



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 8 – DEZEMBER 1984

Sie lesen u. a.

Analyse der Bewertungsrelationen
zahnärztlicher Gebührenordnungen

Kostenreduzierung der zahnärztlichen Behandlung –
durch erhöhte Selbstbeteiligung oder durch
Qualitätsverbesserung und Vorbeugung?

Frontenklärung

Die Lügengeschichten des „Freien Verbandes“

Schwarz auf Weiß

Trinkwasserfluoridierung für Berlin?

Herdsanierung mit dem Vorschlaghammer

Entwicklungshilfe oder Traumurlaub?



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

Inhalt:

Dr. Hanns-W. HEY - Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Gebührenerordnungen - Über Inhalt und Ergebnis der sogenannten "Dänenstudie" 3

REDAKTION - Kostenreduzierung der zahnärztlichen Behandlung - durch erhöhte Selbstbeteiligung oder durch Qualitätsverbesserung und Vorbeugung? 9

Dr. Kai MÜLLER - Frontenklärung - zu unserer Podiumsdiskussion in Baden-Baden 22

Dr. Gerd EBENBECK - Die Lügengeschichten des "Freien Verbandes" 25

Dr. Till ROPERS - Schwarz auf Weiß - Grauzonen statt Informationen im Niedersächsischen Zahnärzteblatt 38

Dr. Siegrun WANDER - Wahlen zur KZV-Bayern 42

Dr. Erika REIHLEN - Trinkwasserfluoridierung für Berlin? 45

Dr. Hanns-W. HEY - Zur Diskussion gestellt: Herdsanierung mit dem Vorschlaghammer 51

Dr. Lutz ALBERS - Zivilschutzgesetz - ein neuer Entwurf aus dem Innenministerium 55

Dr. Claudia WOHLGEMUTH - Entwicklungshilfe oder Traumurlaub? 60

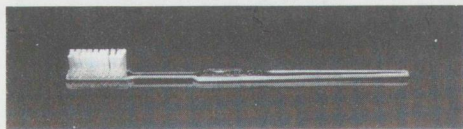
Dr. Hannes BROSCHE - Buchbesprechung 65

Dr. Kai MÜLLER - Balsam für geplagte Ohren 71

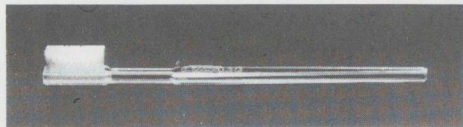
Veranstaltungsankündigungen der Studiengruppe München 74

INFORMATIONEN

Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



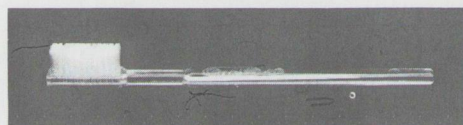
Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



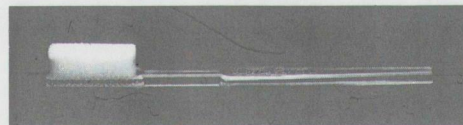
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



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



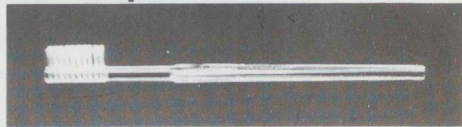
Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



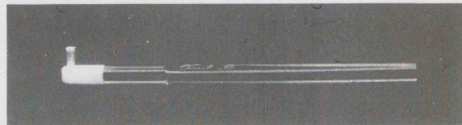
Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

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

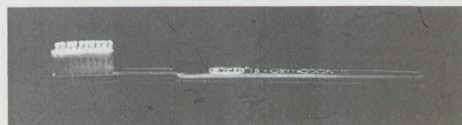
Oral-B Spezialzahnbürsten



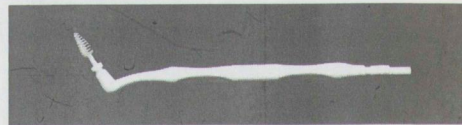
Oral-B Sulcus Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei festsitzenden Apparaturen.



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



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



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

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Gebührenordnungen

— über Inhalt und Ergebnis der sogenannten
„Dänenstudie“

Hinter dem etwas nebulösen, dennoch wissenschaftlich exakten Titel verbirgt sich eine der wichtigsten Untersuchungen zahnärztlicher Behandlungsabläufe der vergangenen Jahre. Wir haben dazu bereits im FORUM 7 (8/84) unter dem Stichwort "Späte Bestätigung" kurz Stellung genommen:

Die vom deutsch-dänischen "Institut for funktionsanalyse og hospitalsprojektering k/s" *) durchgeführte Studie soll - wie es im Vorwort heißt - "bestehende Ungleichgewichte der zahnärztlichen Gebührenordnungen" aufzeigen. Es handelt sich dabei um "eine umfassende empirische Untersuchung, in der an 220 Beobachtungstagen bei 50 Zahnärzten in 40 Zahnarztpraxen die Behandlungszeiten für über 14.000 Leistungen (BEMA-Positionen) an rund 4.500 Patienten erfaßt wurden."

Auftraggeber für diese Studie war das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, nachdem von verschiedenen Seiten (auch vom DAZ) schon vor längerer Zeit der Verdacht geäußert worden war, daß die Bewertung verschiedener zahn-

ärztlicher Leistungen, vor allem im Verhältnis zueinander, nicht mehr der heute üblicherweise durchgeführten Zahnheilkunde entspricht. Rationalisierungseffekte verschiedenster Art während der letzten 25 Jahre haben den Leistungsaufwand wesentlich beeinflußt. Als Beispiele seien hier nur der Wandel bei der Herstellung von Zahnersatz angeführt (vom Kupferingabdruck mit Gips - Überabdruck bis zur Komplettabformung mit gummielastischen Massen) sowie der Einsatz der "Turbine" mit erheblicher Verkürzung der Präparationszeiten. Weiterhin ist bei den meisten Zahnärzten die Einsprechzimmerpraxis durch die Ordination mit zwei oder mehr Behandlungsplätzen abgelöst worden. Hinzu kommt außerdem die in den vergangenen Jahrzehnten immer stärkere Praxis der Delegation von Teilleistungen an Zahnarzhelferinnen.

