaften, in Deutschland zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) mit ihren assoziierten Gesellschaften oder in den USA die American Dental Association (ADA) versuchen, die Hersteller zum Einhalten gewisser Qualitätskriterien in der Forschung aufzufordern, um damit den Nutzen ihrer Produkte nachzuweisen. Die USA sind dabei mindestens einen Schritt weiter als wir. Schon 1866 hat die ADA ihr erstes Statement zu einem zahnmedizinischen Produkt herausgegeben. Seit 1931 gibt es das ADA Seal of Acceptance, an dem bis heute etwa 400 Firmen teilnehmen. Etwa 1.300 zahnmedizinische Produkte, von der Zahnseide bis zum Antibiotikum, tragen das Siegel. Es soll eine Versicherung für Verbraucher und Zahnärzte gegen irreführende oder falsche Aussagen zu einem Produkt, seiner Anwendung, Sicherheit und Wirksamkeit sein. Unter der Internet-Adresse <http://www.ada.org/prof/prac/seal/> sind alle Produkte aufgelistet, die das Siegel tragen.

Das ADA-Siegel wird auf der Grundlage wissenschaftlicher Daten von einem Stab von mehr als 100 Beratern vergeben. Um einen wissenschaftlichen

Standard zu schaffen, hat die ADA für alle Felder Richtlinien erlassen, wie der wissenschaftliche Nachweis auszusehen hat. Zum Beispiel müssen Therapeutika zur Reduktion von Plaque und Gingivitis in mindestens zwei klinischen Studien mit einer Laufzeit von wenigstens vier Wochen untersucht sein. Sie sollen dabei für jeden Parameter (Plaque und Gingivitis) gegenüber einem Placebo eine um mindestens 15 Prozentpunkte höhere Reduktion nachgewiesen haben. Im Mittelwert der beiden Studien muss die Reduktion gegenüber dem Placebo mindestens 20% betragen. Natürlich müssen diese Unterschiede statistisch signifikant sein. Die Kriterien wären z.B. erfüllt, wenn ein Produkt in einer Studie gegenüber einem Placebo eine Hemmung der Gingivitis um 15% und in der anderen um 25% gezeigt hätte und die entsprechenden Werte für Plaque z.B. 21% und 19% betragen hätten.

In Deutschland wird eine Produktzertifizierung durch einschlägige Fachgesellschaften angestrebt, es ist jedoch fraglich, ob und wann es dazu kommen wird. Wenn also ein Dentalprodukt auch auf dem amerikanischen Markt vertrieben wird, lohnt es sich in

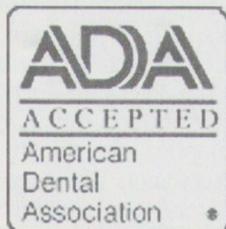


Abb. 1: Das ADA-Seal of Acceptance, das für Sicherheit und Wirksamkeit steht.

jedem Fall, nach dem ADA-Siegel zu fragen. Liegt es vor, ist dies ist wichtiger Qualitätsnachweis. Falls das nicht der Fall ist, und Sie bereit sind, etwas Zeit zu investieren, können Sie sich im Internet unter der Überschrift "Standards and Guidelines for Dental Materials, Instruments, and Equipment" (<http://www.ada.org/prof/prac/stands/tc-stand.html>) die Kriterien, die die ADA für wissenschaftliche Studien zu den einzelnen Produktgruppen definiert hat, ansehen und den Dentalvertreter fragen, ob Studien, die diesen Kriterien standhalten, vorliegen.

Aktivitäten der deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)

Wie bereits erwähnt, streben auch deutsche zahnmedizinische Fachgesellschaften an, die Industrie zu Maßnahmen zu bewegen, die die Sicherheit und Wirksamkeit ihrer Produkte belegen. In der Vergangenheit wurden verschiedene Materialien ohne ausreichende klinische Prüfung auf den Markt gebracht, was in der praktischen Anwendung teilweise zu unerwarteten Misserfolgen führte. Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) hat daraufhin in Anlehnung an die genannten ADA-Kriterien mit der Industrie ein Agreement getroffen. Dieses besagt, dass bei der Entscheidung zur Einführung eines neuen Produktes bzw. einer neuen Produktgruppe mindestens zwei klinische Studien in Auftrag gegeben sein und die Halbjahresergebnisse zur Markteinführung vorliegen müssen. Diese sollen dazu dienen, "catastrophic failures" und Pulpaprobleme, die in In-Vitro-Untersuchungen

nicht erkannt wurden, vor Markteinführung aufzudecken. Die vollständige Stellungnahme der DGZ kann im Internet unter der Adresse <http://www.dgzmk.de/set2.htm> nachgelesen werden. Dort finden Sie auch die an den Zahnarzt gerichteten Empfehlungen der DGZ zur Bewertung neuer Materialien und Behandlungstechniken. Die Kernaussage lautet, dass "nur Produkte verwendet werden (sollten), die ausreichend werkstoffkundlich und klinisch getestet sind". Ich möchte dem noch hinzufügen "mit gutem Ergebnis" klinisch getestet. Nicht selten bewerten ja Verbraucher und auch Professionals allein schon den Hinweis "klinisch getestet" als Ausweis von Qualität. Aus eigenen Erfahrungen kann ich jedoch berichten, dass die so zitierten klinischen Tests nicht immer berauschende Ergebnisse gezeigt haben. Die DGZ ergänzt die o.g. Aussage noch mit dem Hinweis, dass "Werbeaussagen zu einem Material oder einer Behandlungstechnik durch Studien mit diesem Material (und nicht über ein ähnliches) oder diese Behandlungstechnik abgesichert sein" sollten.

Woran kann ich die Qualität einer Studie erkennen?

Eine wissenschaftliche Studie mit positivem Ergebnis ist noch kein hinreichender Beleg für die Qualität eines neuen Produktes. Studien können mit Fehlern behaftet sein: Die so genannten "zufälligen" Fehler betreffen biologische Variationen sowie Stichproben- und Messfehler. Sie können minimiert, aber nie wirklich eliminiert werden. Al-

lerdings stellen sie die Grundaussage einer Studie in aller Regel nicht in Frage. Schlimmer sind systematische Fehler, die zum Beispiel selektionsbedingt sind oder durch systematische Messfehler entstehen können. Ein Beispiel für den ersten Fall ist ein freiwillige Befragung zu Beschwerden, die auf Amalgamfüllungen zurückgeführt werden. Menschen, die keine derartigen Beschwerden haben, antworten auf entsprechende Anfragen viel seltener als solche, die einen Leidensdruck haben und sich durch die Befragung einen Lösungsansatz für das Problem versprechen. Das Ergebnis ist verzerrt, weil der Anteil an Menschen, die gesundheitliche Probleme haben, die sie auf Amalgam zurückführen, viel größer erscheint, als er in Wirklichkeit ist. Systematische Messfehler können zum Beispiel entstehen, wenn eine Messapparatur falsch geeicht ist oder wenn Eingangs- und Abschlussuntersuchung einer klinischen Studie von zwei verschiedenen Untersuchern gemacht werden, die schlecht kalibriert sind. Systematische Messfehler treten in aller Regel auch dann auf, wenn ein Zahnarzt seine eigenen Restaurationen nachuntersucht.

Für einen praktisch tätigen Zahnarzt ist normalerweise kaum feststellbar, ob eine Studie mit ergebnisrelevanten Fehlern behaftet ist. Es fehlt ihm in aller Regel die Zeit, aber auch die Ausbildung, sich kritisch mit Studiendesign auseinander setzen zu können. Deshalb stellt sich die Frage, ob es nicht einfachere Möglichkeiten gibt, die Qualität einer Studie zu erkennen.

Peer-Review als Qualitätskriterium

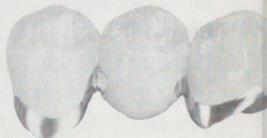
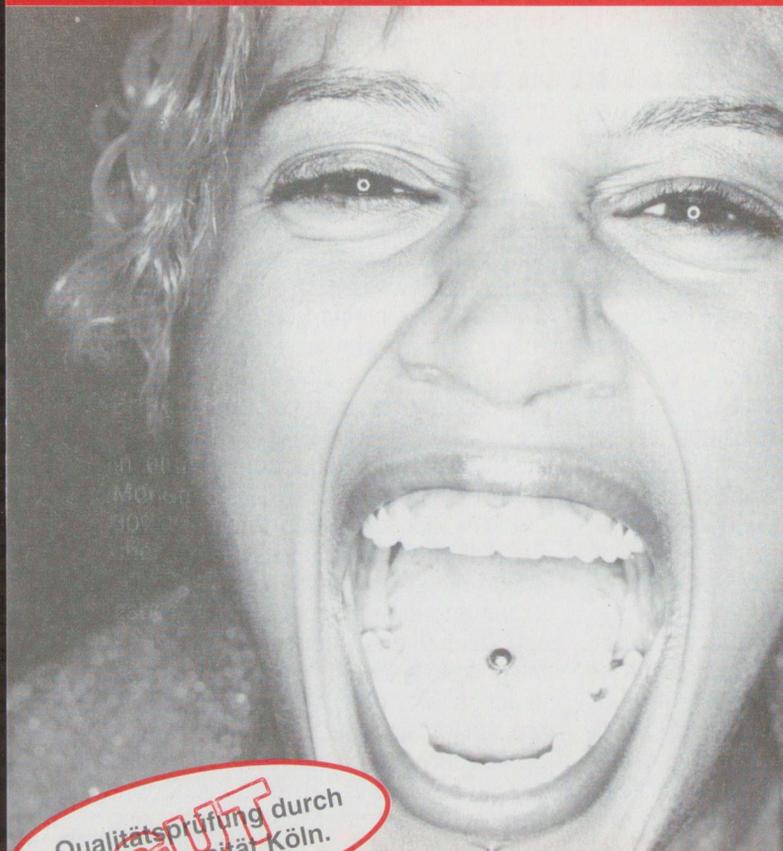
Ein wichtiger Parameter für die Einschätzung einer wissenschaftlichen Arbeit ist der Ort der Veröffentlichung. Zeitschriften, die nur Originalarbeiten veröffentlichen, die einem Peer-Review-Verfahren unterzogen wurden, bieten eine gute Sicherheit, dass die dort gedruckten Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten auf validen Daten fußen. Peer-Review bedeutet, dass die eingereichten Beiträge einer sehr gründlichen Begutachtung unterzogen werden. In der Praxis heißt das, dass mindestens zwei unabhängige Gutachter, in der Regel Mitglieder des Fachbeirates (Editorial-Board), diese Beiträge begutachten und die Annahme, eine Überarbeitung oder auch eine Ablehnung empfehlen. Deutsche zahnmedizinische Zeitschriften mit Peer-Review sind eher selten, zu ihnen zählen die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift und Prophylaxe-Impuls. Weltweit vertriebene englischsprachige Zeitschriften unterziehen ihre Beiträge fast ausschließlich einer Peer-Review. Die höchste Qualitätsstufe wissenschaftlicher Publikationen bieten allerdings Zeitschriften, die einen so genannten Impact-Faktor vorweisen können. Das sind in der Zahnmedizin weltweit 46 Journals. Der Impact-Faktor ist Teil des vom Institute for Scientific Information (ISI) herausgegebenen Journal Citation Report. Der Impact-Faktor gibt die Zitierhäufigkeit von Artikeln einer bestimmten Zeitschrift über einen Zeitraum von zwei Jahren, dividiert durch die Anzahl von insgesamt in der Zeitschrift im selben Zeitraum erschienen Beiträgen an.

Selbstverständlich werden nur Zitate in erstklassigen Zeitschriften gewertet. Den mit Abstand höchsten Impact-Faktor in der Zahnmedizin hat das Journal of Dental Research mit einem Wert von etwa 4,5. Sehr gut liegen auch noch Zeitschriften wie das European Journal of Oral Sciences (1,8), Caries Research (1,7), das Journal of Clinical Periodontology und das American Journal of Dentistry (jeweils 1,4). Dass die Zahnmedizin ein kleines und insgesamt recht selten zitiertes Fachgebiet ist, zeigt ein Blick auf die Impact-Faktoren von Zeitschriften aus anderen Fachgebieten: Der Spitzenreiter Cell liegt bei 32,4, das New England Journal of Medicine bei 29,5, Science bei 23,8 und Lancet bei 10,2. Über den Impact-Faktor wird viel diskutiert, und sicher gibt er auch kein völlig korrektes Bild der wirklichen Bedeutung und Qualität wissenschaftlicher Publikationen ab. Aber es besteht kein Zweifel daran, dass alles in allem die Zeitschriften mit Impact tatsächlich auch die besten ihres Fachgebietes sind. Wer das interessanteste Wissen aus diesen besten zahnmedizinischen Zeitschriften gerne in gebündelter Form lesen möchte, dem sei ein Abo der Zeitschrift Evidence Based Dentistry von Stockton Press, UK, empfohlen (<http://www.ihs.ox.ac.uk/cebd/ebdj.htm>).

Wie aussagekräftig ist ein Abstract?

Gute Namen bürgen also für gute Qualität. Aber Vorsicht, es gibt natürlich auch hier Ausnahmen, und das sind die Abstracts. Abstracts sind Kurzfassungen wissenschaftlicher Studien, die sozusagen als Begleittext für die Präsen-

Großmaul



Die abgebildete VMK-Brücke kostet:

1012 Krone f. Keramikverblend.	
2 x € 46,00	€ 92
1100 Brückenglied	
1 x € 46,00	€ 46
1620 Keramikverblendung	
3 x € 20,40	€ 61
9700 NEM Co-Cr, nickelfrei,	
3 x € 7,70	€ 23

Summe € 222

1200 Teleskopkrone
exklusive Legierung € 140

2060 Kunststoffklammer
flexibel, in 9 Basisfarben € 25

1030 Keramikschulter € 10

Alle Preise sind exklusive Arbeitsvorbereitung
Versandkosten und 7% Mehrwertsteuer.

Für unsere Produkte verwenden wir ausschließlich CE-gekennzeichnete Material

Qualitätsprüfung durch
die Universität Köln.

Nur vom Besten – Permadental!

Überzeugen Sie sich selbst von unserer Qualität und testen Sie bei Erstbestellung eine VMK-Krone (NEM) gratis! Preislich als auch qualitativ bietet PERMADENTAL die optimale Lösung in Sachen Zahnersatz – und das seit mehr als 15 Jahren. PERMADENTAL liefert Ihnen die preiswerte Alternative für Patienten. Innovation, Fortschritt uns Ästhetik – unter diesen Gesichtspunkten werden unsere Produkte entwickelt und unterliegen einer ständigen Kontrolle. Ab 2002 gewähren wir Ihnen 3 Jahre Garantie und weiterhin einen unkomplizierten, schnellen Service.
Mit Sicherheit – PERMADENTAL!

Praxisstempel / Datum

Bitte senden/faxen Sie uns den ausgefüllten Coupon oder schicken Sie uns eine E-Mail.

PERMADENTAL Zahnersatz
Postfach 10 07 24
46427 Emmerich
Fax: (0 28 22) 1 00 84
www.permadental.de
E-Mail: info@permadental.de

Ich bitte unverbindlich und kostenlos um

- Ihr Informationsmaterial
 Ihren Anruf



Unser Labor ist nach
ISO 9002 und EN 46002
zertifiziert.

PERMADENTAL
ZAHNERSATZ

Postfach 10 07 24 · 46427 Emmerich

www.permadental.de

E-Mail: info@permadental.de

freecall 0 800 7376233

0 800 PERMADENTAL

tation einer Forschungsarbeit auf einem Kongress dienen. Publiziert werden solche Abstracts häufig in hochrangigen Zeitschriften, z.B. dem Journal of Dental Research oder Caries Research. Allerdings zählen Abstracts, auch wenn sie in den entsprechenden Zeitschriften abgedruckt sind, nicht als Impact-Publikationen, und das aus gutem Grund. Zwar werden auch Abstracts, die zu einem Kongress eingereicht werden, begutachtet, aber auf einem sehr niedrigen Niveau. Eine echte Peer-Review ist ja auch gar nicht möglich, weil ein Abstract nur die allernötigsten Informationen zu einer Forschungsarbeit in sehr knapper Form enthält. Trotzdem erfüllt ein Abstract eine wichtige Funktion. Es bietet dem Wissenschaftler die Möglichkeit, seine Ergebnisse sehr schnell, nämlich innerhalb weniger Monate, einer großen Fachöffentlichkeit bekannt zu machen. Das Publizieren einer Originalarbeit in einer guten Zeitschrift dauert hingegen vom ersten Einreichen bis zum Abdruck 6 Monate bis zwei Jahre, nicht selten noch länger. Allein die Wartezeit von der Annahme bis zum Druck dauert häufig über ein Jahr. Es gilt die Faustregel: Je besser die Zeitschrift, desto länger die Wartezeiten. Deshalb sind Abstracts sozusagen eine Vorab-Publikation zum Überbrücken der Wartezeit bis zur "echten" Publikation. Falls allerdings zwei Jahre nach Erscheinen immer noch keine Originalarbeit aus dem Abstract geworden ist, dann hat es offensichtlich nicht gereicht. Gute Zeitschriften lehnen deshalb das Zitieren von älteren Abstracts in ihren Literaturverzeichnissen ab. Gerade in der

Werbung für neue Füllungsmaterialien oder Adhäsivsysteme, die ja häufig nur ein kurzes Gastspiel auf dem Dentalmarkt geben, werden häufig ausschließlich Abstracts als Belege für wissenschaftliche Aussagen zitiert. Dagegen ist bei ganz neuen Produkten aus den genannten Gründen erstmal nichts einzuwenden. Allerdings sollte man sich bewusst sein, dass Abstracts nur eine beschränkte Aussagekraft haben, und wenn sie nach mehreren Jahren immer noch zitiert werden, sollte man sie schlichtweg ignorieren.