Da es im Bereich der Füllungs-therapie andererseits außer der Turbinenpräparation kaum nennenswerte Arbeitsrationalisierungen gab, mußte vermutet werden, daß die gleichgewichtige Bewertung konservierender und prothetischer Leistungen heute nicht mehr gegeben ist. Betrachtet man die beiden Leistungspositionen 13c (mehrflä-

*) unter wissenschaftlicher Beratung von Prof. Hupfauß und Prof. Krüger, Universitätsklinik für ZMK Bonn

chige Füllung - 35 Punkte) und 20d (Stufenkrone - 180 Punkte) in ihrem derzeitigen Bewertungsverhältnis (ca. 1:5), so entspräche dies bei gleichgewichtiger Bewertung einem ebensolchen Zeitaufwand von 1:5. Tatsache ist jedoch, daß die Herstellung einer mehrflächigen Füllung in der Regel längere Zeit in Anspruch nimmt als 1/5 des Zeitaufwandes für die Überkronung eines Zahnes. Doch, so die Studie, nur "eine gleichgewichtige Bewertung gewährleistet, daß Leistungen und Behandlungsstrategie - von ökonomischen Erwägungen unbeeinflußt - ausschließlich nach zahnmedizinischen Indikationen erfolgen".

Es ist anzunehmen - und die Ergebnisse der Studie machen diese Annahmen noch wahrscheinlicher - daß die ungleichgewichtige Bewertung zwischen konservierenden, chirurgischen und prothetischen Leistungen die Behandlungsstrategie beeinflußt. Es war nicht nur der DAZ, der in diesem Bewertungsmaßverhältnis eine der Ursachen für den Prothetikboom gesehen hat und noch immer sieht. Wir haben

deshalb die vorliegende Untersuchung mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt:

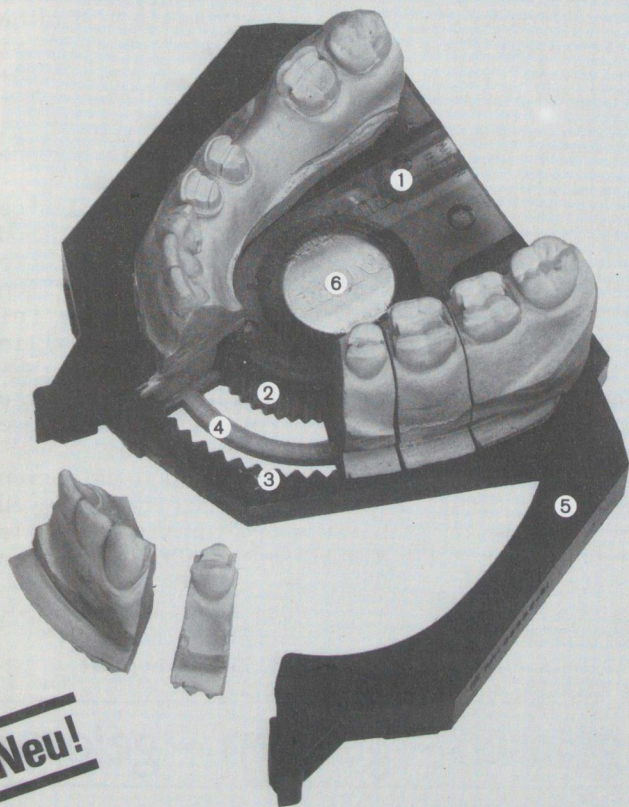
"Die Erfahrungen dieser Untersuchung zeigen, daß nach Einschätzung der Zahnärzte der Zeitfaktor als das mit Abstand wichtigste Kriterium für die Beurteilung der Bewertungsrelationen anzusehen ist."

Mitarbeiter des deutsch-dänischen Instituts haben deshalb in den teilnehmenden Praxen "die unmittelbar leistungsbezogenen Zeiten des Zahnarztes und seiner Helferinnen" mit der Stoppuhr gemessen. Alle nicht unmittelbar zur betreffenden Behandlungsmaßnahme gehörenden Tätigkeiten, wie die Unterbrechung durch ein Telefonat oder die zwischenzeitliche Behandlung anderer Patienten (!) wurden von der Zeitmessung abgezogen bzw. gesondert gemessen.

Die Ergebnisse dieser Zeitmessungen dürften für jeden Praktiker von besonderem Interesse sein, besonders im Vergleich mit dem eigenen Behandlungsrhythmus. So wurden als "mittlere Behandlungszeit des Zahnarztes" gemessen:

Für die Leistung 01	(Untersuchung)	3,97 Minuten
Für die Leistung 8a	(Vit.-Prüfung d. Zähne)	1,92 Minuten
Für die Leistung 13a	(1-flächige Füllung)	5,91 Minuten
Für die Leistung 13c	(mehrflächige Füllung)	9,67 Minuten
Für die Leistung 32	(aufber. d. Wurzelkanals)	12,50 Minuten
Für die Leistung 3a	(Beratung)	4,18 Minuten
Für die Leistung Ä 925b	(Röntgen)	4,06 Minuten
Für die Leistung 20d	(Stufenkrone)	29,40 Minuten
Für die Leistung 91c	(Stufenkrone als Teilleistung bei einer Brücke)	20,35 Minuten
Für die Leistung 18b	(Aufbaufüllung)	5,59 Minuten
Für die Leistung 97-98b	(Totalprothese OK)	57,25 Minuten
Für die Leistung 100b	(Reparatur mit Abdruck)	14,88 Minuten

- Ⓐ stabiler Acrylglasrahmen mit offener Modellbasis
- Ⓐ sichere Stumpfverriegelung
- Ⓐ Magnetfixierung im Artikulator
- Ⓐ flache Form
- Ⓐ Zeitersparnis und leichtes Handling



Neu!

ACCUTRAC

Das Präzisions-Tray, das es 5x schafft.

Bis zu 5x können Sie den neuen Sockelformer von Whaledent wiederverwenden, um material- und zeitsparend, Präzisionsmodelle einphasig auszugießen.

Das Handling ist gut durchdacht. Kernstück ist das eigentliche Präzisions-Tray ① aus massivem, stabilem Acrylglas. Es ist extrem flach und positioniert jeden Stumpf durch 3-Punkt-Fixierung aus Innen- ② und Außenzahnung ③ und Indikatorscheibe ④ mit Kennzahlen. So sitzt das Stumpfmodell völlig bewegungsfrei im Modellhalter. Jeder Stumpf hat seine unverwechselbare und leicht auffindbare Position. Abnehmbare Verriegelungsarme ⑤ sichern die Stümpfe und erlauben den schnellen Zugriff zu jedem Segment.