Das CE-Zeichen

Am 02. August 1994 wurde auf der Grundlage der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte das Deutsche Medizinproduktegesetz (MPG) verabschiedet. Um in Verkehr gebracht werden zu können, benötigen seither alle zahnärztlichen Produkte, die unter dieses Gesetz fallen, eine CE-Kennzeichnung (Certificate Europeen). Das betrifft z.B. Füllungsmaterialien, Legierungen und künstliche Zähne. Ausgenommen sind Sonderanfertigungen und Medizinprodukte, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind. Sonderanfertigungen sind z.B. alle Arbeiten eines zahntechnischen Labors, wie Kronen, Brücken, Prothesen und kieferorthopädische Geräte. Die CE Kennzeichnung gewährleistet, dass ein Medizinprodukt den "Grundlegenden Anforderungen" im Sinne des Gesetzes (§ 8 MPG) entspricht. Das CE-Kennzeichen wird von den Herstellerfirmen selbst vergeben, nachdem diese in einem besonderen Verfahren, das Konformitätsbewertung

heißt, die Eignung des Produktes für den bestimmungsgemäßen Gebrauch und seine Risiken bewertet haben. Es wird keine Prüfung der Eignung des Produktes durch eine unabhängige Fachexpertengruppe durchgeführt. Damit ist das CE-Zeichen eigentlich keine uneingeschränkte Garantie für die Qualität eines Produktes. Die sogenannten "Benannten Stellen" prüfen lediglich, ob der betreffende Hersteller die formalen Anforderungen bei Entwicklung, Produktion und Vertrieb erfüllt, die vom Medizinproduktegesetz und der EG-Richtlinie gefordert werden. Die Hersteller werden von den Benannten Stellen im Abstand von fünf Jahren "neu" zertifiziert. Eine Benannte Stelle ist ein Verein (z.B. der TÜV) oder eine private Firma, die von der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), mit dieser Aufgabe betraut worden ist. Die Zertifizierung betrifft grundlegende strukturelle Parameter des Herstellers und gewährleistet daher eine gute Strukturqualität, aber eben nicht die Güte jedes einzelnen Produktes. Auch andere Produkte, die nicht dem MPG unterliegen, können ein CE-Zeichen tragen. Hierzu gehören z.B. Gebrauchsgegenstände (z.B. Zahnbürste), aber auch Spielwaren. Das CE-Kennzeichen für Medizinprodukte muss im Gegensatz zu diesen Produkten jedoch immer mit der Identifikationsnummer der Benannten Stelle versehen sein, welche für den betreffenden Hersteller verantwortlich ist.

Resümee

Wenn ein Dentalvertreter ein neues Produkt anpreist, sollten Sie immer auf einem Nachweis der versprochenen Produkteigenschaften durch wissenschaftliche Daten bestehen. Die Zuverlässigkeit eines wissenschaftlichen Nachweises lässt sich an bestimmten Studienparametern erkennen, einfacher aber an der Zeitschrift, in der die Arbeit publiziert ist. Ein Abstract kann nur vorübergehend, also in der ersten Zeit der Markteinführung, als wissenschaftlicher Nachweis dienen. Falls ein neues Produkt über das Siegel der ADA verfügt, ist das ein recht zuverlässiger Qualitätsnachweis. Das CE Zeichen bietet keine Gewähr für die Qualität eines Produktes im zahnmedizinischen Sinne. Generell sollte man nur dann von einem bewährten Produkt auf ein neues umsteigen, wenn zweifelsfrei dessen Überlegenheit nachgewiesen ist. "Gleichgut" ist im Zweifelsfall schlechter, denn es muss immer berücksichtigt werden, dass die Ergebnisqualität unserer Arbeit nur zum Teil von dem verwendeten Produkt abhängt, in viel stärkerem Maße aber von unserem Können und der Erfahrung, die wir mit einem Produkt haben. Neue Produkte sind aber immer mit dem Nachteil behaftet, dass wir keine Erfahrung damit haben.

OA Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer
Zentrum f. Zahnmedizin an der Charité
Abt. f. Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Email: stefan.zimmer@charite.de

Fortbildung – zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Eberhard Riedel, München

Viel Bewegung kennzeichnet die standespolitische Landschaft in diesen Monaten. Immer neue Konzeptentwürfe, die aus den gesundheitspolitischen Ministerialetagen an die erstaunte Öffentlichkeit dringen und trotz aller Vorläufigkeit die zahnärztlichen Körperschaften in hektische Betriebsamkeit versetzen, deuten eher nur darauf hin, wie unentschieden und überfordert die gesundheitspolitischen Verantwortlichen tatsächlich sind.

Lediglich in der zahnärztlichen Standespolitik sind bereits Entscheidungen getroffen und interessante Weichen gestellt worden: So wurden, ausgelöst durch das im Juli 2001 ergangene Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie, in einzelnen Kammerbereichen die Berufs- und Weiterbildungsordnungen auf teilweise dramatische Weise liberalisiert. Und während Zahnärzte noch über die unabsehbaren Auswirkungen dieser Reformen nachdenken, kam Ende des Jahres eine weitere Verlautbarung von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt: In der für die nächste Legislaturperiode geplanten Gesundheitsreform einer rot-grünen Bundesregierung soll die (zahn-)ärztliche Fortbildung zur Pflicht gemacht werden.

Die Definitionen gehen auseinander

Es wird erkennbar, wie in der Frage der Einbindung der Zahnärzte in qualitätssichernde Maßnahmen die Vorstellungen der beteiligten Verantwortlichen diametral auseinanderlaufen. Denn nichts anderes kann einerseits das Fortbildungsbegehren seitens der Bundesregierung letztlich bedeuten als den zwangsweisen Erwerb ständiger Qualifikationsnachweise, von denen schließlich der Umfang der vertragszahnärztlichen Tätigkeit abhängig gemacht werden dürfte. Wenn aber andererseits von vielen Zahnärztekammern eine strukturierte Fortbildung abgelehnt wird und in Schleswig-Holstein und Bayern nun sogar die Ausweisung von Zusatzbezeichnungen auf dem Praxisschild an keine nennenswerten Nachweise und Überprüfungen geknüpft wird, so soll damit die Öffentlichkeit wie die Politik glauben gemacht werden, dass die Qualität zahnärztlichen Tuns nicht nur bereits jetzt für die Anpreisung spezieller Fertigkeiten ausreicht, sondern ohnehin über jeden Zweifel erhaben ist. Abgegriffene Verweise auf Patienten-Umfrageergebnisse mit hohen Zufriedenheitswerten bei Zahnärzten und die große Akzeptanz der Fortbildung als selbstverständliche ärztliche Berufspflicht wirken hier als Argument immer weniger überzeugend.

Es stellt sich nun die grundlegende Frage, ob wirklich alle über das gleiche Thema diskutieren, wenn es um Sinn und Zweck von Fortbildung geht. Die Bundesgesundheitsministerin verfolgt ganz eindeutig das Ziel, über Zwangsfortbildungsveranstaltungen für jeden (Zahn-)Arzt das Niveau ärztlicher Tätigkeit im Lande zu heben und, wohlge-merkt im gleichen Atemzuge, die Kassen von Leistungen für Falsch- bzw. Überver-sorgungen zu befreien. Dieses kann dann hervorragend dadurch gesteuert werden, dass die Krankenkassen, nach Übertragung des Sicherstellungsauftra- ges an sie, nur noch Verträge mit denje- nigen zertifizierten Praxen abschließen, die die geforderten Qualifikationen nachgewiesen haben.

Fortbildung nach (zahn-)ärztlichem Selbstverständnis war aber bislang immer etwas völlig anderes, denn immer wurde stillschweigend vorausge- setzt, dass schon der Hochschulabgän- ger ein voll ausgebildeter, qualifizierter Kollege ist, der Fortbildung nur noch dazu benötigt, um im Laufe der Jahr- zehnte die vielfältigen Neuerungen in der Medizin in seinen Praxisalltag einzu- bauen und nicht durch Anwendung an- tiquierter Heilmethoden seinen Patien- ten möglicherweise Schaden zuzufügen. Die Notwendigkeit, Fortbildungsmaß- nahmen auch dort konsequent einzu- setzen, wo Versäumnisse der Hoch- schulausbildung sowie mangelnde Fer- tigkeiten, auch und gerade bei den zahnärztlichen Grundversorgungen, nachgeholt werden müssen, wird bis heute von fast allen Institutionen schlicht negiert.

Tätigkeitsschwerpunkt ist nicht gleich Qualität

Somit stürzte das Bundesverfassungsge- richtsurteil viele Standesvertretungen in ein unvorhergesehenes Dilemma. Um dem gestiegenen Infor-mationsbedürfnis der Gesellschaft nachzukommen, wurde Werbung in Form sachlicher Praxisinfor- mationen zugelassen, damit geltende Berufsordnungen kurzerhand in ihre un- tergeordneten Schranken verwiesen und den Kammern eine bislang möglichst vermiedene Diskussion aufgezwungen: denn die Freigabe von Tätigkeitsschwer- punkten ist untrennbar verbunden mit dem Problem unterschiedlicher Quali- fikationen innerhalb des Berufsstandes.

Ein möglicher Weg aus diesem Dilemma ist in Schleswig-Holstein und Bayern auf höchst oberflächliche und unglaubwür- dige Weise gegangen worden: Tätigkeits- schwerpunkte dürfen zwar ausgewiesen werden, sind aber nicht an irgendeine ernstzunehmenden Nachweise gebun- den und sagen daher auch nichts aus über die Qualität der erbrachten Lei- stung. Dem dadurch anstehenden Wild- wuchs auf Praxis Schildern setzt man nur die Erwartung auf Einsicht der Praxisin- haber entgegen, dass derlei interkolle- giale Nabelschau vom Patienten hoffent- lich nicht akzeptiert bzw. honoriert wer- den dürfte.

In Wirklichkeit wird es aber vermutlich bald ganz anders aussehen: wie es heute besonders in den Ballungsräumen schon begonnen hat, werden immer mehr fin- dige Kollegen danach trachten, ihre neue Freiheit eben doch zur Vorspiegelung falscher Tatsachen zu missbrauchen, um

sich gegen alle Konkurrenz einen zweifelhaften Wettbewerbsvorteil zu verschaffen und dabei die Verführbarkeit vieler ahnungsloser Menschen auszunutzen. Und was mag näher liegen, als den ganzen Schwindel der Öffentlichkeit dann noch als Erfolg zahnärztlichen Qualitätsmanagements zu verkaufen?

Stand diese Art von Liberalität den Kammerdelegierten vor Augen, als sie die Änderung der Berufsordnung beschlossen? Oder war es eher die große Scheu vor staatlicher Reglementierung einer zwangsverordneten Fortbildung, die es mehrheitlich abzuwehren galt? Und wäre es nicht doch in jedem Falle effektiver gewesen, z.B. den Vorschlägen der Bundeszahnärztekammer zur strukturierten Fortbildung zu folgen, um so einen scheinertifizierten Pfusch zu vermeiden?

Defizite abbauen

Was also kann, was soll Fortbildung überhaupt leisten? Mit Sicherheit muss sie mehr sein als lediglich ständiges Update im Bereich neuester medizinischer Erkenntnisse, die ja nur selten einen direkten Einzug in die Praxis halten. Fortbildung muss vielmehr da ansetzen, wo aktuelle Defizite in der Behandlung und Versorgung vorhanden sind, um möglichst zu erreichen, dass die hierfür ausgemachten Ursachen bei jedem einzelnen Behandler beseitigt werden.

Machen wir uns nichts vor: ein Großteil der heute angebotenen Fortbildungsveranstaltungen, ob nun bei den zahlreichen Berufsorganisationen oder bei der Industrie, geht am eigentlichen Sinn von

Fortbildung vorbei. Denn selten wird dabei auf die individuellen Probleme eingegangen, die in der praktischen Ausübung der Zahnheilkunde so reichlich vorhanden sind und die in ihrer Gesamtheit die Qualität zahnärztlichen Tuns ins Gerede gebracht haben. Aber auch bei bester Motivation fällt es vielen Kollegen schwer, Fortbildungsangebote zu finden, deren Inhalt sich letztlich in den Praxisbetrieb umsetzen lässt. Auch solche ‚Fortbildungen‘ sind zur Qualitätsverbesserung oft unnützlich, bei denen reines Marketing im Vordergrund steht, sei es als Unterrichtsschwerpunkt oder als Hauptmotiv des Veranstalters.

Oft genug reicht natürlich auch die Selbstkritik nicht aus, um einen Behandler zu einer Fortbildungsveranstaltung zu ziehen, bei der er lernen könnte, manche Tätigkeiten gewissenhafter vorzunehmen. Und ganz grundsätzlich fragt es sich, welche Lerninhalte bei Fortbildungen vermittelt werden müssten, wenn es um den großen Bereich bewusster Behandlungsnachlässigkeiten bis hin zu kriminellen Behandlungs- und Abrechnungsmachenschaften geht. Veranstaltungen mit dem Titel ‚Charakterschulung für Anfänger‘ sind natürlich genauso wünschenswert wie zwecklos. Allerdings verbirgt sich genau in diesem Bereich der weitaus größte und peinlichste Teil unserer Standesdefizite, verbunden mit dem größten Einsparpotential an Falsch- und Überversorgung.

Hier können selbst gesetzlich verordnete und mit schweren Abschlussprüfungen versehene Fortbildungsmaßnahmen nichts bewirken, wenn der Wille zur Behandlungssorgfalt schlicht fehlt. Auch

bei Pflichtfortbildung bliebe es unserer Selbstverwaltung daher natürlich nicht erspart, Überprüfungs- und Ahndungsinstrumente einzusetzen, und dieses so gar in weit umfangreichem Maße als bisher.

Ein psychologischer Eignungstest als Zulassungsvoraussetzung für das Studium, wie es viele andere Berufe kennen, würde schon frühzeitig etwas Spreu vom Weizen trennen und das Problem zumindest verringern. Sicher wäre es auch begrüßenswert, wenn zusätzlich durch eine geänderte Studienordnung in Zukunft das Niveau von Kenntnissen und Fertigkeiten der Hochschulabgänger wesentlich verbessert würde. Hochschullehrer signalisieren aber, dass dieses in der gegenwärtigen Zeit knapper Mittel völlig undenkbar ist.

Insofern wird man auch in absehbarer Zukunft nicht um die Notwendigkeit herumkommen, Zusatzqualifikationen in Fortbildungsveranstaltungen zu erwerben. Konsequenterweise müsste dann die Zulassung der jungen Kollegen ohne diese Qualifikationen auf die Tätigkeiten beschränkt sein, die entweder während des Studiums oder später tatsächlich erworben wurden.

Aber ob es nun um den unerfahrenen Anfänger mit seinen Kenntnislücken, den ‚alten Hasen‘ mit größter oder geringster beruflicher Sorgfalt oder sogar um den methodischen Pfuscher mit krimineller Neigung geht: in Zukunft wird unser Berufsstand um eine glaubwürdige Zertifizierung des jeweiligen Behandlungsangebotes nicht herumkommen. Unabdingbare Voraussetzung für den

Fortbestand des Ansehens unserer Zunft ist ein möglichst bundeseinheitlich geregelter Befähigungsnachweis nach einheitlichen Bewertungskriterien.

Ohne strukturierte Fortbildung geht es nicht

Dürfen wir uns also wirklich noch länger vor einer strukturierten Fortbildung drücken? Ich meine: Nein! Wir dürfen weder länger der unkontrollierten Behandlungs- und Qualitätsvielfalt noch der ungeprüften Anpreisung auf Praxisschildern zusehen. Es wird Zeit, die wahren Defizite, von denen Gutachter ein trauriges Lied singen können, zu definieren und Fortbildung mit entsprechenden Inhalten anzubieten. Derjenige, der freiwillig diese Veranstaltungen besucht und nach festgelegten Kriterien Übungen absolviert und Fertigkeiten trainiert und verfeinert, soll dieses dann gegenüber seinen Patienten und den Kassen auch herausstellen dürfen. Dem erwarteten Einkaufsbegehren der Krankenkassen könnte auf diese Weise eine zahnärztliche Verkaufsoffensive entgegengestellt werden, die sich auf nachgewiesene Qualifikationen stützt und erst so eine Basis für leistungsgerechte Honorierung bietet. Es wäre wünschenswert, wenn Zahnärzte strukturierte Fortbildungsmaßnahmen schon bald in eigener Regie glaubwürdig durchsetzen, bevor Gesetze diese von uns verlangen, und dann möglicherweise in einer Art und Weise, die den Berufsstand weiter knebelt. Fortbildung zur Erlangung von Befähigungsnachweisen muss unser ureigenstes Anliegen sein! Also müssen wir selbst die Fortbildungsinhalte bestimmen, bevor es andere tun!

Ganzheitliche Zahnmedizin

Resümee eines Vortrag von Dr. Felix Blankenstein, Oberarzt an der Prothetischen Abteilung des Zentrums für Zahnmedizin an der Charité in Berlin auf der Jahreshauptversammlung des DAZ im Oktober 2001

Silke Lange, Oldenburg

"Ganzheitler" sind nicht per se schlechte Menschen, die Eigenschaften gut und böse sind auch bei ihnen normal verteilt, auch für sie gilt: "Ihr Beruf ist von wunderlicher Natur, und schon immer haben kluge Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Liebesfähigkeit, Kunst, Handwerk und Geschäft das Wesentliche ist."

Matin Müller, München 1937

So startete Dr. F. Blankenstein seine Ausführungen zum Thema Ganzheitliche Zahnmedizin. Ganzheitlichkeit liegt im Trend, immer häufiger kommen Patienten mit Zahnersatzintoleranz, Allergieproblemen und anderen Beschwerden in die Sprechstunde, die dezidierte Erwartungen an alternativmedizinische Diagnostik und Therapie mitbringen. Der Referent schickte voraus, dass es in seinem Vortrag nicht um einen systematischen naturwissenschaftlichen Nach-

weis vom Nutzen und Schaden sämtlicher Methoden in der Ganzheitlichen Medizin geht und auch nicht um eine moralische Vernichtung derselben. Vielmehr geht es ihm um öffentliches Nachdenken und die Suche nach Antworten auf folgende Fragen:

- Was sind überhaupt "Ganzheitler", wie stellen sie sich selbst dar?
- Wie erklärt sich die Anerkennung der alternativen Methoden durch die Patienten?
- Was machen "Schulmediziner" offensichtlich falsch?
- Wie soll man mit ganzheitlichen Therapieempfehlungen umgehen, die nicht nachvollziehbar erscheinen?

Warum gibt es überhaupt eine Polemik gegen die Ganzheitliche Medizin? Schließlich geht es ja vielen Patienten nach einer alternativen Behandlung besser (egal, wodurch bedingt) und in der Regel nehmen sich Ganzheitler für ihre Patienten wesentlich mehr

Zeit ("Sprechstunde") - eine intensive Zuwendung, wie die Kassenmedizin sie in diesem Rahmen schon seit Jahren nicht mehr zuläßt. Aber die GM schafft auch Hypochonder, die wir behandeln müssen, sie verhindert manchmal eine vernünftige Therapie und unterstützt eine Urangst der Ungebildeten, die den Begriff Chemie mit einem Feind gleichsetzen. Wir müssen uns also kritisch mit der GM befassen, auch um aufklären und gegensteuern zu können, wenn ein Schaden für den Patienten zu befürchten oder zu erkennen ist.

Die Ganzheitlichkeit ist weder eine vergessene uralte Weisheit noch eine neue Erfindung, sie durchzieht die Heilkunst, seit es philosophische Betrachtungen gibt.

Durch neue Entdeckungen und medizinische Forschung und die damit verbundenen Spezialisierungen tritt sie aber zunehmend in den Hintergrund, denn der medizinische Fortschritt wird immer weniger von erfahrenen Klinikern, sondern mehr von nichtärztlichen aber methodenkompetenten Wissenschaftlern geleistet. Es bedarf also eines ständigen Neubesinnens innerhalb der Schulmedizin. Die Naturheilkunde ist eigentlich seit jeher Bestandteil der Schulmedizin, der Referent erinnerte an das Beispiel der Wasserärzte. Und der Begriff der sanften, schonenden Medizin steht nicht mehr im Widerspruch zur Schulmedizin, die ja wo irgend möglich minimalinvasiv arbeitet.

Vor allem aber beruht die Schulmedizin nicht nur auf statistischen Werten sondern auch auf massenweisen Erfahrungen - auch den schlechten! Während die sogenannte Erfahrungsmedizin den einzelnen Arzt auch in die Irre führen kann. Im Unterschied zur Schulmedizin existieren in der Literatur und den Studien der GM keine Berichte über Mißerfolge. Die selbstproduzierte Literatur dient ausschließlich der Apologetik.

Als ungefährlichste Variante schätzt Dr. Blankenstein die Komplementärmedizin ein: echt komplementäre ("therapieergänzende") Maßnahmen müssen nicht schädlich sein, sie bieten zusätzliche Zuwendung für den Patienten (und für den Praxisumsatz). Er nannte als Beispiel die homöopathische Empfehlung zur Therapie des Abszesses von Dr. Peter Reichert: "Neben der erforderlichen Therapie (Incision) geben wir eine Injektion Mercurius."

Neuerdings gibt es Modelle der GM, die systemische Medizin/Zahnmedizin propagieren, indem sie die Schulmedizin einbeziehen. Dabei werden einfachste Dinge wissenschaftlich ausgedrückt (lateinisiert), aber keine Zusammenhänge erklärt und aus Sicht der GM ein neues Weltbild geschaffen.

Die Basis dafür sind vier Säulen:

1. Schulmedizin
2. Regulationsmedizin
3. Störfelddiagnostik und -therapie
4. Lebensführungsberatung

Bestehen bleiben aber trotzdem die häufig geäußerten Kritikpunkte an der Schulmedizin:

- Schulmedizin ist eine Normierung des Menschen (aber auch die GM hat ihre eigenen Normen)
- Schulmedizin ist Apparatemedizin (nur noch leise vertreten, denn der medizinisch-industrielle Komplex legt sich amöboid auch um die GM).
- Schulmedizin ist dogmatisch (es tauchen aber auch in der GM eigene Dogmata auf, zum einen die großen Lehrer und Meister der GM - hier fehlt oft die kritische Distanz, zum anderen das ewig gleiche Feindbild: Toxine, Radioaktivität und Chemie).

Zum Ende seines Vortrages schlug Dr. Blankenstein vor, die Ganzheitliche Medizin (GM) umzubenennen in Glaubensmedizin, denn der Glaube versetzt ja bekanntlich Berge und hilft oft weiter (Placebowirkung ohne Glauben funktioniert nicht!). Des öfteren "wirke" Glaubensmedizin, weil ein normaler Krankheitsverlauf oder eine Symptomlinderung als Heilung interpretiert wird, weil eine Spontanheilung eingetreten ist oder eine Fehldiagnose vorlag.

Allgemeine Kennzeichen der Methoden der Glaubensmedizin sind eine hochkomplizierte Nosologie, Monokausalität, z. T. anrührend einfache Lösungen, aber manchmal auch radikales, fast besessenes Eingreifen (als

Beispiel hierfür zeigte Dr. Blankenstein Dias von unglaublichen Patientenfällen, Amalgamsanierungen von Prof. Dauderer aus München), altertümliche Fachsprache (Focus, Causalität, Localisation u. ä.) sowie die bewusste oder unbewusste Ignoranz einfacher physikalischer und chemischer Zusammenhänge (siehe dazu auch den sehr guten ausführlichen Bericht "Alternativmedizin auf dem Prüfstand" von Prof. Dr. H. Meiners in den ZM aus dem Jahre 2001).

Dr. Blankenstein rät dem Zahnarzt in der täglichen Praxis, den Patienten nicht gegen die Glaubensmedizin zu missionieren und vorhandenen beschwerdeauslösenden Zahnersatz nicht experimentell und v. a. nicht irreversibel umzuarbeiten, wenn fachlich keine Mängel vorliegen, die beseitigt werden müssen. Therapeutischer Aktionismus und eine "Therapie auf gut Glück" sollte unterbleiben. Stattdessen sollte der Patient über die Endlichkeit prothetischer Therapie aufgeklärt werden und es sollten vor allem mechanische, parafunktionelle, psychosomatische, korrosive sowie infektiöse Ursachen ausgeschlossen werden, wenn Patienten "allergisch" auf ihren Zahnersatz reagieren.

**Redaktionsschluß forum 77:
18. März 2002**

**Redaktionsleitung:
Peter Nachweh**

peter.nachweh@buz-berlin.de
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
Tel: 030 302 30 10

Schülke & Mayr/DAHZ-Hygienepreis 2002

Der Infektionsschutz in oralmedizinischen Arbeitssystemen ist ein Aufgabenbereich, der -, obwohl seit Jahren kontinuierlich optimiert - immer noch nicht ausreichend in die Denk- und Handlungsprozesse in Wissenschaft und Praxis einbezogen wird. Zweifels- ohne sind vor allem durch die klinische und industrielle Forschung erhebliche Fortschritte bewirkt worden, ohne dass aber alle Probleme erkannt und gelöst werden konnten.

Die Schülke & Mayr GmbH hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit ihrer Forschungs-, Entwicklungs- Produktions- und Informationsarbeit um die ständige Verbesserung der Arbeitsmittel und Verfahren für die hygienische Arbeitssicherheit vor allem in der zahnärztlichen Praxis bemüht.

Mit der von ihr unterstützten Gründung des Deutschen Arbeitskreises für die Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) im Jahre 1979, mit den seit 1989 von ihr gesponserten fünf Ausgaben des DAHZ-Leitfadens und der Stiftung des S&M/DAHZ-Hygienepreises 2000 hat das Unternehmen die Tradition seiner Förderaktivitäten fortgesetzt.

Der jetzt ausgeschriebene S&M/DAHZ-Hygienepreis 2002 ist mit Euro 3000 dotiert und wird anlässlich der 34. DAHZ-Jahrestagung im Dezember 2002 in Hamburg verliehen.

Es können bereits veröffentlichte Beiträge aus den Jahren 2000 und 2001, aber auch noch nicht bekannte Arbeiten eingereicht werden, die sich mit dem Thema

"Infektionsschutz in der Oralmedizin"

befassen und für die fachspezifische hygienische Arbeitssicherheit von Bedeutung sein können.

Die Jury, der Prof. Dr. rer. nat. Klaus Bößmann (Kiel), Prof. Dr. med. Peter Heeg (Tübingen), Dr. med. dent. Karlheinz Kimmel (Neuhäusel), MR Dr. med. dent. Klaus Neumann (Ohorn) und Dr. chem. Jörg Siebert (Hamburg) angehören, behält sich vor, von sich aus ihr bekannt gewordene Beiträge in die Ausschreibung einzubeziehen.

Die Beiträge können als Publikation, Manuskript und/oder Video bei der Fachredaktion Dental, Haskenstr. 7, 56335 Neuhäusel (Telefon + 49 (0)2620 345/Fax + 49 (0)2620 8892) in dreifacher Ausführung eingereicht werden. Letzter Einsendetermin ist der 31. Mai 2002.

Mitglieder des DAHZ und Mitarbeiter der Schülke & Mayr GmbH können sich nicht am Wettbewerb beteiligen. Der Rechtsweg ist bei der Prämierung ausgeschlossen.

Es gibt keine Scharnierachse!

Warum bestimmen wir sie dann? – Um den Artikulator zu programmieren! - Den braucht man nicht!

Konfus? – Obige Statements geben einige Aspekte der letzten Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre in Bad Homburg wieder.

Traditionalisten + Fortschrittliche im Kampf um den wahren Glauben in der Funktionslehre – wobei, was vor 20 Jahren Fortschritt war, heute geradezu sträflicher Anachronismus ist und die Zahnmedizin des vorletzten Jahrhunderts ohne Artikulator und Gnathologie hochmodern. So findet sich mancher mit dem soliden Wissen des Staatsexamens von vor 1960 – unbeeinflusst durch Fortbildungstätigkeiten - unversehens wieder an der Spitze der Bewegung. Es geht alles viel einfacher – aber das höchst kompliziert.

Axiographie nein danke, Klipp-Klapp ja bitte. Die wahren Abenteuer sind im Kopf – supranasal – Okklusion ist eine Sache der inneren Einstellung – Das beißt sich ein.

Verstehen Sie noch irgendwas? Nein – ich auch nicht so ohne weiteres.

Konkret: auch auf der Jahrestagung in Bad Homburg waren die Gegensätze zwischen den Traditionalisten mit ihren noch feineren Schrauben und noch elektronischeren Artikulatoren und den Fortschrittlichen mit Tendenz zur Tiefenpsychologie auch am Lebensalter festzumachen. Mir als praktizierendem Zahnarzt wird jedoch häufiger als den dozierenden eine konkrete Lösung abverlangt. Solides Handwerk im Bewußtsein, daß an jedem Zahn ein Mensch hängt, ist nach wie vor in der ZMK Goldstandard. Präzision ist nach wie vor nicht schädlich, aber die Seelenlage des Patienten ist nicht so ohne weiteres in m zu messen. Es bleibt schwierig, und das auf hohem Niveau.

Leitlinien? Aber sicher: sternförmige, zumindest in der Funktionslehre

W.-G. Esders, Karlsruhe
Zertifikat für Funktionslehre der AGF in der DGZMK

Crownless Bridge Works (CBW System)

Bericht über eine Fortbildungsveranstaltung der DAZ / BUZ Studiengruppe Berlin / Brandenburg zur " minimal – invasiven Brückentechnik ".

Peter Nachtweh, Berlin

Nicht selten steht man als Behandler vor der Situation, dass nach dem Verlust eines oder mehrerer Zähne aus der geschlossenen Zahnreihe die der Lücke benachbarten Zähne nicht überkronungsbedürftig sind, jedoch meistens der gewünschte Lückenschluss auch gleichzeitig die vollständige Überkronung dieser Zähne bedeutet. Diese konventionelle Versorgungsform beinhaltet zahlreiche Risiken und manchem Behandler widerstrebt es, für den Lückenschluss gesunde Zahnschubstanz zu opfern. Aber auch der aufgeklärte zahnbewusste Patient fragt nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten und ist eher geneigt, im Seitenzahngebiet auf den angestrebten Lückenschluss zu verzichten, als sich gesunde Zähne beschleifen zu lassen. Eine Versorgung mit Einzelzahnimplantaten scheidet beim gesetzlich versicherten Patienten in der Regel an den wirtschaftlichen Bedingungen, oft wird auch die umfangreiche chirurgische Vorbehandlung gescheut. Die sogenannte Maryland – Brücke hat sich wohl nicht durchsetzen können oder wird aus bekannten Gründen nicht mehr propagiert.

Am letzten Fortbildungsabend des vergangenen Jahres beschäftigte sich eine Studiengruppe aus Berlin und Brandenburg mit dem Brückensystem CBW – Brücken. Die Kollegin Dr. Lechler, die bereits seit einigen Jahren mit diesem System arbeitet, demonstrierte in Zusammenarbeit mit ihrem Ehemann, dem Zahntechnikermeister Lechler, eigene Behandlungsfälle aus ihrer Praxis an Hand von Modellen und Diaserien.

Die Aufnahme eines oder mehrerer Brückenglieder erfolgt bei diesem System über Mikroanker aus Titan oder Zirkonium, die durch eine Präzisionsbohrung in die Approximalfächen der natürlichen Zahnkronen eingebracht werden. Die Bohrtiefe am Zahn beträgt 1,6 mm. Die benötigte Grundausstattung ist überschaubar. Sie besteht aus einem Mikrowinkelstück, diamantenbeschichteten Spezialbohrern, diversen Mikroankertypen mit unterschiedlichen Höhen (1,4 mm bis 2,65 mm), den Ankerparallelhaltern, einem Bondingsystem und einem dualhärtendem Spezialkleber, die beide meistens in der Praxis schon für andere Behandlungsformen zur Verfügung stehen.