Ist das Modell ausgegossen, entfernt man die Basisplatte. Jetzt ist das Tray nach unten offen. Kein Gipsstaub oder -körnchen kann exaktes Arbeiten behindern. Mit dem Relief der Plattenrückseite drückt man das Modell aus dem Tray. Der Magnethalter ⑥ mit Kontrollsockel fixiert das Modell im Artikulator. So arbeiten Sie innerhalb und außerhalb des Artikulators schnell, bequem und flexibel.

 **Whaledent International**

WHALEDENT Dentalprodukte, Postfach 10 12 63, D-6360 Friedberg, Telefon (0 60 31) 51 38

Ich interessiere mich für das ACCUTRAC Präzisions-Tray und wünsche weitere Informationen.

Ich erwarte Ihren Anruf unter (_____) _____, regelmäßig die „Whaledent-Informationen“.

Coupon

Um beim eingangs angestellten Vergleich zwischen 13c und 20d zu bleiben, so bestätigen die Zeitmessungen, daß das Verhältnis der Leistungen zueinander im Zeitaufwand 1:3 beträgt, während das Bewertungsverhältnis bei 1:5 liegt.

Der, auf den ersten Blick erstaunliche, niedrigere Zeitaufwand für eine 91c (20,35 Min.) im Verhältnis zur 20d (29,40 Min.) erklärt sich durch den Serieneffekt bei Mehrfachüberkronungen im Zusammenhang mit der Herstellung von festsitzendem Zahnersatz. Weiterhin stellte sich heraus - eine Binsenweisheit für Praktiker - daß Leistungen nach Pos. 92, 93, 98g und 98h sowie 113 zeitmäßig gar nicht erfaßt werden können, da sie fast ausschließlich zahntechnische Leistungen darstellen bzw. "gebündelt" erbracht werden. Als Ergebnis der Untersuchung stellt das deutsch-dänische Institut fest: "Überdurchschnittlich bewertet erscheinen besonders die Ä1 (Beratung), die Positionen 32, 33, 34, 35 (Wurzelbehandlungen), die Position 19a+19b (Provisorien), die Position 98a-98c (individuelle Abformungen) und 100b (Reparatur einer Prothese mit Abformung). Überdurchschnittlich bewertet erscheinen Position Ä 925 (Röntgen), 8a+8b (Vitalitätsprüfungen), 40+41a (Anästhesien), vor allem aber 91 mit 92 (Brücke), 96 mit 98g+h (Teilprothese) und die kieferorthopädischen Positionen 126 und 127c (bei festsitzenden Apparaturen).

Zusammenfassend wird festgestellt, daß "konservierend-chirurgische Leistungen unterdurchschnittlich, prothetische und kieferorthopädische Leistungen überdurchschnittlich bewertet sind, und zwar im Vergleich mit den konservierend-chirurgischen Leistungen etwa doppelt so hoch."

Diese Feststellung entspricht den Vorschlägen des DAZ zur Bema-Umstrukturierung in allen bisherigen Veröffentlichungen.

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

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

UMSCHULUNG FÜR ZAHNÄRZTE? (SKANDINAVIEN)

Quelle: "Gesundheitspolitische Umschau", Nr. 5/1984

Über 400 junge Zahnärzte sind in Dänemark, 100 in Schweden arbeitslos. Heuer rechnet man hier mit einer Verdoppelung der Arbeitslosenzahl. In Schweden werden in den nächsten fünf Jahren etwa 1 500 neue Zahnärzte von der Universität abgehen.

In Norwegen und Finnland gibt es zwar noch keine arbeitslosen Zahnärzte, der Markt aber ist vollauf gesättigt. Die skandinavischen Zahnärzteverbände

haben es erreicht, die Zahl der jährlich zugelassenen Studienanfänger stark zu reduzieren: Dänemark von 200 auf 150, Schweden von 380 auf 260. Norwegen von 155 auf 130. Finnland von 200 auf 155. Noch drastischere Beschränkungen waren gefordert, konnten aber nicht erreicht werden. Mittlerweile wird geplant, Zahnärzte für den Dentalhandel umzuschulen.

GPI Nr. 4/84

SCHMIDPAULA

SP

DENTALLABOR

FRÄSTECHNIK · KONOMETRIE
KERAMIK · MODELLGUSS
PROTHETIK

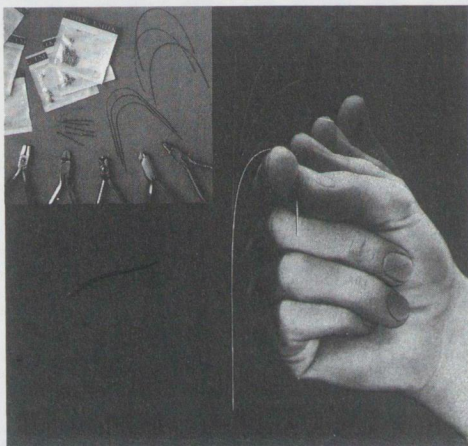
Gerhard Schmid + Bernd Paula
Bruderwöhrdstraße 10
8400 Regensburg
Fernruf (0941) 52188

Mit **NITINOL** kaufen Sie von **UNITEK**[®] mehr als nur Draht

Erwarten Sie von **NITINOL**

- weniger Bogenwechsel
- früheres Einziehen von extrem dislozierten Zähnen
- früheres Einsetzen von Torkkräften

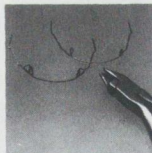
und das bei gesteigertem Komfort für den Patienten



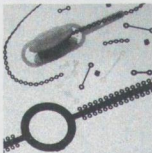
Viele Jahre Forschung und Erfahrung geben uns die Möglichkeit, die zum Teil immer noch bestehenden „Geheimnisse um den **NITINOL**“ zu erläutern.

Rufen Sie an oder sprechen Sie mit Ihrem Vertreter, auch über die praktischen Hilfsteile und die erweiterte **NITINOL**-Palette.

Flexilloy[®]
der vergütbare Draht
für **alle** Biegungen



Alastik[®] Module
Dauerhafte, zuverlässige und reproduzierbare Kraft



inter-UNITEK GmbH
Postfach 1629
D-8032 Gräfelfing
Tel. (089) 85 50 39
Telex 5 213 953 utk d
Telefax 854 24 52

Kostenreduzierung der zahnärztlichen Behandlung

– durch erhöhte Selbstbeteiligung oder durch Qualitätsverbesserung und Vorbeugung?