Die Vorgehensweise und die einzelnen Arbeitsschritte wurden für einen konkreten Behandlungsfall demonstriert und von der Studiengruppe diskutiert. Die ersten Behandlungsphasen unterscheiden sich nicht von der konventionellen Brückenversorgung: Röntgenaufnahme, Anfertigung von Situationsmodellen und die Modellanalyse im Labor. Hier wird für die entsprechende Zahnstellung festgelegt, welcher Ankertyp verwendet werden muss, aus welcher Position und in welchem Winkel mit dem Mikrowinkelstück die Bohrung durchgeführt wird und wo sich die genaue Position der Anker an den Approximalfächen befindet. Sinnvoll er-

scheint auch die Anfertigung einer Wachsaufstellung, um das ästhetische Ergebnis besser einschätzen zu können. Mit Hilfe einer Bohrschablone bzw. Übertragungskäppchen werden dann die Positionen der Anker auf die natürlichen Zähne übertragen, und die Bohrungen mit den Spezialbohrern im Mikrowinkelstück durchgeführt. Die Anker benötigen allerdings auch eine gewisse Anlagefläche, so dass sich spätestens jetzt herausstellt, dass am natürlichen Zahn doch mehr Substanz abgetragen wird als nur durch die Minimalbohrung erforderlich wäre. Nach dem Anätzen der Anlageflächen und der Anbohrungen werden die Anker mit

CROWNLESS BRIDGE WORKS



Ein schonender
und
funktioneller
Lückenschluss
braucht kluge Köpfe
+
CBW®



CBW® in jeder Praxis

Wir bieten:

- CBW Seminare
- CBW Studienpaket
- digitaler CBW Kurs
 - praktische Hilfestellung

Information

Gratis Rufnummern:

- Tel: 00800-530 20050
- Fax: 00800-530 20055

- Internet

www.cbwdental.com

Indikationen für CBW® Brücken

Ein- bis zweispännige Brücken
im gesamten Zahnbogen:
bei gesunden Pfeilerzähnen
bei restaurierten Pfeilerzähnen
(nur Compositestfüllung)
Kombinationsbrücken mit einer
Krone und einem Anker



Anker Krone

Crownless Bridge Works GmbH
47829 Krefeld
Tel: 00800-53020050 (gratis)
Fax: 00800-53020055 (gratis)

einem Bondingsystem und dualhärtendem Komposit (CBW Spezialadhäsivzement oder Variolink) eingeklebt. Dann erfolgt die Abformung dieser Situation, die Anfertigung des Brückengerüsts bzw. eventuell ohne Einprobe die Fertigstellung des definitiven Brückenzwischenliedes. Diese CWB – Brücke wird abschließend ebenfalls mit einem Bondingsystem und einem Dualzement in die bereits im Munde vorhandenen Mikroanker eingesetzt.

Frau Dr. Lechler fasste die Vorteile des CBW – System folgendermaßen zusammen: Zur Aufnahme der Brückenanker erfolgt eine minimale Entfernung gesunder Zahnhartsubstanz. Die natürliche Okklusion bleibt weitgehend erhalten, weil die Pfeiler nicht beschliffen werden. Man kann die CBW – Anker auch kombinieren mit Vollkronen oder Teilkronen auf dem zweiten Brückenpfeiler, oft sind die Molaren überkronungsbedürftig, die Prämolaren naturgesund. Wegen der geringen Bohrtiefe kann die Behandlung ohne Anästhesie durchgeführt werden. Es entfallen die Risiken einer irreversiblen Traumatisierung der Pulpa durch eine umfangreiche Präparationstechnik. Die Laborkosten sind gering, allerdings entstehen Investitionskosten für die Anschaffung des Systems. Als weitere Vorteile beschrieb die Referentin die einfache Systemanwendung, die gute erzielbare Ästhetik, den hohen mechanischen Halt und die hohe Belastbarkeit dieser kronenlosen Brücken. Die Zuhörer waren beeindruckt.

In der sich anschließenden Diskussion wurden bezüglich der Haltbarkeit dieser Konstruktionen vom Auditorium Zweifel angemeldet. Es gab Hinweise auf eigene negative Erfahrungen mit einzementierten Inlaygetragenen Brücken im Unterkiefer, die sich aufgrund der helecoiden Verwindung des Unterkiefers beim Kauvorgang lösen, wenn man sie nicht an einem Brückenpfeiler als Inlay in Inlay konstruiert. Und nun sollen diese zierlichen geklebten Mikroanker in Verbindung mit der Schmelz- Ätztechnik und einem Dualzement eine besondere Belastbarkeit versprechen? Nach den Erfahrungen der Referentin: Ja.

Das CBW – System ist schon seit einigen Jahren verfügbar, der große Durchbruch blieb aber bislang aus. Ob das nur daran liegt, dass diese Brückenkonstruktion keine Kassenleistung ist. Die Studiengruppe Berlin / Brandenburg würde sich über weitere Erfahrungsberichte freuen und bedankt sich an dieser Stelle noch einmal bei der Kollegin Dr. Lechler für ihren Vortrag.

CBW-Seminararten Frühjahr 2002

13.03. Braunschweig	15.00-18.00
16.03. Berlin	10.00-13.00
10.04. Dresden	15.00-18.00
12.04. Karlsruhe	15.00-18.00
13.04. Basel	14.00-17.00
26.04. Münster	15.00-18.00
27.04. Hamburg	10.00-13.00
03.05. Linz	15.00-18.00

Anmeldung: Tel: 00800-530 20050
00800 = gratis Fax: 00800-330 20055
Dozent: Dr.med.dent.Olschowsky
Kosten: 150.- Euro incl. MWSt

Die Zukunft gestalten

Nur wem es gelingt, sich Vorsprünge vor anderen zu verschaffen, wird sich im zunehmend schwieriger werdenden Gesundheitsmarkt erfolgreich behaupten können.

Im Wettbewerb um Marktanteile gelten für die zukunftsorientierte Zahnarztpraxis die gleichen Grundsätze wie für andere Branchen. Aber nur selten wird diese Erkenntnis auch umgesetzt.

Derjenige, der mehr und einen größeren Nutzen bietet als der Berufskollege um die Ecke, wird erfolgreich neue Patienten gewinnen und langfristig an sich binden.

Das bedeutet aber auch, unkonventionelle Wege zu beschreiten, (Dienst-)Leistungen anzubieten, die den Patienten positiv überraschen.

DENTALINE
Unternehmenskonzepte



Patienten zu haben, die nur zufrieden sind reicht auf Dauer nicht aus. Ihre Patienten müssen begeistert sein und das auch weitererzählen.

Überzeugende Strategien bei denen Ihre Patienten im Mittelpunkt stehen, die professionelle Organisation des Praxisteams, eine zielorientierte Unternehmensführung sowie die regelmäßige Kontrolle der Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis sind die wesentlichen Bausteine für eine erfolgreiche und sichere Zukunft.

Diesen Weg mit externen Fachleuten als Berater und Impulsgeber zu gehen, kann den entscheidenden Vorsprung sichern.

Gemeinsam mit Ihnen wollen wir Ihre Zahnarztpraxis professionell und zukunftsicher gestalten. Haben Sie neben dem Heilberuf nicht auch ein Unternehmen zu führen? So erfolgreich wie möglich?

COUPON Bitte kopieren und faxen an (030) 99 90 03 46
Dentaline GmbH Mahlsdorfer Str. 61 e 15366 Hönow

Bitte informieren Sie mich darüber, was Sie für mich tun können

Name

Anschrift

TelefonFax

Koblenz: Volles Programm für Zahnärzthelferinnen

Das Koblenzer Fachseminar des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen e. V. (BdA) bietet auch in diesem Jahr wieder jede Menge Wis-senswertes. Insgesamt 14 kurzweilige Themen haben die Frauen des BdA-Landesverbandes Rheinland-Pfalz für Mitarbeiterinnen in den Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen zusammengestellt. Die Veranstaltung findet am 13. April 2002 in der Rhein-Mosel-Halle in Koblenz statt.

Speziell für Zahnärzthelferinnen spricht beispielweise eine Referentin über "Die verschiedenen Schienen in der Zahnarztpraxis und deren Abrechnung". Hier geht es u. a. um Aufbissbehelfe zur Prophylaxe und Therapie von Kiefergelenkerkrankungen, Schienen als Wundverbände sowie zur Fixation u. Retention nach umfangreichen chirurgischen Eingriffen und bei Verletzungen der Kiefer, Bissführungsplatten als präprothetische Maßnahme, Retentionsschienen in der KFO, Schie-nungsmaßnahmen im Rahmen der PA-Behandlung, Medikamententräger, Sportmundschutzgeräte u.s.w.

Weitere Seminare befassen sich mit der Beratung von Patienten und der Versorgung mit Implantaten und prothetischen Suprakonstruktionen.

Unter dem Motto "Gut zu Kopf – effektives Gedächtnistraining leicht gemacht" vermittelt schließlich Prof. Norbert W. Lotz wertvolle Informationen über das menschliche Gedächtnis, seine Arbeitsweise und Gesetzmäßigkeiten. TeilnehmerInnen lernen einfache Techniken, mit denen sie gezielt Ihre Gedächtnisleistung steigern können.

Seminare für Auszubildende zu Prüfungsvorbereitungen und Weiterbil-

dungsmöglichkeiten runden das vielseitige Tagesprogramm ab.

"Wir hoffen, dass diese Veranstaltung ein ebenso großer Erfolg wird wie die voran-gegangenen drei", so Margret Hilken, BdA-Landesvorsitzende von Rheinland-Pfalz. "Für unsere Kolleginnen ist ständige Weiterbildung eine wichtige Voraussetzung, um im Berufsalltag bestehen und mitreden zu können. Wenn diese noch in einer angenehmen Atmosphäre vermittelt wird, dann ist das um so besser."

Die Teilnahmegebühren betragen für BdA-Mitglieder 50 Euro, Nichtmitglieder zahlen 80 Euro. InteressentInnen können das komplette Programm anfordern bei Margret Hilken, T: 0261/70 13 40.

Weitere Informationen erhalten Sie von:

Margret Hilken,
BdA-Landesvorsitzende Rheinland-Pfalz
Am Nußbaum 4, 56077 Koblenz
T/F: 02 61/ 70 13 40

BdA-Vorstandsbüro Eppstein
Heike Rösch,
Ressort Öffentlichkeitsarbeit
Neugasse 1A, 65817 Eppstein
Tel: 06198/5777-24, Fax. 5777-29

BUZ-Stammtisch am 06.03.2002

Thema: Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung nach der "Crown-Down-Technik"

Herr Martin Raida, Dentalfachberater für den Bereich Endodontie, von der Firma Dentsply De Trey, hat sich dankenswerter Weise bereit erklärt, anlässlich des Stammtisches der Berliner Unabhängigen Zahnärzte am 06.03.2002 im Hotel Seehof, in Berlin Charlottenburg, einen Vortrag über das Thema maschinelle Wurzelkanalaufbereitung zu halten.

Besonderer Leckerbissen für alle Teilnehmer dürfte sein, dass er nicht nur in der Theorie bleiben, sondern für einen "hands-on-Teil" Material und Geräte mitbringen wird.

Der ATR TECNICA Mikromotor ist ein drehmomentgesteuerter Motor, der sich für endodontische NiTi-Instrumente aller Art eignet. Vervollständigt durch das Winkelstück W&H 16:1 mit Miniaturkopf wird der Zugang auch zu Bereichen mit chronischem Platzmangel (Molaren) erleichtert. Bei der endodontischen Behandlung ertönt ein akustisches Signal und es erfolgt eine Umkehrung der Drehrichtung des Instrumentes, wenn das vorgeprogrammierte Drehmoment erreicht wird. Auf diese Weise wird das Frakturrisiko der Aufbereitungsinstrumente im Kanal erheblich reduziert.

Vollendet wird das System durch die ProTaper-Nitinol- Aufbereitungsinstrumente. Sie haben eine sehr ungewöhnliche Form und vereinigen innerhalb einer Feile mehrere (aufsteigen-

de) Konizitäten. Man unterscheidet zwischen drei shaping Feilen zur koronalen Erweiterung und drei finishing Feilen zur apikalen Ausformung. Die Instrumente haben einen dreieckigen Querschnitt mit scharfen Schneiden und können so sehr gut Dentin abtragen. Allerdings ist der Einsatz dieser Instrumente nur mit einem Motor mit Torsionskontrolle möglich. Per Tastatur können Drehmoment, Drehzahl und etliche Funktionen an die individuelle Arbeitsweise angepasst werden. Die programmierten Werte lassen sich abspeichern, um sie jederzeit wiederherstellen zu können; darüber hinaus kann man sie bei Bedarf auf die Herstellerangaben zurücksetzen.

Die sogenannte "Crown-Down-Technik" bei der Kanalaufbereitung soll sowohl in qualitativer Hinsicht eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse erbringen, als auch einen erheblichen Zeitgewinn erwirtschaften. Durch neue Antriebssysteme wie den ATR TECNICA werden Sicherheit und Komfort bei der Anwendung rotierender NiTi-Instrumente deutlich erhöht, doch auch weiterhin erfordert die Endodontie viel Fingerspitzengefühl!

Die Veranstaltung wird um 20.00 Uhr im Hotel Seehof in Berlin Charlottenburg beginnen.

(Adresse: Lietzenseeufer 11, 14057 Berlin, Tel.: 030 320020)

Hochwirksame Fluorid-Kamillen-Zahncreme

Medizinische Zahnpflege.

Medizin und Natur im Einklang: amin-o-med kombiniert hochwertige Pflanzenstoffe mit Amin- und Natriumfluorid zu einer Rundum-Mundpflege für Tag und Nacht.

Doppel-Fluorid: Eine wirksame Kombination aus Amin- und Natriumfluoriden versorgt schnell und anhaltend den Zahnschmelz. Das stärkt die Widerstandskraft gegen Karies.

Fluoridgehalt: Aminfluorid 800 ppmF, Natriumfluorid 400 ppmF, RDA-Wert 60.

Viele natürliche Wirkstoffe: Kamillenblütenextrakte, (-)-alpha-Bisabolol nat. und D-Panthenol pflegen und wirken vorbeugend gegen Zahnfleischentzündungen.

Xylit verzögert den Plaqueaufbau um 50% und hemmt das Bakterienwachstum. Hervorragend gegen Parodontitis.

amin-o-med ist Mundpflege auf medizinischem Niveau. Bitte testen Sie selbst. Auf Ihren Erfahrungsbericht freuen wir uns.

Jetzt für Zahnärzte und Prophylaxe-Shops

Überzeugen Sie sich und Ihre Patienten. Bestellen Sie noch heute Original-75ml-Tuben zum Ärztepreis inkl. kostenfreier Probetuben und Informationsmaterial für Ihren Praxis-Shop direkt bei Dr. Liebe. Info-Tel: 0711 / 75 26 26
Bestell-Fax: 0711 / 75 66 66



Sauber und auffällig: Den Verkaufsaufsteller gibt es bei der Mindestbestellmenge von 12 Tuben gratis dazu.



Dr. Liebe
70771 Leinfelden-
Echterdingen
www.aminomed.de
Infos per e-Mail:
service@drliede.de

Composite - perfekte Ästhetik

Hamburger Qualitätszirkel setzt sich mit den Vorteilen und Problemen der Adhäsivtechnik auseinander.

Tino Käcks, Hamburg

Anlässlich des regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkels der Gruppe 4 unter der Leitung von Dr. Ulrich Happ gab es am 10. Januar 2002 in den Räumlichkeiten des Billstedter Kulturpalastes eine Veranstaltung von besonderem Wert.

Gesponsert durch die Firma 3M-ESPE konnte der erfahrene Referent Dr. Bührens aus Schwerin für einen Vortrag zum Thema "Compositeverarbeitung" gewonnen werden.

Zunächst präsentierte Herr Reiland die Firma 3M-ESPE als Globalplayer und gab einen Überblick über die Produktpalette. Interessant klang die Äußerung, wonach 3M-ESPE im nächsten Jahr ein chemisch völlig andersartig zusammengesetztes Composite – fast ohne Schrumpfung – auf den Markt bringen wird. Man darf gespannt sein!

In seinem Referat ging Dr. Bührens ausführlich auf die Tricks der Compositeverarbeitung ein und gab einen Überblick über die Grundlagen der Adhäsivtechnik, die Vorbereitung der Kavität, Ätzen, Primen, Bonding sowie indikationsgerechte Auswahl von Compositen.

Weiterhin vermittelte er Kenntnisse zu den einzelnen Füllungstechniken, der Lichthärtung sowie der Ausarbeitung und Politur von Füllungen. Natürlich empfahl er die neue LED-3M Elipar Free Light Softstart Polymerisationslampe. Sehr interessant war auch die Thematik Reparatur von Compositen und Keramikverblendungen. Die Vermeidung von Fehlern wurde erör-

tert und beeindruckend kritisch (auch an 3M-ESPE Produkten) dargestellt.

Natürlich war der Referent von dem Produkt "Prompt L-Pop" (all in one – Dentinbonding-agent 3M-ESPE) überzeugt und verwies in diesem Zusammenhang auf eine Broschüre des Sponsors aus der Reihe DentNet-Masters-Education "Die Adhäsivtechnologie – ein Leitfaden für Theorie und Praxis", die kostenlos über 3M-ESPE bezogen werden kann!

Wie allgemein bekannt, muss bei der Verarbeitung von Compositen besonders sorgfältig vorgegangen werden, um ein hochwertiges Behandlungsergebnis zu erzielen. Dr. Bührens stellte dar, wie schnell dieses Ziel nicht erreicht wird, sofern bei der Vielzahl der Herstellungsschritte auch nur geringfügig von den Verarbeitungsvorgaben abgewichen wird. Zum Beispiel geht es in der Frage Trockenlegung mit Kofferdam nicht so sehr darum "ob", sondern vielmehr darum, "wie lange" trocken gelegt werden muss!

Den Fortbildungsabend rundete eine Tischpräsentation der Firma 3M-ESPE ab, so dass bei einem kleinen Imbiss (ebenfalls von 3M-ESPE gesponsert) im kollegialen Gespräch ein positives Resümee gezogen werden konnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es eine gelungene Fortbildungsveranstaltung im kleinen Rahmen war, welche allemal empfehlenswert ist und auch von anderen Qualitätszirkeln in Anspruch genommen werden sollte.

Eben nicht nur eine Werbeveranstaltung von 3M-ESPE!

eIPAY[®] OFFICE 1.0

... die EC- und Kreditkartenterminal-Software für jeden PC

Preisgünstig, schnell und einfach mit Ihrem PC

Machen Sie Ihren PC mit eIPAY Office zum vollwertigen Karten-Terminal.

Bieten Sie mehr Service und verringern Sie Ihre Außenstände.

Auch Ihre Patienten möchten bargeldlos zahlen.

eIPAY Office ist ein modernes Softwareprodukt zum bargeldlosen Zahlungsverkehr. eIPAY ist in der Lage, sehr kostengünstig Zahlungen im ec-Lastschriftverfahren mit Deckungsgarantie sowie alle gängigen Kreditkartenzahlungen abzuwickeln

Und so einfach geht es: Betrag eingeben...

Karte durchziehen...

Zahlungseingang verbuchen...

Voraussetzung:

- PC oder Notebook mit Windows
- ISDN-Karte
- Magnetkartenleser
- Drucker



Wir beraten Sie gern:

SYLOG

Warenwirtschafts-Systeme
Auerstr. 44 * 10249 Berlin
Tel./Fax: 030 - 427 800 73 / -74
E-Mail: INFO@SYLOG.DE

eIPAY ...einfach gut bargeldlos kassieren

Buchbesprechungen

D. Heidemann (Hrsg.)

Deutscher Zahnärztekalendar 2002

Deutscher Zahnärzte-Verlag Köln

324 Seiten, 74 Abb., geb. 32,72 Euro

ISBN 3-934280-20-X

Alle Jahre wieder gibt es den "nützlichen und idealen Begleiter durch das zahnärztliche Praxisjahr" - und das seit nunmehr 61 Jahren. Da ist es allein schon erstaunlich, dass man - bedenkt man die inflationäre Fülle zahnmedizinischer Fachliteratur und Periodika - so kontinuierlich die Leser mit interessanten Beiträgen bei der Stange gehalten hat, denn ein Kalendarium ist der Zahnärztekalendar ja nur marginal.

Auch diesmal finden sich wieder wichtige praxisrelevante Beiträge - zum Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis, besonders bei Risikopatienten und bei der Parodontitisbehandlung - zur Herstellung galvanotechnischer Inlays, Kronen und Brücken - zur Ätiologie keilförmiger Defekte und zur Dokumentation zahnärztlicher Behandlungen. Ich bezweifle allerdings, ob in Zeiten des EDV-Einsatzes direkt am Behandlungsplatz der hier auf 20 Seiten (!) geforderte Dokumentationsumfang zahnärztlicher Behandlungen auch nur annähernd realisierbar ist. Von ungleich größerem Interesse erscheinen mir da die substantiellen Stellungnahmen der DGZMK zu Palladium-Legierungen, zum Bleaching, zu Virusinfektionen in der Praxis und zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Sehr wichtig und erfreulich kurz (der Autor ist schließlich Praktiker) ein Beitrag über die praxisgerechte Diagnostik und Therapie der Parodontitis und über die Integration des Diodenlasersystems in dentale Arbeitsabläufe (!). Natürlich auch - wie gehabt - die wichtigsten Adressen der deutschen Zahnmedizin (Universitäten, Berufsverbände, jetzt auch Dentalfirmen). Empfehlenswert für jeden, der etwas mit dem Fach zu tun hat.

P. Tetsch, J. Tetsch

Zahnärztliche Implantate

Ein Ratgeber für Patienten

Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln

93 Seiten, 55 Abb., broschiert 15,24 Euro

ISBN 3-934280-22-6

Auch wenn dies als "Ratgeber für alle, die an zahnärztlichen Implantaten interessiert sind" konzipiert ist, sollte eigentlich an allererster Stelle stehen, wie man den Verlust eigener Zähne verhindern kann. Es spricht nicht für eine ernsthafte zahnmedizinische Grundkonzeption der Autoren, wenn das Wort Prävention oder Vorbeugung im ganzen Buch nicht erwähnt wird, intensive Zahnpflege nicht einmal zur Vorbedingung einer Implantatbehandlung gemacht wird und von 93 Seiten gerade 4 für die Implantatpflege aufgewendet werden (Im Buch von Kimmel: "Implantate als Zahnersatz" ist das viel besser!). Außerdem frage ich mich, warum "ausgefallene Wünsche (wie die nach Tatooth und Diamanten) realisiert werden müssen" (S.33) und warum manche Bilder so unscharf sind.

Gut sind demgegenüber die laienverständliche Darstellung der Implantationstechnik und die vielen Schilderungen konkreter Patientenbiographien, die Betroffenen vor einer Implantationsbehandlung die notwendigen Hintergrundinformationen vermitteln können.

G. Bach, J. Düker

Zahnärztliche Fotografie

Thieme-Verlag 2001

82 Seiten, 251 meist farbige Fotos, 76,18 Euro

ISBN 3-13-128961-9

Dass der Thieme-Verlag, der so hervorragende Bildbände wie die "Farbatlanten der Zahnmedizin" produziert, gerade in einem Buch über zahnärztliche

Fotografie Bilder von so mäßiger Qualität, repro-technische Mängel, schwierig aufzufindende und z.T. falsch nummerierte Bildlegenden, vor allem aber so miserable Röntgenaufnahmen (und diese aus der Röntgenabteilung einer Universitätsklinik!) akzeptiert, ist nicht zu verstehen. Und wenn die Autoren ausdrücklich selbst fordern, "die gewählte Kombination Objektiv, Kamera, Lichtquelle sollte eine möglichst einfache und zuverlässige sein", steht dieser richtigen Prämisse die umfängliche Darstellung historischer Kamerasysteme geradezu entgegen: Wer sich mit diesen Monstern (z.B. einer Kamera mit einem 100mm Makro und 2 Seitenblitzen) herumgeärgert hat, weiß, wovon ich rede. Warum aber fehlt dann das einfachst zu bedienende System - das Dental-eye von Yashica - völlig? Es wird seit fast 15 Jahren von vielen Kollegen in Praxis und Klinik verwendet und lässt sich sogar ohne Assistenz benutzen.

Einsteiger in die zahnärztliche Fotografie werden - so fürchte ich - mit diesem Buch eher in Ratlosigkeit gestürzt - da ist ein 1-Tages-Kurs bei der Kammer sicher die bessere Investition. Und dass Fortgeschrittene außer Nostalgie hier viel Brauchbares finden, bezweifle ich.

Dr. Hey, München

**H. Lüllmann, K. Mohr, L. Ziegler,
Taschenatlas der Pharmakologie
381 Seiten, 171 Farbtafeln
von J. Wirth**

ISBN 3-13-707704-4, DM 58,90

Der Taschenatlas der Pharmakologie ist weniger ein Atlas als vielmehr ein sehr kurz gefaßtes Lehrbuch mit jeweils auf der linken Seite Text und auf der rechten Seite mit schönen und originellen Farbtafeln. Die textliche Darstellung ist sehr sachlich, knapp aber mit sehr vielen Fakten aneinander gereiht, und ist sehr klein gedruckt.

Das Lesen dieses Buches erfordert sehr viel Kon-

zentration, damit keine wichtigen Informationen überlesen werden.

Die 4. Auflage ist grundsätzlich neu überarbeitet mit Tafeln und Texten für Diabetes-, Herzinfarkt-, Glaukom-Therapeutika sowie Arzneistoffen gegen Vergiftungen.

Auch für den/die Zahnarzt/ärztin ist es immer wieder interessant, über nicht typisch zahnmedizinische Themen zu lesen. So finde ich die Darstellung der allgemeinen Pharmakologie mit kurzem, geschichtlichem Abriss sowie recht ausführlicher und genauer Beschreibung von Arzneimittelwirkungen gut. Stichworte: Eiweißproteinbindung, Glucoronidierung, renale Elimination u.s.w.

Die "kleinen Analgetika" werden mit therapeutischer Dosis, Vergiftungserscheinungen und allergischen Reaktionen besprochen (ASS nicht bei Kindern und Schwangeren im 3. Trimenon). Die Penizilline sind anschaulich dargestellt. Gut fand ich die Therapiebeschreibung der TBC und deren Resistenzproblematik sowie der aktuellen AIDS-Therapie.

Auch die Herztherapeutika sind genau und im Verhältnis ausführlich beschrieben. Die Lokalanästhetika kommen dagegen für uns als Zahnärzte eindeutig zu kurz. Hier empfiehlt sich weiterführende Literatur, z.B. Pharmakologie und Toxikologie ebenfalls von Lüllmann und Mohr, oder Andere.

Auf Seite 344 weist der Taschenatlas auf weiterführende Literatur hin.

Im Anhang des Buches werden einige spezielle Erkrankungen beschrieben sowie deren Therapie. Beispiel: Angina Pectoris, ein durchaus möglicher Notfall in der zahnärztlichen Praxis!

Durch ein farbiges Griffregister lassen sich die einzelnen Kapitel gut finden.

Der Taschenatlas der Pharmakologie (4. Auflage) ist ein handliches, kompaktes, sehr schön farbiges Nachschlagewerk welches mit entsprechendem Vorwissen gut zu verstehen ist. Der Preis von DM 58,90 ist günstig.

Tamara Tauchelt

IDS Nachlese

W.-G.Esders, Karlsruhe

Seit der IDS im Frühjahr 2001 ist ausreichend Zeit vergangen, die Aussagen der Dentalhersteller auf ihren Wirklichkeitsgehalt zu überprüfen. Einige Produkte konnten in der eigenen Praxis getestet werden, andere sind noch nicht in die Realität hinübergewechselt. – Einiges bleibt Wunschtraum.

Um mit dem letzten anzufangen: noch immer wünsche ich mir eine Dentalsoftware, die nicht nur meiner Frau beim Abrechnen hilft – das klappt ja eigentlich schon ganz gut – sondern die auch mir meine Arbeit beim Behandeln erleichtert. Einen traumhaften Auftritt in diesem Sinne hatte die Firma DENTMAN: eine Software, die workflow-artig von der Befundung zur Diagnose und weiter zur Therapie nicht nur meine zahnmedizinischen Fähigkeiten unterstützen sollte. Demo und Präsentation waren vielversprechend – im wörtlichen Sinne. Letzte Meldung: das Geld ist alle. Schade – ein Traum!

Realität war aber auf der IDS, dass zumindest die Notwendigkeit einer vernünftigen, d. h. umfassend integrierten Software zur Kenntnis genommen wurde. Als Anwender ernstgenommen wurde/wird man z. B. bei Firmen wie Computer Konkret, Dens-Office, Dialog – relativ klein, aber schon lange am Markt befindlich. Man freut sich schon, wenn man als Nicht-Programmierer nicht gleich als DAZ (Dümmster Anzunehmender Zahnarzt) behandelt wird. Kompetente, sachliche Beratung ohne Werbeschnickschnack – nur in jedem 5. Satz "Herr

Doktor" – freundlich. Auf Nachfrage wird bestätigt, dass LINUX als Serverbetriebssystem (File + Printserver) selbstverständlich einsetzbar ist: Das spart glatt einen Tausender.

Kompetente und freundliche Beratung auch bei Hawe Neos – auch Fragen nach Kleinigkeiten wie Keilen (Licht oder Holz) werden ausführlich und sachlich beantwortet. Mit der Firma habe ich noch nie schlechte Erfahrungen gemacht. Mir macht schon der Katalog Spaß. Tausend Kleinigkeiten, die den Alltag angenehmer gestalten, Spezialitäten, die das Zahnarztzweifel erfreuen – Schweizer Präzision. Das Komplett-Set zum Polieren von Kunststofffüllungen ist geordnet und systematisiert. Herr Kimmel wird seine Freude dran haben. Ähnliches bei Busch – Systematik bei Schleifkörpern – Information ohne Firlefanz. Kleine und zierliche Schleifkörper für minimal-invasive Füllungstechniken und Fissurenversiegelungen von Komet und im Set mit Versiegelungsmaterial von Vivadent sind sicher sinnvoll und praktisch.

Eine gute Idee scheint mir auch die Cromas-Serie von Ivoclar – Vivadent zu sein. Das Composit ändert auf UV-Bestrahlung hin für einige Sekunden seine Farbe und kann besser erkannt und ausgebohrt werden. Das konnte ich praktisch nicht ausprobieren – Muster sind bisher (Dez 2001) nicht bis zu mir durchgedrungen – dafür war natürlich der Messstand sehr eindrucksvoll. – Man kann nicht alles haben.

Aufgefallen ist mir auch die freundliche Betreuung am Morita-Stand. Die Mitarbeiter, obwohl sichtbar abgekämpft, haben mir die Funktion ihres Endodontie-

Winkelstücks ausführlich erklärt; nach einigen Wochen konnte ich das gute Stück in der Praxis für vier Wochen probeweise einsetzen – ohne Verpflichtung – ohne Theater – einfach so. Das hat mir gefallen – und das Produkt auch: Mit dem TRI-Auto ZX können Wurzelkanäle unkompliziert maschinell aufbereitet werden. Drehmomentbegrenzung, Auto-Start und -Stop, Akkubetrieb und integrierte elektronische Längenmessung funktionieren und wirken stressmindernd, zeitsparend, strahlungsvermeidend. Der Preis ist angemessen. – Gut! – Der Messestand war allerdings nicht sehr schick – man kann nicht alles haben.

Von Roeko gibt's einen Non-Latex Kofferdam – kardinalspurpurfarben. Die zugehörige gute CD-Rom wurde unter Mitarbeit meiner alten Uni Münster (katholisch!) hergestellt. Der Kofferdam ist aber auch Nicht-Katholiken zu empfehlen – sehr elastisch – reißfest. Teurer als das bewährte Produkt aus Naturrohstoffen – kann aber nach Sterilisation so 2 – 3 mal benutzt werden – danach wird's peppig. – Ich nehm den jetzt fast immer – trotz der Farbe (Glaubensfrage?)

Sterilisieren: Aufgefallen ist mir der Steri Stack der Firma Getinge: "a complete, module designed hygienic unit" – ein durchdachtes Konzept der Zusammenstellung und Anordnung der üblichen Komponenten – aber eben mit System. – Klasse! Durchdachte Abläufe, Ergonomie – Funktion – Sicherheit: Spitze! Info bei Maquet in Neumünster.

Ein Tipp eher für die kleine Praxis: Thermodesinfektor in der Größe einer Tisch-Spülmaschine (für die 1-Personen Praxis) Von SciCan Medtech in Zug/CH.

Für einen ähnlichen Personenkreis: Röntgen Entwickler und Fixierer in Tablettenform: Der Paketdienst bringt Ihnen kein Wasser in die Praxis, das müssen Sie von den Stadtwerken kaufen. Nachteil: Kürzere Haltbarkeit – kleinere Menge – Vorteil siehe oben. Gibt's von Tetenal: Der Katalog ist auch sonst interessant, jede Menge Zubehör zum Röntgen und auch für Tintenstrahldrucker. Info: Tetenal Hamburg oder www.tetenal.com. Auch hier beeindruckend die Diskrepanz zwischen Qualität des Produktes und Präsentation.

Weiter mit Röntgen: Kodak Insight Filme – bis zu 60 % kürzere Belichtungszeiten bei vergleichbarer klinischer Qualität – die Entwicklung ist weniger fehler-tolerant, aber dann durchaus eine Alternative zum elektronischen Röntgen – rentabler sicher.

Überrascht hat mich zum Beispiel auch die klare Aussage eines Lysta-Mitarbeiters (das sind die mit den Halogen-Lampen) auf meine Frage, was denn die funktionellen Vorteile des neuen Modells im Vergleich zum Vorgängermodell seien – Gibt's nicht! Danke! Politiker wird der nicht – aber ich bleibe bei meiner Lysta-Lampe.

Was sonst noch: Carisolv – the painless thrill: gute Unterstützung: unaufdringliches informatives Marketing-Infomaterial auch für Patienten. Einziger Nachteil: hat nur wenig mit der in Deutschland ausgeübten Zahnmedizin zu tun – "ohne Bohrer – das kann doch nix sein – und dann geht's auch noch länger – und tut nicht weh – und kostet extra" – ob das was wird?