Zu diesem Thema veranstaltete der DAZ am 06.10.1984 in Baden-Baden eine Podiumsdiskussion, zu der Funktionsträger aus dem Bereich der Krankenversicherungen, der Parteien und der Zahnärzteschaft eingeladen worden waren. Nach anfänglichem Zögern entschlossen sich sowohl die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung als auch der Freie Verband, Vertreter aus den Vorständen zu entsenden, letzterer allerdings nur unter der Bedingung, daß der DAZ außerhalb der Veranstaltung mit dem Freien Verband dessen Vorwürfe gegen den DAZ diskutiert. Ein Bericht hierüber auf S. 22.

Nach diesem Vorspiel fanden sich schließlich am Diskussionstisch zusammen:

G. Aumüller

Syndikus des Bundesverbandes der privaten Krankenversicherung

H. Bieg

Zweiter Vorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte

Dr. Bulk

Beratender Zahnarzt beim Bundesverband der Ortskrankenkassen

Dr. Hey

Vorsitzender der DAZ-Studien-
gruppe München

Dr. Schmidt

Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

H. Schmidt (Kempten)

Sozialexperte der F.D.P.

Dr. Wekel

Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO)

Die Diskussionsleitung hatte Dr. K. Müller, Zweiter Vorsitzender des DAZ.



Bei der dreistündigen Diskussion wurden einmal mehr die unterschiedlichen Ansätze von BdO und freiem Verband bei der

Frage um Kostendämpfung deutlich. Während sich der Freie Verband allen Einengungen und Verpflichtungen durch Ausstieg aus dem Sachleistungssystem entziehen und Zahnersatzkosten dem "verursachenden" und "begehrlichen" Patienten zuweisen möchte, will der BdO bestimmte Leistungen des BEMA, vor allem solche prothetisch-technischer Art, deutlich abwerten, um so zu einer Kostenreduzierung zu kommen.

breitenwirksamer Basisprophylaxe.

Gerade von unserer Forderung nach langfristiger Aufzeichnung der Behandlungsdaten bei den KZVen mit dem Ziel, dem Pfuscher die Arbeit zu erschweren und den qualitätsorientierten Zahnarzt zu belohnen, "hält der Freie Verband überhaupt nichts, weil die Gefahr besteht, daß diese Datenapparate nicht individuell gehandhabt werden ... die Aussage eines Computers ist nicht gerichtsfähig" (die-



Der DAZ vertrat demgegenüber die Auffassung, daß vor einer Erhöhung der Patientenbelastung das System der kassenzahnärztlichen Honorierung und Versorgung verbessert werden sollte - durch Umstrukturierung des BEMA mit Höherbewertung von konservierend-chirurgischen Leistungen und Abwertung prothetischer Maßnahmen, mit der Einführung qualitätsverbessernder Maßnahmen und

se Gefahr ist aber gerade im augenblicklichen System der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten in viel stärkerem Maße gegeben! - Anm. d. Red.).

Immerhin waren leichte Positionsunterschiede zwischen Bundes-KZV und Freiem Verband zu erkennen:

Dr. Schmidt räumte ein, daß "mit dieser anonymen Bezuschussung ein Wunschenken erwachsen ist - ich will das



Metamorphose
eines Zahnes

Hans Blossner - 83

bernd Lorenz

keramisches dental-labor

Waldfriedhofstraße 15/II
8000 München 70 · Telefon 089 - 71 55 88

jetzt gar nicht auf den Patienten allein beschränken, das ist sicher in der Kollegenschaft genauso gewesen."

Dr. Schmidt war es auch, der die anwesenden Kollegen dazu aufforderte, der KZV die Zahnärzte zu benennen, die unkorrekt und in ungenügender Qualität arbeiten (gerade solche Denunziation will der DAZ durch die langfristige Datenaufzeichnung vermeiden - Anm. d. Red.).

Bemerkenswert auch der Standpunkt des F.D.P.-Sozialexperten Schmidt (Kempten): "Ich halte jedoch gar nichts davon, daß man die Selbstbeteiligung (des Patienten deshalb einführt, um Honorarentwicklungen, Pharma-Preisentwicklungen, Krankenhaus-Kostenentwicklungen sozusagen in Ruhe zu lassen".

Erfreulich schließlich auch, daß Dr. Bulk (Beratungszahnarzt des BdO), einen der Leitgedanken des DAZ der Diskussionsrunde in Erinnerung brachte: "Wie kann man es erreichen, daß der gut und korrekt arbeitende Kollege ein angemessenes Honorar kriegt und daß der Pfuscher, der sicherlich auch in unseren Reihen sitzt, entsprechend beschnitten wird. Denn heute wird ja die Quantität belohnt in der Abrechnung, nicht die Qualität. Die Qualität wird ja bestraft." - Großen Beifall aus dem vor allem zahnärztlich besetzten Auditorium - verzeichnet das Tonbandprotokoll, aus dem wir im folgenden die wichtigsten Passagen zitieren:

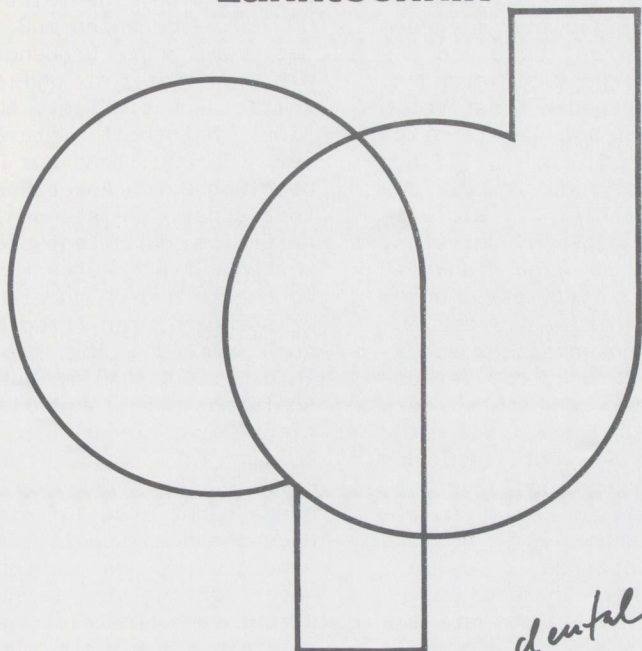
Herr Aumüller (Privatversicherung):



"Die Mündigkeit der Bürger ist ohne weiteres ein Stichwort, was hier eingebracht werden soll und was eben auch dazu beitragen soll, daß Kosten in einem gewissen Rahmen bleiben. Vom Grundsatz her, glaube ich, kommt für gesetzliche und private Krankenversicherungen die Selbstbeteiligung in größerem oder kleinerem Maße in Betracht, wobei natürlich Härtefallregelungen und ähnliches so gestaltet sein müssen, daß es eben nicht, wie es hier in einer ihrer Veröffentlichungen hieß, zu einer Zweiklassenmedizin kommt, sondern daß Selbstbeteiligung nur soweit durchgeführt wird, wie sie tragbar ist und wenn andere Verbrauchsgüter bezahlt werden, dann müßte das eben auch für den Zahnersatz möglich sein."