Mikrobiologie für Paro: Gensonden, einige überregionale Anwender. Ich mach das mit meinem Laborarzt in der Nähe – dem

darf ich auch mal dumme Fragen stellen und krieg dann trotzdem kluge Antworten. In dem Zusammenhang kann auch Emdogain genannt werden – seitdem Jan Lindhe das positiv bewertet hat, benutze ich das auch; dem glaube ich fast alles. Biora GmbH, Bad Homburg.

TMJ-Disorders – ein (nicht nur) DAZ (in der eigentlichen Bedeutung) Thema – aus dem Land der unbegrenzten Möglichkeiten ein Produkt mit eingeschränkter Indikation. T4U : the multifunctional appliance – computer design and constructed with patented dual layer technology. – Im Klartext: eine mit weichbleibendem Kunststoff ummantelte thermoplastische Hart-Kunststoff-Schiene (?). Die Idee ist ja gut: im kochenden Wasser erweichen – in den Mund einbringen – der Patient schließt in Kopfbißstellung die Frontzähne – abkühlen lassen – fertig.! Nur: so einfach geht das nicht: mir ist es auch mit mehreren Versuchen nicht gelungen, eine Schiene herzustellen, die in Passform und Funktion an meine konventionellen auch nur annähernd herankam. Wenn man allerdings von der Prämisse ausgeht, dass jede Schiene hilft Konkret: anders – aber nicht besser.

Letzteres gilt meiner Meinung nach auch für Circonoxidkeramik: Wo ist der Vorteil? Das Material ist opak – also nicht leichter schön zu bekommen. Wenn's gut halten soll, muss adhäsiv befestigt werden; damit ist der Vorteil der Biokompatibilität zunichte gemacht. Konventionell befestigt lässt die Haltbarkeit zu wünschen übrig. Für mich als Konsequenz: Was soll's?

Now something absolutely different: Implants – Nein, dazu sage ich nichts, ich erinnere nur an eine Aussage von Prof. Wagner, gewesener DGZMK-Präsident:

"Die Implantologie ist der Rotlichtbezirk der Zahnmedizin." Tja: Da sollen ja tolle Sachen abgehen (auf der Reeperbahn) und eine soziale Funktion hat das wohl auch und "Make Love not War", aber eigentlich und als Familienvater Andererseits: Sex sells. An Wagners Ausspruch scheint was dran zu sein.

Zum Schluss noch etwas Positives: Dental Man ist eine portable Einheit – ursprünglich für den militärischen Einsatz entwickelt und für Gebrauch in 3. Welt-Regionen – entsprechend robust und handlich. Jetzt kommt aber der Clou: Die dänische Firma hat die vorhandenen Komponenten in ein netteres Outfit gepackt – das Ganze ist ohnehin akku-betrieben – inklusive Absaugung, Wasser-aufbereitung und Speibecken – und alles auf Räder gestellt. Das sieht erstens gut aus und ist zweitens ohne jede Spezialinstallation einsetzbar, d. h. man kann jederzeit mit einem normalen Möbelwagen von A nach B umziehen. Niederlassung muß dann anders definiert werden – Vermieter werden sich wundern – Zahnmedizin wird wieder zum fahrenden Gewerbe. Das ist noch ein Projekt, aber konkrete Utopie. Einige nicht in Tarnfarben gespritzte Einheiten sind in Skandinavien im öffentlichen Einsatz, in Großbritannien und auch in den USA sind Hausbesuche nicht ganz unüblich (Dental Man, Gentofte, DK) – Das Berufsbild ändert sich.

Diese zugegebenermaßen subjektive Quintessenz stellt tatsächlich das dar, was mir nach einem Tag IDS in einigem zeitlichen Abstand erwähnenswert scheint. Was ich erwähnt habe, fand ich gut, was ich mir wünschen würde wäre mehr Gutes, weniger Schnick-Schnack, weniger Verpackung, mehr Sachlichkeit, mehr Ehrlichkeit.

Ein blaues Wunder?

Kai Müller, Seefeld

Natürlich ist es Unsinn, häufig benötigte Geräte von einem Zimmer ins andere zu schleppen. Freilich braucht man die Polymerisationsgeräte sehr häufig. Ebenso gewiss ist in den meisten Behandlungszimmern der Stellplatz in Griffweite irgendwann einmal sehr knapp geworden (die freien Steckdosen auch). Deshalb habe ich in drei Behandlungszimmern zwei Blaulichtlampen. Wenn nur die Prophylaxeassistentin nicht so viel versiegeln würde!

Warum gibt es eigentlich keine schnurlosen Geräte - klein, leicht, sicher zur desinfizieren und möglichst cool? Ein bekannter Stoßseufzer.

Das größte Hindernis für so ein ideales Kleinkraftwerk liegt in der Physik. Die allermeisten 'lichthärtenden' Composite sind auf einen Spektralbereich von 410 bis 500 Nanometer (nm) ausgelegt. Das liegt am Campherchinon, das die Polymerisation initiiert. Es hat sein Absorptionsmaximum bei 465 nm. Alles davor und dahinter ist kontraproduktiv. Blaues Licht bekommt man am einfachsten durch Filterung weißen Lichtes. Also macht man irgend etwas ziemlich heiß, damit es weiß strahlt (Halogenlampen oder Plasma), schirmt es rundum ab, weil heiß, heiß, heiß und schickt es durch einen blauen Filter.

Der schmeißt den größten Teil der Lichtenergie wieder weg und träufelt den vergleichsweise kläglichen blauen Rest in den Lichtleiter. Das geht nur mit aktiver Kühlung, also Elektromotor, Ventilator, Lüftungsschlitze. Es geht auch nur mit ausreichend großer Verpackung, damit unsere sensiblen Künstlerhände nicht nach verbranntem Kautschuk und Hornhaut riechen. Den unvermeidlichen Energiebedarf dieses Leuchtföns kriegt man nur über den direkten Draht zum EAV gedeckt. Mit Akkus geht's nicht einmal minimalinvasiv.

Man muß schon in die mystischen Bereiche der Quantenmechanik wechseln, wenn man das blaue Wunder vollbringen will. Mit chemisch entsprechend komponierten Halbleitern kann man den direkten Weg vom Gleichstrom zum Blaulicht gehen. Wenn an der Quelle bereits Licht mit 440 bis 500 nm (mit einem Emissionsmaximum von 465 nm) zur Verfügung steht, bekomme ich nur das geliefert, was bestellt war - das richtige Licht für Campherchinon.

Diese blauen Halbleiter gibt es noch nicht lange. Es sind LED's, wie wir sie in rot, gelb und grün von den verschiedensten Anwendungen her gewöhnt sind. Wenn uns heute ein Satz roter Bremsleuchten von der Rück-

scheibe eines vorausfahrenden Autos entgegen blendet, sind das solche LED's. Es war vielleicht nur etwas schwieriger, eine blaue Variante zu entwickeln. 3M ESPE hat 19 solcher Ministrahler geschickt gebündelt und so hinter ein Prisma gesetzt, daß das Licht fast verlustlos in den Lichtleiter gelangt. Natürlich erwärmt sich auch ein solches System - man könnte das Gerät sieben Minuten ununterbrochen laufen lassen, bis es automatisch abschaltet, ohne aktive Kühlung. Beim Aushärten von Composites und dem damit verbundenen intermittierenden Betrieb sind 45 min Belichtungsdauer drin, dann ist der Akku leer. Er ist aus Nickel-Metallhydrid und kennt den 'Memory-Effekt' nicht, der die Laptop Computer so früh lähmt.

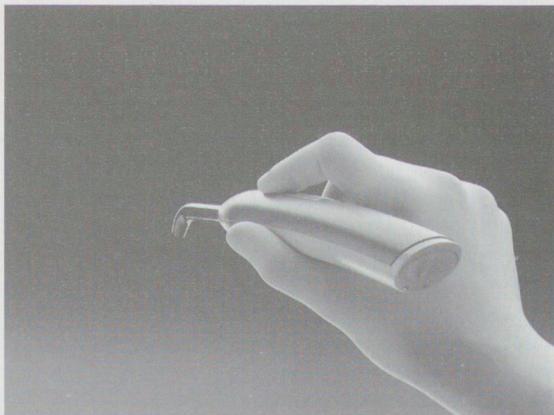
Die äußere Form erinnert an eine Banane. Die leichte Krümmung des zylindrischen (30 mm Durchmesser) Handstücks verhindert das Rollen auf glatten Oberflächen. Folientaster zum Einschalten und zur Wahl der Betriebsart liegen im Griffbereich des Zeigefingers von Rechts- und Linkshändern. Es dauert einige Zeit, bis man nicht mehr hinsehen muss, was man da tastet. Eine wählbare 'Soft-Start' Funktion lässt die Lichtintensität innerhalb von 12 Sekunden auf die volle Höhe ansteigen, die Belichtungszeit ist dann automatisch auf 40 sec festgelegt. Ohne 'Soft-Start' kann zwischen 10, 20 und 30

Sekunden gewählt werden. Der mitgelieferte 'Turbo' - Lichtleiter hat einen Durchmesser von 8 mm, ein Maxi Stab mit 13 mm und ein Proxi Stab mit punktförmiger Lichtaustrittsöffnung sind als Zubehör erhältlich.

Eigene Erfahrungen:

Die Umstellung vom Pistolengriff zur 'Penholder'-Haltung geht schnell. Sehr angenehm ist die deutlich verringerte Blendung. Das Gerät ist durch Wischdesinfektion schnell wieder einsatzfähig, die Ladestation nimmt wenig Platz weg. Durch die Kabellosigkeit und die geringe Größe (28,5 cm) läßt es sich ohne Umstände transportieren.

Fazit: mit dem Übergang zur blauen Diode sind Halogenlampen nur noch über den Preis konkurrenzfähig. Die teure, heiße und werkstoffkundlich fragwürdige Plasmalampe kann als überholt gelten.



Habilitation



Frau Dr. Claudia R. Barthel, die schon vielfach dem DAZ mit Rat und Tat zur Seite stand, hat im Oktober 2001 ihr Habilitationsverfahren an der Charité, Humboldt-Universität zu Berlin abgeschlossen. Wir gratulieren sehr herzlich und wünschen ihr alles Gute für ihren zukünftigen Berufsweg, den sie nun als Privatdozentin weitergeht.

Die Habilitationsschrift hatte sie über das Thema "Untersuchungen zur Keimreduktion im Wurzelkanal" verfasst*, ihre Antrittsvorlesung hatte Frau Dr. Barthel am 5. November 2001 über "Endodontie im Wandel der Zeit" gehalten. Hierbei wurden von ihr jeweils zeitgleiche weltgeschichtliche Ereignisse, Ereignisse in und um Berlin und der Stand der Endodontie gegenübergestellt, beginnend mit Ägypten zur Zeit des Alten Reiches, also zur Zeit des Pyramidenbaus. Dort konnten z.B. Schädel gefunden werden, bei denen sich an Zähne mit offensichtlich durch Abrasion eröffneten und abgestorben Pulpen apikale Entzündungen entwickelt hatten. Diese waren im Sinne einer Schröderschen Lüftung bereits zahnärztlich behandelt worden, um einen Zahnerhalt zu gewährleisten.

Frau Barthel führte die Zuhörerschaft durch die gesamte Geschichte, wobei interessant war, dass das heute gängige endodontische Konzept bereits 1927 vollständig beschrieben und praktiziert wurde. Es gibt zwar viele Variationen bezüglich der applizierten Techniken und Materialien, aber die Grundfesten dieser Prinzipien bestehen heute noch. Wirkliche Neuerung ist eigentlich nur in den neuen endochirurgischen Verfahren zu sehen, die die Erfolgsquoten von retrograden Wurzelkanalbehandlungen rapide ansteigen lassen.

Mit einem kleinen Ausblick auf die Zukunft der Endodontie, die hoffentlich in verbesserter Pulpadiagnostik, in besseren Desinfektionsverfahren, sichereren Fülltechniken mit tauglicheren Materialien liegt, rundete sie den Vortrag ab.

DAZ-forum Redaktion

* unter <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/barthel-claudia-r-2001-10-02/PDF/Barthel.pdf> ist die Arbeit einzusehen .

Laudatio

Am Westufer des Starnberger Sees, nicht weit vom Hause Loriots, kann man jetzt an stillen Spätwintertagen ein leises zweistimmiges Kichern hören. Anders im rauhen Norden unserer Heimat, wo sich Seufzer und klagende Töne ins Sturmgebruu mischen. Im Westen des Landes schickt die niederrheinische Brieftaube ihr monotones Klucken durchs Land, das - wie seit alten Zeiten - weithin auf taube Ohren stößt.

Der neue Frühling tut sich ein wenig schwer mit der Begrünung der Ödflächen zwischen den alten Widerstandsnestern an Ost- und Nordsee, zwischen der neuen und der heimlichen Hauptstadt.

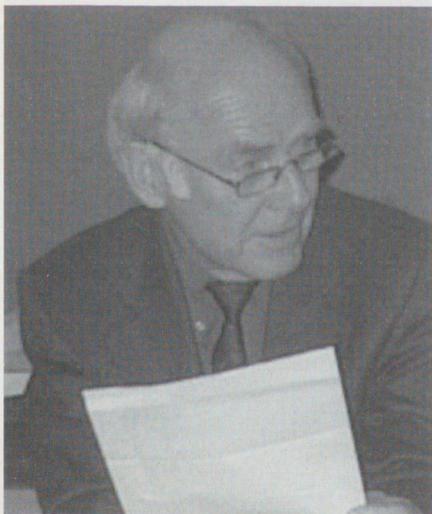
Man wußte, daß es nicht leicht werden würde, wenn der alte Aar das letzte Gelege aufgezogen hat. Zu viele derer, die mit ihm in jungen Jahren Nester beschmutzten, waren zu alten Uhus geworden - wohl gelegentlich bereit zu einem kräftigen Spritzer auf einen auftauchenden Geßlerhut, aber mit dem Brutgeschäft klappte es nicht

mehr so recht. Lange hatten die wenigen Jungvögel das Fliegen geübt, während die Alten ihre unermüdlichen Beuterunden drehten und zuverlässig und regelmäßig ihren Kröpfen Futter entnehmen - keiner weiß wie.

Bleibt zunächst mal wehmütige Bewunderung. Jetzt merkt man, was es heißt, rund zwei Jahrzehnte lang mit Präzision, mit Geduld, mit Witz und mit viel Zeit etwas zu gestalten und am Leben zu halten, das Identität und Bewußtsein einer Gruppe sehr verschiedener Menschen ausmacht. Carla und Hannes Hey haben dem DAZ mit dem 'forum' das Rückgrat eingezogen und gestützt, über die verschiedenen Wenden hinweg, die es zu bewältigen galt. Meistens auch noch 'schee staad', wie es in Bayern heißt.

Der fällige Dank für ihre Arbeit kann nur darin bestehen, daß wir die letzte unabhängige zahnärztliche Publikation im deutschsprachigen Raum weiterleben lassen - mit dem gleichen stillen Feuer.

Kai Müller



Leserbriefe

Zum DAZ-forum 3/2001, S. 38, "Interessante Urteile"

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie geben das Urteil des Sozialgerichts München wider und sprechen davon, dass es danach keine Rechtsgrundlage zur Herausgabe von Behandlungsunterlagen bei prothetischen Behandlungsfällen gebe.

Sicherlich haben Sie nur übersehen, dass dieses Urteil in der nächsten Instanz vor dem Landessozialgericht Bayern keinen Bestand hatte (L 12 KA 533/96). Die beklagte KZV Bayern wurde darin verpflichtet, ihre Mitglieder darüber zu informieren, dass es nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V ein umfassendes Recht des MDK gibt, Behandlungsunterlagen für gutachtliche Stellungnahmen und Prüfungen anzufordern. Dies gilt ausdrücklich auch für prothetische Behandlungsfälle.

Ich würde es begrüßen, wenn Sie diese Rechtsauffassung, die inzwischen bundesweit von den kassenzahnärztlichen Vereinigungen akzeptiert wird, Ihren Mitgliedern bekannt machen würden. Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. dent. Thomas Beyer
Zahnarzt

Vielen Dank für den Hinweis
Die Redaktion

Wie aus weniger mehr wurde, (Fehlerkorrektur forum 75, Seite 67)

das weiß ich auch nicht zu sagen, denn unsere Hilfe in der 3. Welt sollte weniger ein Verteilen von Geschenken und Dienstleistungen aus der großen weiten Welt sein sondern vielmehr eine verlässliche Hilfe zur Selbsthilfe. Dies ist bei der Politik der Globalisierung wichtiger den je.

Mit unserem zahnärztlichen Prophylaxe- und Ausbildungsprojekt haben wir einen kleinen Schritt getan, mit Patenschaften für AIDS-Waisen zusätzlich Vertrauen und Hoffnung in einer desolaten Situation geweckt. Viele Waisenkinder warten, vielleicht auf Sie als persönlichen Freund und Helfer.