H. Bieg (Freier Verband):
"Wir brauchen die Direktbetei-

**die adresse für individuelle, moderne
zahntechnik**



quitera dental

quitera dental gmbh

aussigerstr. 21 a

8411 zeitlarn

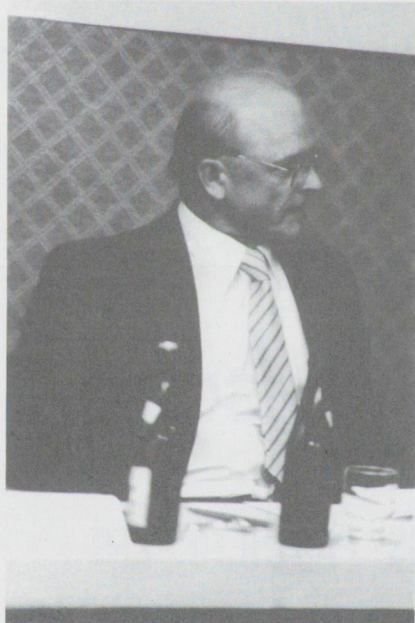
tel. 6 33 43

od. 6 32 43

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

CROZAT - MODELLGUSS - PROTHETIK - KFO

ligung des Patienten aus zwei Gründen: Einmal aus wirtschaftlichen Gründen, um diesem System Effizienz zu geben und zum anderen, um einen aktiven, mitkontrollierenden, mitverantwortenden Patienten zu bekommen, was letztendlich sich wieder für die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit des Systems auszahlt. ... Wir wollen nicht dagegen antreten, daß Zahnverlust eine Krankheit ist. ... Es muß der Fehler vermieden werden, daß der Anteil der Krankenkassenzuschüsse mit dem Aufwand der Versorgung steigt. Das Mittel dazu sind Festzuschüsse. Wir sind weiter der Ansicht, daß der Bereich der Parodontalversorgung den aktiven Patienten erfordert. Wenn wir bessere Parodontalverträge wollen, brauchen wir auch den Patienten als Mitgestalter und als



Mitkontrolleur und wenn für eine Parodontalbehandlung der Patient eine Eigenleistung von DM 200,-- bezahlen muß, so ist das wohl eine Größenordnung, die zumutbar ist und gleichzeitig auch ein Test, ob er an einer Mitarbeit interessiert ist. ... Den Trend zur Frühbehandlung durch Abwertung (prothetischer Leistungen) und natürlich durch entsprechende kostenneutrale Aufwertung (der konservierend-chirurgischen Leistungen), den Trend bejahen auch wir. ... Wir haben die Information, daß man den Vorschlägen der Zahnärzteschaft nicht im geringsten zu folgen bereit ist, sondern sich im Bereich der Krankenkassenverbände nicht etwa auf eine, wie dies gesundheitspolitisch notwendig wäre, Umschichtung oder Umverlagerung der Vergütungsstrukturen einstellt, sondern auf einen radikalen Schnitt, und zwar durchgehend durch alle Bereiche."

Dr. Bulk:

"Die erhöhte Direktbeteiligung ist nicht nur eine Kostenverlagerung, sondern sie hat durchaus einen Mengeneffekt; das merken wir (Zahnärzte) sicherlich, wenn wir sie erhöhen würden, an Umsatzeinbußen. Manch einer würde eine Versorgung in dem Sinne nicht mehr machen lassen, wie er es heute machen würde. Insofern ist also schon auch eine wirkliche Kostensenkung dabei, aber mit dem Preis, daß sich eine sozial schwächere Schicht nicht mehr so versorgen lassen kann, wie ich es eigentlich als Arzt für nötig halten würde. Wobei interessanterweise

gerade eine Schicht getroffen wird, die geradeso über der Härtefallregelung liegt, was ich für die größte Schicht in unserem Lande halte. ... Der Beitrag, der von den Zahnärzten gefordert wird, besteht einfach in der Tatsache, daß wir Einbußen auf dem Prothetiksektor hinnehmen müssen. Ich sehe einige Möglichkeiten,



die sogar fachlich auch indiziert wären. Ich denke zum Beispiel an die 113. Die Verblockung, das wissen wir, ist ja heute ein Nachteil, ein medizinischer Nachteil, und trotzdem wird natürlich auf Grund der Besitzstandswahrung oder wie immer Sie das begründen wollen, so eifrig festgehalten an der Position. Ich finde es einen Wahnsinn, daß vier Einzelkronen, nur damit man die 113/3 abrechnen kann, noch verblockt werden. Wo hat es denn dann noch einen Sinn, ganz abgesehen von den mangelnden Reinigungsmöglichkeiten. Also da sehe ich Positio-

nen, wo es durchaus etwas zu sparen gibt auf unsere Kosten, und das wäre ein Beitrag, den wir leisten können zur Kostendämpfung."

Dr. Hey:

"Ich fürchte, daß die Wirksamkeit der Direktbeteiligung sehr zweifelhaft sein wird, wenn sie niedrig ausfällt, z.B. 10%, und daß andererseits eine höhere Direktbeteiligung, beispielsweise 40%, zwar kostendämpfend sein wird, dafür aber ungerecht, denn sie wird die sozial Schwachen am stärksten treffen. Es wird meines Erachtens auch dazu führen, daß die Patienten später zum Zahnarzt gehen als es notwendig wäre und daß damit die Zahl der teureren Spätschäden steigen wird. ... Wir haben vorgeschlagen, daß wir, bevor man über erhöhte Selbstbeteiligungsmodelle nachdenkt, darüber reden, welche Möglichkeiten der Kostendämpfung es gibt - nämlich der Umstrukturierung des BEMA, weiterhin der Einführung von qualitätsverbessernden Maßnahmen und schließlich der Einführung einer in unseren Augen andersgearteten und breiter angelegten Prophylaxe. ... Um einen Anreiz zu schaffen, mehr konservierend zu arbeiten, sollten die konservierenden Leistungen im BEMA höher bewertet und die prothetischen Leistungen abgewertet werden. ... Wir wollen ein paar sehr konkrete und sehr schnell zu realisierende Maßnahmen einführen, um die Indikationsstellung strenger zu gestalten und um die Indikationsstellung einzuschränken, eine strenge Vor-

und Nachbegutachtung prothetischer Arbeiten durchführen. ... Qualität ist sehr wohl mit Daten zu ermitteln, Qualität ist beschreibbar, es gibt einen ausgezeichneten und sehr präzisen Katalog der American Dental Association, der fast jede zahnärztliche Leistung exakt beschreibt, und zwar nicht auf ihr Maximum, sondern was minimal nach dem augenblicklichen Ausbildungs- und Wissensstand für eine Leistung erforderlich ist. ... Zur Prophylaxe: Der Freie Verband unterstellt uns immer wieder fälschlich und meines Erachtens auch verleumderisch, wir würden ein sozialistisches System einführen wollen. Unser Vorbild in der Prophylaxe war immer und vor allem die Schweiz, die sehr überzeugend dargelegt hat, mit der Trinkwasserfluoridierung, vor allem mit der Kochsalzfluoridierung und mit der Kombination aller Maßnahmen, wie Prophylaxe stattfinden kann und welche Erfolge Prophylaxe erzielen kann. ... Die Krankenkassen sollten sich für Qualität interessieren, und sie sollten alles dafür tun, daß die Versicherten nicht nur irgendwelche Arbeit kriegen, sondern daß sie gute Arbeit bekommen. Ich habe das Gefühl - ich kann das an ganz konkreten Beispielen belegen - daß die Krankenkasse sich vor der Auseinandersetzung mit dem Pfuscher scheut."

Dr. Schmidt (KZBV):

"Wir kennen Krankenkassen, die laut ihrer Satzungsautonomie durchaus die Möglichkeit wahrgenommen haben, ihre Bezu-



schussung zu reduzieren und die damit ein Beispiel gegeben haben dafür, daß es möglich ist durch eine Veränderung im Zuschußgebaren eine Richtung mit einzuführen. Wir diskutieren immer nur das Honorar, wir lassen die Nebenkosten, die Material- und Laborkosten völlig aus, aber wenn ein soziales Sicherungssystem am Ausbluten ist, dann frag' ich mich, ob es notwendig ist, daß Edelmetall frei Haus geliefert wird. ... Es hat keinen Sinn, einfach jetzt die Kosten zu bremsen zu Lasten einer Berufsgruppe, daß nämlich, wie im ärztlichen Bereich, die Frage der Pauschalhonorierung diskutiert wird mit einer Quotenausschüttung. Das wäre eine Rückkehr in die fünfziger Jahre, das können und wollen wir nicht, weil die politische Umwelt und die Krankenkassen sehen müssen, daß zahnärztliche Leistung etwas anderes ist, und zwar prothetische

bisico S2

ADA 19 type 1
medium viscosity

MITTELFLESSEND

REGULAR



**Additionsvernetzendes
Vinylsilikonabformmaterial
für die
Doppelmischtechnik
für den
Korrekturabdruck
2 Komponenten,
a = grau, b = rot**

BISICO, Bielefelder Silicon Gesellschaft
Postfach, D-4800 Bielefeld 1

Vertrieb: Rudolf Hegen
Hohenbergstraße 20
7090 Ellwangen-Eigenzell
Tel. (07961) 3858

Verarbeitung:

2 gleichlange Stränge miteinander verspateln bis einheitliche Farbe erreicht ist.

Anmischzeit = 30 Sekunden

Verarbeitungszeit = 2 1/2 Minuten

Abbindezeit = 3 Minuten

bei Mundtemperatur.

Lieferform:

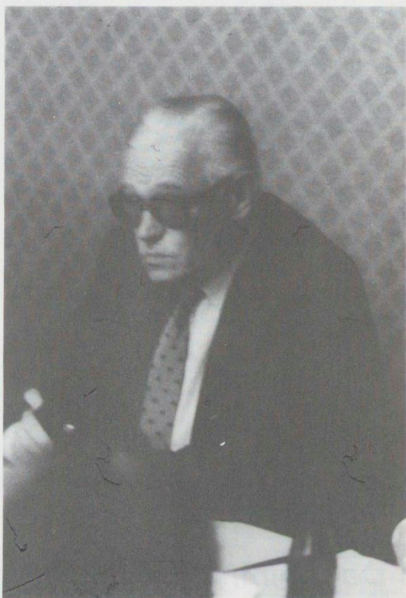
Packung mit 400 g = 286 ml
incl. Anmischblock

Leistung etwas anderes ist als die Leistung, die ich sonst im humanmedizinischen Bereich erbringen kann. Und deswegen bestehen wir nachdrücklich auf der Einzelleistungsvergütung und müssen suchen, in diesem Bereich eine Lösung zu finden. ... Eine Qualitätssicherung durch Datenauswertung halte ich für das Ungeeignetste, was es gibt. Sie haben sämtliche subjektiven Verhaltens- und Fehlverhaltensweisen hier nicht im Griff, sondern sie beziehen sich allein jetzt auf die Laufzeit einer entsprechend eingegliederten prothetischen Maßnahme oder einer Füllungstätigkeit. Unsere Prüfungsausschüsse und unsere Gutachterausschüsse sind gehalten, hier im Mängelfall nachzuhaken, und ich bin überzeugt davon, daß in den meisten Bundesländern diese Überprüfung nachvollzogen wird, auch wenn da und dort unter Umständen Mißstimmigkeiten unter der Kollegenschaft auftreten. ... Ich meine, auch mit Schiedsstellen, die eingerichtet sind, besetzt zum Schluß mit Juristen mit der Befähigung zum Richteramt (ein Vorschlag aus dem Grundsatzprogramm des DAZ) ist an und für sich all den Qualitätskontrollen Rechnung getragen, die im Zweifelsfalle zum Nachteil des Patienten oder zur Falschbeurteilung des Kollegen führen könnten."