U. Happ,
Spadenteich 1, 20099 Hamburg, für Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V.
(www.zahnarztthilfe-kenya.de)



Berlins Unabhängige Zahnärzte - BUZ e.V.- stellen sich vor!

Stefan Günther, Berlin

Die Berliner Unabhängigen Zahnärzte sind ein berufspolitischer Verein, auf den regionalen Bereich von Berlin begrenzt. Gegründet wurde er 1988, hervorgegangen aus der sog. "Löchte Liste", zur Förderung der Umsetzung einer modernen, zeitgemäßen Zahnheilkunde. Die bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nahezu allein agierenden berufspolitischen Gruppierungen waren erstarrt in veralteten Strukturen und innerparteilichen Streitigkeiten und ließen keine Hoffnung auf die längst überfälligen Veränderungen in der Standespolitik zu.

Die Satzung von BUZ wurde am 18. Januar 1988 in der Gründungsversammlung verabschiedet und war Grundlage für die Eintragung als gemeinnütziger Verein. Folgende Ziele sind bis heute charakteristisch für unsere Arbeit:

1. Wahrung der beruflichen und sozialen Interessen der Zahnärzte.
2. Erhalt der Therapiefreiheit in der Zahnheilkunde.
3. Förderung der wissenschaftlichen Fortbildung.
4. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahngesundheit (LAG).

5. Beratung und Unterstützung der Vereinsmitglieder in den Organen der gesetzlichen Körperschaften.

Die Gruppenprophylaxe ist Grundlage für eine effektive präventive Zahnheilkunde, die sich an sozialen Aspekten und an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Durch jahrelange federführende Tätigkeit von Dr. Peter Nachtweh, als Vorsitzendem der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahnheilkunde (LAG), sind in Berlin Strukturen initiiert und gefestigt worden, die eine flächendeckende Betreuung in den Schulen und Kindergärten sicherstellen.

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der Prophylaxeassistentin derart auszubilden, dass im Rahmen der Delegation eine fundierte und an höchsten Qualitätsmaßstäben orientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgen konnte. Das Prophylaxeseminar ist beispielhaft in Form und Struktur für viele Ausbildungsstätten in ganz Deutschland geworden.

Zur Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung wurde das Phillip-Pfaff-Institut ins Leben gerufen. Dieses Institut ist als erstes Fortbildungsinstitut in der Rechtsform einer GmbH gegründet worden. Gesellschafter sind die Zahnärztekammer von Berlin und die Zahnärztekammer Brandenburg. Als eigenständige wirtschaftliche Einrichtung ist dieses Institut in der Lage, unabhängig von den Kammerhaushalten sein wissenschaftliches Programm zu organisieren und durchzuführen. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Institutsleitung bei der Erstellung und Durchführung der Fortbildungsprogramme.

Mit der Festigung der Strukturen der Gruppenprophylaxe, einer beispielhaften Ausbildungsstätte für Prophylaxeassistentinnen und einem in Deutschland vorbildlichen wissenschaftlichen zahnärztlichen Fortbildungsinstitut haben BUZ wesentliche Ziele ihres Programmes erfolgreich umgesetzt.

Die Standespolitik in Berlin wird seit der Gründung von BUZ wesentlich beeinflusst durch deren Präsenz in der Zahnärztekammer und durch die kritische und konstruktive Arbeit in der Vertreterversammlung der KZV.

Die positive Umsetzung des Paradigmenwechsels in der Zahnheilkunde in Deutschland, Prävention statt Zahnersatz, ist nach Auffassung von BUZ nur ein erster Schritt auf dem Wege zu einer modernen Zahnheilkunde. Unser Ziel ist es, die Prävention zum übergeordneten Prinzip unseres be-

ruflichen Handelns zu verwirklichen. Hierfür bedarf es in Berlin eines einflussreichen und starken Engagements.

Die Erarbeitung einer modernen und zeitgemäßen Berufsordnung ist eine große Verantwortung für uns – ebenso wie die Forderung und kreative Mitarbeit zu einer Veränderung der Approbationsordnung, um bereits in der studentischen Ausbildung den Grundstein für den Paradigmenwechsel in unserem Beruf legen zu können.

Als regionale Vereinigung ist es uns möglich, uns in regelmäßigen Zeitabständen zu unserem Stammtisch zu treffen. Jedes Quartal findet am jeweils ersten Mittwoch ein Zusammentreffen der interessierten Kolleginnen und Kollegen statt. In engagierten Diskussionen werden die aktuellen Ereignisse beurteilt und über Perspektiven gesprochen.

Wesentliche Impulse entstehen hierbei für die Arbeit in den berufspolitischen Gremien. Ein zentraler Aspekt dieser Diskussionen ist die Nachwuchsarbeit, die Voraussetzung für die Kontinuität unserer bisherigen Arbeit ist.

In dem Bewusstsein, für die Freiheit und Selbstbestimmtheit in der Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland Verantwortung zu tragen, arbeiten wir an Konzepten für eine ausgewogene und soziale Gesundheitspolitik im Einvernehmen mit Politik, gesetzlichen Krankenversicherungen und der Zahnärzteschaft.

Die Studiengruppe vom DAZ und NAV-Virchow-Bund in Berlin

Eva Hübner, Berlin

Im November 1989 gründeten Ostberliner Krankenhausärzte, die erkannt hatten, dass grundsätzliche Veränderungen im Gesundheitswesen der DDR notwendig sind, eine Initiativgruppe. Zu dieser Gruppe nahmen engagierte Zahnärzte frühzeitig Kontakt auf und arbeiteten mit den Ärzten gemeinsam an der Gründung eines Vereins. Aus diesen Aktivitäten ging der erste unabhängige Ärzte- und Zahnärzteverband der DDR hervor. Am 03.02.1990 wurde der Rudolf - Virchow - Bund aus der Taufe gehoben. Schon bei der ersten Veranstaltung des Virchow - Bundes trafen die Zahnärzte mit DAZ - Mitgliedern zusammen. Es wurden Erfahrungen ausgetauscht, Übereinstimmungen festgestellt und Kooperationen eingegangen. Erste persönliche Kontakte wurden geknüpft.

Im November 1990 verschmolzen der Rudolf - Virchow - Bund und der NAV. Der DAZ, der schon seit 1988 einen Kooperationsvertrag mit dem NAV hatte, gesellte sich 1991 dazu. Damit entstand in der Bundesrepublik Deutschland erstmals ein Zusammen-

schluss, der ärztliche und zahnärztliche Interessen gleichermaßen vertritt. Standespolitisch steht der DAZ selbstverständlich für die Freiberuflichkeit und die zahnärztliche Selbstverwaltung und damit für den Erhalt von Kammer und KZV.

Schon 1990, bei der ersten gemeinsamen Kammerwahl in Berlin, bekamen wir 6 Sitze in der Delegiertenversammlung und stellten ein Vorstandsmitglied.

Von den aufgestellten Kandidaten waren 60% Frauen, entsprechend dem Anteil der Zahnärztinnen in der Berufsgruppe. Im Vergleich dazu betrug der Frauenanteil der Kandidaten bei anderen Verbänden nur 15%. 1994 konnten wir 7 Mitglieder in das Zahnärzterparlament entsenden, und wir stellten mit Dr. A. Bellmann die Vizepräsidentin. Sie war die erste Frau in der deutschen Zahnärzteschaft, die in dieses Amt gewählt wurde.

Unsere Vertreter in der Vertreterversammlung der KZV setzen sich für die Beibehaltung des Solidarprinzips in der

gesetzlichen Krankenversicherung, eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und eine gerechte Verteilung der für die zahnärztliche Versorgung bereitgestellten Mittel ein. Wir streben die weitere Integration der zahnärztlichen Prophylaxe an, um eine zeitgemäße Zahnheilkunde ausüben zu können. Der Gedanke der Vorbeugung von Zahnerkrankungen ist bei uns auch deshalb fest verankert, weil es in unseren Reihen eine größere Zahl ehemaliger Kinderzahnärzte gibt, die diesem Gedanken traditionell verbunden sind. Ein besonderes Engagement verdient hervorgehoben zu werden. Von Dr. E. Kutschke und ihren Mitsreiterinnen wurde mit der Jugendzahnklinik Hohenschönhausen ein bundesweit einmaliges Projekt initiiert. Aufbauend auf den Erfahrungen der Kinderzahnheilkunde wurde ein Modell entwickelt, in dem Vorsorgeuntersuchungen und Therapie nicht getrennt, sondern öffentlicher Gesundheitsdienst mit privatärztlicher Behandlung aus einer Hand angeboten werden. Seit nunmehr 10 Jahren wird hier engagiert und erfolgreich gearbeitet.

Am 24.03.1993 wurde die Berliner Studiengruppe nach dem Vorbild der bundesweit bestehenden Studiengruppen im DAZ gegründet. Zur Vorsitzenden wurde Dr. C. Barthel gewählt. Im Juli 1994 ging die Leitung der Studiengruppe in die Hände von Zahnärztin E. Jacobczyk über. Wir treffen uns in der Regel monatlich. Neben anspruchsvollen Fortbildungsveranstaltungen zu

moderaten Preisen stehen der unbefangene, kollegiale Erfahrungsaustausch und die Diskussion von standespolitischen Themen im Vordergrund. In diesen neun Jahren kontinuierlicher Fortbildung haben wir durch enge Kontakte zu zahnärztlichen Kollegen an den Hochschulen und zu engagierten niedergelassenen Zahnärzten namhafte Referenten gewinnen und damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten können. Neben der fachlichen Weiterbildung werden in den Seminaren der Studiengruppe junge Kolleginnen und Kollegen bei Ihren Problemen rund um die Niederlassung beraten. Die räumliche und personelle Nähe zum NAV - Wirtschaftsdienst ist dabei sehr hilfreich. Die Kontakte von Zahnärzten in Niederlassung, Kollegen, die an der Hochschule in Forschung und Lehre arbeiten, Zahnärzten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst haben allen aktiven Studiengruppenmitgliedern Erfahrungen gebracht, die wir heute nicht missen möchten und gern an Interessierte, besonders Jüngere, weitergeben wollen.

Alle Aktivitäten gehen von einer kleinen Anzahl engagierter Verbandsmitglieder aus, deren Kräfte begrenzt sind. Die gute Kooperation in den standespolitischen Gremien, die Übereinstimmung von politischen Zielen, fachlichen Inhalten und weiteren Gemeinsamkeiten mit Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ) haben uns bewogen, unsere Kräfte zu bündeln und ab jetzt eng zusammen zu arbeiten.

Nächste Treffen von DAZ-NAV-Studiengruppe und BUZ-Stammtisch sowie weitere Termine in Berlin und ausgewählte überregionale Termine

- 13.2.2002, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes in der Chausseestr. 99: Fortbildung zum Thema "Der Weisheitszahn aus kieferorthopädischer Sicht", Referentin: Frau Prof.Dr. Christa Opitz (Tel. 030/9915003)
- 6.3.2002, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: Fortbildung zum Thema "Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung nach der crown-down-Technik", mit Referent Martin Raida (Dentsply) und hands-on-Teil
- 9./10.3.2002, 9.30 bzw. 10.00 Uhr, Köln: außerordentliche Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes
- 16.3.2002, 9.00 Uhr, Neumünster: Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag zum Thema "Praxisführung der Zukunft: worauf müssen wir vorbereitet sein?" (Tel. 04347/1313)
- 20.3.2002, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 99: Fortbildung zum Thema "Therapiekonzept und Organisation in der Prophylaxepraxis", Referent: Dr. Stefan Günther (Tel. 030/9915003)
- 24.4.2002, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 99: Fortbildung zum Thema "Diagnostik und Therapie von Blutungen bei bzw. nach oralchirurgischen Eingriffen", Referentin: Dr. Ingrid Schirmer (Tel. 030/9915003)
- 4./5.5.2002, Frankfurt, Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VZDM-Frühjahrstagung 2001 & DAZ Ratssitzung, siehe auch ausführliches Programm Seite 15, 16.
- 22.- 25.05.2002, Dresden: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie mit Sitzung des Arbeitskreises Psychologie und Zahnmedizin zum Thema "Prävention zahnmedizinischer Erkrankungen – Forschung und Praxis" (Tel. 0221/81-13016)
- 5.6.2002, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-DAZ-Stammtisch
- 4.9.2002, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-DAZ-Stammtisch
- 22.-26.9.2002, Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie mit Arbeitsgruppe zum Thema "Psychologische Forschung in der Zahnmedizin" (Tel. 0221/81-13016)
- 28.9.2002, 10.00 Uhr, Berlin: DAZ-Jahrestagung mit Mitgliederversammlung
- 01.- 05.10.2002, Wien: FDI-Weltzahnärztekongreß,
- 15.11.2002, 10.30 Uhr, Berlin: öffentliche Veranstaltung der Bundeshauptversammlung (BHV) des NAV-Virchow-Bundes
- 4.12.2002, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-DAZ-Stammtisch

Im Jahr 2002 ist nicht nur der Euro neu

Gut einen Monat lang gilt schon die neue Währung, aber die meisten Deutschen rechnen laut Umfragen noch immer still für sich die Euro-Preise in D-Mark um. Es braucht Zeit, sich auf Neues einzustellen - so auch im DAZ.

Bei der DAZ-Jahrestagung hatte es im Oktober 2001 eine regelrechte Aufbruchsstimmung gegeben. Drei "Neue" wurden in den Vorstand gewählt, eine enge Kooperation mit Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ) beschlossen und die Notwendigkeit bekräftigt, mehr auf die jungen Kollegen und den zahnärztlichen Nachwuchs zuzugehen. Der DAZ sollte sich anbieten als ein Forum - für die Diskussion aktueller Fragen, zum Erarbeiten von Lösungsvorschlägen und Plänen von Aktionen. Zugleich stand ein Wechsel in der Leitung der Zeitschriftenredaktion an. Auch in diesem Bereich wird Neues probiert - z.B. die "virtuelle Redaktionsgruppe".

Einige Monate später ist allerdings erkennbar, dass solche Veränderungen Mühe machen und keineswegs von heute auf morgen umzusetzen sind. Reden wir aber zunächst mal über das, was schon in Gang gekommen ist.

Berlin - hier entwickelt sich die schon seit längerem gewachsene Zusammenarbeit zwischen engagierten Zahnärztinnen und Zahnärzten aus DAZ, NAV-Virchow-Bund und BUZ ganz erfreulich weiter. Seit der Jahrestagung lädt man sich gegenseitig zu den Treffen ein bzw. gestaltet diese ge-

meinsam. Verschiedene Fortbildungsveranstaltungen sind schon geplant. Es wird gemeinsame Kammerwahlkampfaktivitaten von DAZ und BUZ geben, und dank der Unterstützung aus Berlin werden wir sicher im Herbst eine interessante Jahrestagung 2002 in Berlin erleben. Unsere Berliner sind auch eine wichtige Stütze der Redaktionsarbeit. Sie haben die Verantwortung für die im Mai erscheinende zweite Ausgabe des Jahres 2002 zum Schwerpunkt Kieferorthopädie übernommen und sind bereits mit Vorarbeiten beschäftigt.

Für Leser, die den DAZ noch nicht kennen, sei an dieser Stelle kurz erklärt: Der DAZ gibt seit über 20 Jahren die Zeitschrift DAZ-Forum heraus. Sie wird von Zahnärzten für Zahnärzte geschrieben und kann als Forum genutzt werden, um Erfahrungsaustausch unter einander zu ermöglichen, gesundheitspolitische Konzepte zu entwickeln und zu verbreiten und vor allem **die** Themen und Bereiche zu beleuchten, die in den offiziellen Standesorganen und den Werbungsdominierten Glanzblattern der Dentalszene zu kurz kommen oder ganz totgeschwiegen werden.

Dass unsere Zeitschrift von Nicht-Profis erstellt wird, hat seine Vor-, aber natürlich auch seine Nachteile. Wer eine Weile lang Chefredakteur gespielt hat, sehnt irgendwann den "Ruhestand" herbei - so Dr. Hanns-W. Hey aus München. Jahre-, nein, jahrzehntelang hat er nicht nur sich sondern auch

seine Frau Karla Hey für das Forum eingespannt. Wir danken den beiden und wollen uns anstrengen, das Forum auch in Zukunft auf vergleichbaren Niveau herauszubringen.

Mit "wir" ist das Redaktionskollektiv gemeint, das sich seit letztem Herbst mühsam zusammenfindet. Bei einem Verein wie dem DAZ mit Mitgliedern, die zwischen Kiel und Konstanz, zwischen Aachen und Dresden verstreut leben, liegt auf der Hand, dass man sich nicht häufig persönlich treffen kann, um zusammen eine Zeitschrift zu machen. Uns bleibt nur die Chance, die elektronischen Medien zu nutzen, bei denen Entfernungen keine Rolle mehr spielen. Zum Teil klappt dies auch schon.

Ziel bei unserer virtuellen bzw. online-Redaktion ist es, möglichst viele interessierte Menschen an der Gestaltung der Zeitschrift zu beteiligen. Frühzeitig wird ein erstes Konzept für sämtliche Ausgaben des Jahres 2002 verbreitet. Jeder, der möchte, kann zusätzliche Vorschläge beisteuern. Die Inhaltverzeichnisse der vier Foren werden ständig aktualisiert. Wenn zwischenzeitlich Beiträge fertiggestellt wurden, ist dies für jeden erkennbar. Man kann die Texte anfordern, Ergänzungen und Korrekturen mitteilen. Der endgültige Forum-Beitrag schließlich könnte das Ergebnis einer regen Diskussion unter mehreren Beteiligten sein. Soweit die Theorie.

In der Praxis scheitert manches leider an simplen technischen Problemen. Noch mehr aber daran, dass bei den

meisten von uns Zeit Mangelware ist. So stellt sich oft weniger die Frage, wie wir einen Artikel in der Redaktion diskutieren, sondern ob er überhaupt je geschrieben wird. Dass Beiträge zusammenkommen, dass Interessantes zu dem für eine Ausgabe gewählten Schwerpunktthema dabei ist und dass dies alles rechtzeitig beim neuen Chefredakteur Dr. Ulrich Happ aus Hamburg eintrifft, dafür sollen vier leitende Redakteure sorgen, die jeweils eine Ausgabe im Jahr vorbereiten. Die erste Forum-Ausgabe haben Sie bereits in Händen, die zweite ist dem Thema Kieferorthopädie gewidmet und wird von Dr. Peter Nachtweh aus Berlin koordiniert, die vierte von Dr. Jörg Hendriks aus Aurich, der Wissenswertes zum Thema Prophylaxe, insbesondere Gruppenprophylaxe, zusammentragen wird. Aber den Koordinator oder die Koordinatorin für die dritte Forum-Nummer müssen wir noch finden. Hier haben wir uns die Thematik "Berufstart und Praxisgründung bis Praxisübergabe" vorgenommen.

Unseres Erachtens wichtige Themen, zu denen sich nicht nur Profis aus Beratungsfirmen, Banken, Dentaldepots usw. äußern sollten, sondern auch Zahnärzte selbst. Ich hoffe sehr, dass kurzfristig jemand in die Bresche springt und leitend die Koordinierung übernimmt – vielleicht sogar aufgrund dieser Zeilen? Auch Nicht-Mitglieder sind im Redaktionsteam willkommen. Das Vorbereiten einer Zeitschrift macht zwar viel Arbeit, bietet aber auch Gestaltungsmöglichkeiten, Raum für eigene Ideen, Kreativität usw. Wäre das nicht etwas für SIE? Hier die

Adresse unserer Redaktionsgruppe: daz.redaktion@happ.org. Falls Sie mitarbeiten möchten und über die virtuellen Verbindungen hinaus auch noch persönliche Kontakte schätzen, sind Sie schon jetzt zu unserer Frühjahrstagung am 4./5.5.2002 in Frankfurt eingeladen. Am Rande dieser Tagung wird auch ein Redaktionstreffen stattfinden.

Auch sonst dürfte die Tagung interessant werden. Mit dem Vorsitzenden des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) Herbert Rebscher haben wir bei unserem gesundheitspolitischen Vormittag in Frankfurt am 4.5.2002 einen Referenten und Diskussionspartner, der auf Kassenseite eine wichtige Rolle spielt und sich nicht scheut, gelegentlich sehr zugespitzte und umstrittene Forderungen in die gesundheitspolitische Debatte einzubringen. Um das heiße Eisen "Einkaufsmodelle" / "Verkaufsmodelle", das im Vorfeld der nächsten Gesundheitsreform auf der Tagesordnung steht, wird er sicher nicht herumreden. Schon 1998 hat uns Franz Knieps vom AOK-Bundesverband bei unserer Frühjahrstagung dargelegt, wie die Kassen von Payern zu Playern werden wollten. Dazu wird Herbert Rebscher inzwischen noch Konkretes anzubieten haben.

Auch der zahnmedizinisch-fachliche Teil am Nachmittag dürfte es in sich haben. Kiefergelenkserkrankungen spielten in der Ausbildung vieler Zahnärzte, die heute tätig sind, noch kaum eine Rolle. Um so wichtiger ist Fortbildung auf diesem Gebiet. Im

Rahmen unserer Frankfurter Tagungen hatten wir bisher bereits Dr. A. Bumann eingeladen, um etwas über manuelle Funktionsdiagnostik zu lernen, und mit Prof. Meyer von der Uni Greifswald über dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans, über Diagnostik und Therapie diskutiert. In diesem Jahr will uns Prof. Dibbets von der Uni Marburg auf eine "lehrreiche Entdeckungsreise" mitnehmen. Er setzt sich kritisch mit den vorhandenen Therapieansätzen bei Kiefergelenkserkrankungen auseinander und fordert Evidenz-gestützte Aussagen und Langzeituntersuchungen.

Nach dem vollgepackten und vorher festgelegten Tagungsprogramm am Samstag besteht am nächsten Tag, dem 5.5.2002, Gelegenheit, auch eigene Themen und Diskussionswünsche einzubringen – bei der DAZ-Ratssitzung. Hier werden u.a. die Fragen zur Sprache kommen, mit denen sich einzelne Arbeitsgruppen beschäftigt haben: Es wird gehen um eine Stellungnahme zum Thema "Ausgrenzung der Prothetik aus der GKV" und um die Kontroverse um Zertifizierungen und Spezialisierungen. Ebenfalls von Interesse dürfte die Diskussion um die offensive Ausweisung zahnärztlicher Qualitätsmodelle gegenüber Patienten und Kassen sein. Auch die Entwicklungen in den Körperschaften einzelner Länder werden Anlass zur Diskussion bieten sowie als bundesweit relevantes Thema die BEMA-Neustrukturierung. Zum Zeitpunkt unserer Frankfurter Tagung werden (hoffentlich) die zur wissenschaftlichen Fundierung der BEMA-Reform durchgeführten Zeit-

mess-Studien publiziert sein, und es werden allgemeine Informationen über den von der Kassenseite vorgelegten BEMA-Vorschlag verfügbar sein – Grund genug, sich mit dieser Thematik erneut zu beschäftigen. Dabei wird kritisch danach zu fragen sein, ob tatsächlich eine fairere Relationierung der zahnärztlichen Leistungen, orientiert am Aufwand ihrer Erbringung, erfolgen wird und ob die neuen Regelungen besser als die alten geeignet sind, eine Steuerungswirkung in Richtung auf Verringerung von Über- und Unterversorgung sowie Förderung von Vorbeugung und Zahnerhalt zu entfalten.

Neben diesen berufs- und gesundheitspolitischen Fragen wird auch das eine oder andere verbands-interne Thema in Frankfurt auf der Tagesordnung stehen. Bei der letzten Jahrestagung wurden drei neue Mitglieder in den DAZ-Vorstand gewählt: Werden sie neue Akzente setzen? Wie entwickelt sich die Kooperation zwischen dem DAZ und Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ)?

Bei unserem Frankfurter Treffen, aber auch an dieser Stelle, sollen außerdem ein paar Informationen aus der Geschäftsstelle einfließen. Die Kölner DAZ-Geschäftsstelle, angesiedelt in Anbindung an den ärztlichen Verband NAV-Virchow-Bund, hat sich in den vergangenen mehr als 10 Jahren ihres Bestehens als Service-Stelle für DAZ-Mitglieder und DAZ-Vorstand verstanden und versucht, die Kommunikation innerhalb des DAZ voran zu bringen, Mitglieder bei der Formulierung und Umsetzung ihrer Ideen zu unterstüt-

zen, die praktische Realisierung in Angriff genommener Projekte sicherzustellen, für eine professionelle Darstellung des DAZ gegenüber Dritten zu sorgen usw.

In den letzten Monaten war vergleichsweise wenig aus der Geschäftsstelle zu vernehmen. Dies hat seine Gründe in der Veränderung der Aufgaben. Zum einen wurde mir, der Geschäftsführerin, die Anzeigenakquisition übertragen. Zur Finanzierung seiner Zeitschrift ist der DAZ auf Anzeigen-Einnahmen angewiesen, zumal in 2002, wo sämtliche Berliner Zahnärzte mit dem DAZ-Forum beliefert werden und die Selbstkosten unserer Zeitschrift entsprechend steigen. Die Anzeigenbeschaffung für das Forum ist ein mühsames und zeitraubendes Geschäft, und man ist immer wieder auf persönliche Kontakte zu Firmen angewiesen. Daher auch an dieser Stelle wie schon oft der Appell an unsere Mitglieder: Tragen Sie etwas bei, indem Sie Ihr Labor, Ihren Lieferanten, Ihre Hausbank usw. für ein Inserat zu gewinnen suchen.

Zum anderen hat die Delegation von Verwaltungsaufgaben an unseren Kooperationspartner NAV-Virchow-Bund ein Ende gefunden. Das heißt, das nunmehr die gesamte Mitgliederverwaltung einschl. Beitragseinzug von mir erledigt werden muss. Darum auch hier ein Appell: Sorgen Sie bitte mit für reibungslose Abläufe. Geben Sie Adress-Änderungen und Änderungen Ihrer beruflichen Situation (z.B. Wechsel in die Niederlassung usw.) frühzeitig bekannt, damit nicht Zeit für aufwändige Recherchen vertan werden

muss. Und natürlich ist im Bereich der Beitragszahlung Disziplin sehr hilfreich. Der DAZ-Beitrag wird nach der Satzung zum Jahresbeginn im voraus fällig. Wer nicht am Einzugsverfahren teilnimmt, sollte also am Anfang eines Jahres von sich aus überweisen. Auf Wunsch stelle ich Beitragsbestätigungen aus. Mitgliedsbeiträge zu Berufsverbänden sind steuerlich abzugsfähig als Betriebsausgaben oder Werbungskosten.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen: Die DAZ-Mitgliedsbeiträge sind durch Beschluss der Hauptversammlung am 13.10.2001 erhöht worden. Es gelten jetzt die Jahresbeiträge: 192 Euro für Niedergelassene, 96 Euro für angestellte Zahnärzte, 36 Euro für Zahnärzte im Ruhestand und 12 Euro für Studierende und Arbeitslose. Ich bitte Sie, diese neuen Beiträge baldmöglichst für 2002 auf das DAZ-Konto Nr. 0003000869 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Köln, BLZ 37060615, zu überweisen oder uns formlos eine Lastschriftermächtigung zu erteilen unter Angabe Ihres Geldinstituts, Ihrer Kontonummer und Bankleitzahl. Wer bereits am Einzug teilnimmt, bei dem wird im Februar der Beitrag abgebucht – zwecks Verwaltungsvereinfachung in EINEM Betrag für das ganze Jahr. Wer Schwierigkeiten hat, den Beitrag aufzubringen, sollte den DAZ-Vorstand wegen einer Ermäßigung ansprechen.

Vorstand und Geschäftsführerin bemühen sich, sparsam und gewissenhaft mit den Mitgliedsbeiträgen

umzugehen. Der DAZ vergibt keine Pfründe, außer für die Geschäftsstellenleitung gibt es keine Vergütung – auch keine ehrenamtliche wie in anderen Standesorganisationen oder Vertretungen (siehe Seite 6). Im Gegenteil tragen viele Mitglieder sogar die bei Treffen oder für die Redaktionsarbeit anfallenden Kosten selbst. Die Mittel des DAZ, um die wir uns dank der positiven Abschlüsse der Jahre 2000 und 2001 keine Sorgen machen, stehen bereit, um das DAZ-forum zu finanzieren und sinnvolle berufs- und gesundheitspolitische Initiativen zu unterstützen – vielleicht auch Initiativen, an denen SIE sich demnächst beteiligen?

Denn: der DAZ ist ein Verein zum Mitmachen. Er bietet Betätigungsmöglichkeiten. Bei den Auseinandersetzungen um die Entwicklung unseres Versorgungssystems (hier ist oft vom "Haifischbecken Gesundheitswesen" die Rede) kann und will er nicht die erste Geige spielen. Aber er versucht, mit seinen begrenzten Möglichkeiten dort, wo es nötig ist, sachliche und kritische Töne einzubringen, Themen und Interessen aufzugreifen, die von den offiziell Zuständigen vernachlässigt werden, und zukunftsweisende Vorschläge zu entwickeln.

Dabei sind Mitdenker und Mitstreiter jederzeit willkommen.

Es grüßt Sie

Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin
Mail daz.koeln@t-online.de

Der DAZ stellt sich vor

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

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die 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 informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift DAZ-forum mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik heraus, aktuelle Nachrichten und Diskussionsbeiträge werden der E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter www.daz-web.de abgefragt werden.

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugrün-

dung, 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 Zahnmedizinstudiums 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.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- verstärkte Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

Qualität

Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muss die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden. Der DAZ fordert daher:

- vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, (DAZ), Belfortstr.9, 50668 Köln,
Tel : 0221 97300545, Fax : 0221 7391239
Mail : DAZ.Koeln@t-online.de
Internet: www.DAZ-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ),
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin,
Tel : 030 3023010, Fax : 030 3255610
Mail : pnachtweh@t-online.de
Internet: www.buz-berlin.de

Redaktion: Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst,
Dr. Jörg Hendriks, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Hanns-W.Hey, Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Tamara Tauchelt, Priv.DoZ.Dr.Stefan Zimmer,
ViSDP: Dr.Ulrich Happ

Redaktionsadresse: Dr.Ulrich Happ, Kapellenstr. 2,
22117 Hamburg, Tel: 040 244578, Fax: 040 243676
Redaktionsmail: daz.redaktion@happ.org

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich

Auflage: 6100

Bezugsbedingungen: Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich, Jahresabo 22 Euro.
Für Mitglieder des DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten einzelne Ausgaben des DAZ-forum auf Anfrage.

Anzeigenverwaltung, Mediadaten: Irmgard Berger-Orsag, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, Belfortstr.9, 50668 Köln, Tel : 0221 97300545, Fax : 0221 7391239, Mail : DAZ.Koeln@t-online.de

Druck: Druckerei Diet, 87474 Buchenberg,
E-Mail druckerei_diet@t-online.de

Kontaktadressen

Berlin-BUZ

peter.nachtweh@buz-berlin.de
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin,
Tel 030 302 30 10 Fax 030 325 56 10
stefan.guenther@buz-berlin.de
helmut.dohmeier@buz-berlin.de

Berlin-DAZ

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

Baden-Württemberg

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

Sachsen

Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr8,
09130 Chemnitz,
Tel 0371 4012228, Fax 0371 4028686,
E-Mail Ralf_Eisenbrandt@t-online.de

Elbe - Weser

Dr. Till Ropers, Alter Marktplatz 2,
21720 Steinkirchen
Tel 04142 4277 Fax 04142 2059
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

Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Ammerseeestr.6,
82061 Neuried, Tel/Fax 089 7556341
Dr. Kai Müller,
E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de
Dr. Ursula Frenzel, Kidlerstr. 33
81371 München, Tel 089 773716
Fax 089 74665749
E-Mail ursulafrenzel@hotmail.com

Nordrhein

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

Oberpfalz

Dr. Gerd Ebenbeck, Hochweg 25
93049 Regensburg, Tel 0941 297290
Fax 0941 2972999
E-Mail info@ebenbeck.com

Oldenburg

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

Rheinhausen

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 0526110166,
Fax 05261 92901
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,
50668 Köln Tel. 0221 97300545, Fax
7391239, E-Mail kontakt@daz-web.de

Beitrittserklärung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- | | |
|----------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12,- Euro |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA | 96,- Euro |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA | 192,- Euro |
| <input type="radio"/> ZÄ/ZA im Ruhezustand | 36,- Euro |
- zutreffendes bitte ankreuzen

Beitrittserklärung

Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V. BUZ
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
Tel.: 030 302 30 10
Fax: 030 325 56 10

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="radio"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | beitragsfrei |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA | 122,71 Euro |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA | 148,07 Euro |
- zutreffendes bitte ankreuzen

KOMPETENZ MIT (SC)HERZ



Thomas Scherz • Mahlsdorfer Str. 61e • Telefon (030) 992 80 80
Dental Keramik GmbH • 15366 Hönow • Telefon (030) 991 30 30

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:

100 g elmex® gelée enthalten:
Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olafleur
3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (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. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen.

Packungsgrößen und Preise:

25 g Dentalgel € 5,75 (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel € 7,96 (verschreibungspflichtig);
215 g Anstaltspackung € 21,24 (verschreibungspflichtig).

GABA GmbH – elmex® Forschung
79515 Lörrach

Stand: Februar 2002



elmex® gelée zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen; zur lokalen Fluoridanreicherung des Zahnschmelzes und zur Remineralisation der Initialkaries.

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

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


GABA GmbH
Spezialist für orale Prävention

elmex® Forschung
e-mail: info@gaba-dent.de