H. Schmidt (Kempten):

"Ich glaube, es ist unverzichtbar bei der Entwicklung, die die Kosten im Gesundheitswesen nehmen, die Eigenverantwortung auch des Versicherten

einzusetzen. Selbstbeteiligung kann man aber nur dann einem Versicherten klarmachen, wenn er damit bei seinen Beiträgen etwas bewirkt und man kann es ihm nicht klarmachen, wenn trotzdem die Beiträge steigen. Und man kann es auch nur soweit verantworten, solange es sozial vertretbar ist. ... Es scheint mir fraglich, ob man so sehr den Gegensatz sehen muß zwischen einer gewissen mitverantwortenden Selbstbeteiligung und Qualitätsverbes-



serung und Vorbeugung. Meines Erachtens sind alle drei Bereiche wichtig in der richtigen Dosierung und unter richtiger Berücksichtigung des sozialen Umfelds. ... Wenn es richtig ist, und das hat der Beifall gezeigt, daß Quantität belohnt und Qualität sozusagen bestraft wird, und ich teile diese Auffassung, dann ändern natürlich ihre (des Freien

bisico S3

ADA 19 type 1
high viscosity

ZÄHFLIESSEND

HEAVY



**Additionsvernetztes
Vinylsilikonabformmaterial
für den
Überabdruck**
(Doppelmischtechnik)
2 Komponenten,
a = grau, b = grün

Verarbeitung:

2 gleichlange Stränge mitein-
ander verspateln bis einheitliche
Farbe erreicht ist.

Anmischzeit = 30 Sekunden

Verarbeitungszeit = 2 ½ Minuten

Abbindezeit = 3 Minuten

bei Mundtemperatur

Lieferform:

Packung mit 400 g = 267 ml
incl. Anmischblock und Adhesive.

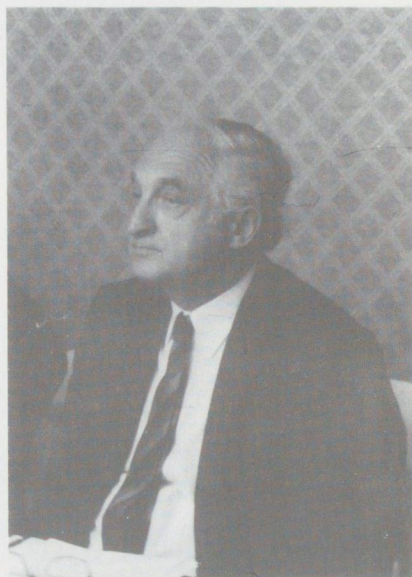
BISICO, Bielefelder Silicon Gesellschaft
Postfach, D-4800 Bielefeld 1

Vertrieb: Rudolf Hegen
Hohenbergstraße 20
7090 Ellwangen-Eigenzell
Tel. (0 79 61) 38 58

Verbands) Festzuschüsse auch nichts daran. Dann ist eben doch die Qualitätskontrolle oder die Qualitätsverbesserung das, was die Zahnärzte selbst angeht und in zweiter Linie die Kassen. Das geht die KZV und die KZBV an, wie weit man diese Art der Minderqualität und die Belohnung dafür über die Quantität langsam aber sicher abbauen kann. ... Der Verteilungskampf wird härter, und es wird auch notwendig sein, überall Einschnitte zu machen; insoweit ist es in Ihrem eigenen Interesse, wenn Sie sich mehr über Qualitätsmerkmale (... Gedanken machen) und auch über die Bereitschaft zu sagen, es können nicht mehr die Zuwachsraten der Vergangenheit sein, die sind nicht mehr drin. Ich habe bei Ihnen immer den Verdacht, daß, wenn Sie auch Ihre Vorschläge machen, im Grunde genommen Zuwachsraten für die Zukunft gleich mit einkalkuliert sind."

Dr. Wekel (BdO):

"Es geht nicht um die Einführung einer direkten Selbstbeteiligung, sondern wir stehen vor der Frage, wie weit wir die Selbstbeteiligung noch ausweiten wollen. Denn z.B. im Zahnersatzbereich liegt sie bereits heute zwischen 25% und 28%. ... Das Bundessozialgericht hat das Fehlen von Zähnen als Krankheit anerkannt. Allerdings räume ich ein, daß die Einführung der Prothetik als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in allen Teilen angemessen oder gar richtig gewichtet war. ... Ich meine, man sollte



das Anspruchsverhalten und diese ganze Ideologie, die man da reinbringt, die sollte man auf die Realitäten zurückführen. ... Erhöhung der Selbstbeteiligung heißt doch: Eingreifen des Gesetzgebers! Wir sollten es darauf gar nicht ankommen lassen, die Vertragspartner sollten soviel Kraft selbst haben, gemeinsame Wege zu beschreiten, und zwar:

1. Änderung der Richtlinien für Zahnersatz
2. Wir schleppen schon immer die Umstrukturierung des BEMA mit uns, seit Jahren, Änderung der Prothetik-Bewertungszahlen, Änderung der Konservierungszahlen, wie auch immer. Das wäre auch ein Gebiet, wo wir auf Grund von Vereinbarungen zu einer Kostendämpfung kommen können und nicht durch Dritte! Weiterhin Kostendämpfung durch das Begutachtungsverfahren. ... Wir wollen keine Plafondierung im Sinne ei-

ner Kopf- oder Fallpauschale. Wir wollen im BEMA Entzerrung und Verwerfung bereinigen. Aber es geht ganz trocken und massiv um Geld. Und zwar im Vordergrund steht der Prothetikabschnitt. Aber es ist immer noch besser, wenn wir als Vertragspartner eine Regelung finden, die sowieso irgendwie in der Mitte liegen wird, als daß Dritte eingreifen und dann aus sogenannten übergeordneten Gesichtspunkten, auf die wir beide dann keinen so unmittelbaren Einfluß haben, Regelungen uns auferlegt werden, die wir beide nicht wollen. ... Man kann doch nicht von vornherein sagen, wir machen Umstrukturierungen nur kostenneutral. ... Die Zahnärzte sind der letzte Berufsstand, der es nicht fertiggebracht hat, mit einer Selbstkontrolle die Qualitätssicherung effizient durchzuführen. Sie sind der letzte und ich sage ihnen nur: Wenn wir in Vertragspartnerschaft bislang nichts zu-

stände gebracht haben, dann wird es schon eines Tages diese Gesellschaftsordnung dazu bringen, daß auch in der zahnärztlichen Versorgung eine Qualitätssicherung durchgeführt wird. Wir wollen nicht den Kampf zwischen Patient und Zahnarzt, so daß wir versuchen, einen Keil reinzutreiben, wir wollen in Vertragspartnerschaft mit ihren Vertretern dieses Gebiet voranbringen, nur bislang mit sehr mäßigem Erfolg."

Es folgte eine lebhafte Diskussion mit den Zuhörern, wobei die Information, daß die Schweizer Zahnärzteschaft von sich aus eine Art 10-Jahres-Garantie für Kronen und fest-sitzenden Zahnersatz praktiziert, lebhaften Protest bei vielen anwesenden Zahnärzten hervorrief - obwohl das (bisher) noch niemand bei uns gefordert hat!? Wo kämen wir schließlich hin ...

Die Redaktion

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

ZAHNÄRZTESCHWEMME IN DER SCHWEIZ?

Der Ärzte-Zeitung Nr. 154 ist zu entnehmen, daß in der Schweiz wegen einer stark zunehmenden Zahnärztdichte eine zukünftige Zahnärzteschwemme zu befürchten ist. Nach einer zitierten Untersuchung der Universität Zürich ist eine jährliche Zunahme von etwa

60 Zahnarztpraxen zu verzeichnen bei gleichzeitiger Abnahme der Kariesanfälligkeit bei Kindern um über 50 Prozent aufgrund der in der Schweiz betriebenen intensiven Prophylaxe.

Zahnärztl. Praxis 10/84, S. 415

Frontenklärung

— Zu unserer Podiumsdiskussion in Baden-Baden

Zu unserer Podiumsdiskussion in Baden-Baden (s. S. 9) hatten wir auch den FVDZ eingeladen. Wir erhielten Antwort von Hans H. Bieg, dem stellvertretenden Vorsitzenden. Er knüpfte seine Zusage an die Bedingung, mit Vorstandsmitgliedern des DAZ vorher einige Themen zu diskutieren, die zwischen unseren Verbänden strittig sind. Dieses Gespräch fand am Vorabend der Podiumsdiskussion statt, und ich möchte hier einen kurzen Abriss davon geben.

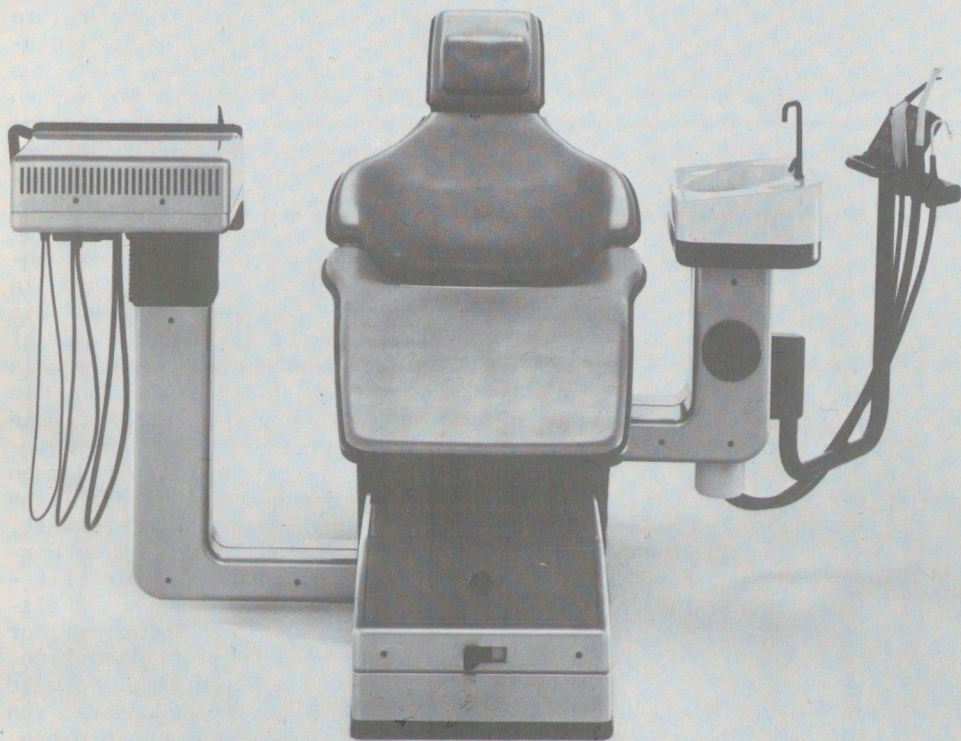
Herr Bieg eröffnete das Gespräch mit einer Reihe von Vorwürfen, die darin gipfelten, daß der DAZ die Verantwortung zu tragen hätte, wenn sich in Zukunft die Bedingungen für die Zahnärzte drastisch verschlechtern würden. Die "andere Seite" - ein Begriff, den er oft verwendete - sei nur zu begierig darauf, in der Zahnärzteschaft jemanden zu finden, der ihr die Munition liefere. Es komme gar nicht so sehr darauf an, ob unsere Absichten gut, oder unsere Aussagen richtig wären, in einer Zeit wie der jetzigen müsse der Stand mit einer Stimme sprechen, wenn er nicht geschwächt werden wolle. Daß diese Stimme die des Freien Verbandes sei, stand für ihn

außer Zweifel. Vor allem das GOZ-Gutachten, das Gerd Ebenbeck vor zwei Jahren dem Sozialministerium vorgelegt hat, würde in der Konsequenz dazu führen, daß der Bema eine Gesamtabwertung von 20% bis 25% erfahren würde. Die Verantwortung dafür liege eindeutig bei uns.

Es dauerte einige Zeit, bis die damit eingeführten Begriffsverwirrungen klargestellt waren. Auf das GOZ-Gutachten wird an anderer Stelle in diesem Heft ausführlich eingegangen - hierzu nur soviel, daß wir Herrn Bieg Tatsachen darlegen mußten, die ihm selbstverständlich bekannt sind. Die Tatsache z.B., daß Bema und GOZ zwei sehr verschiedene Paar Stiefel sind. Die Tatsache, daß ein möglicher gesetzgeberischer Angriff auf den Bema seine Ursachen allein in der Kostenentwicklung hätte. Die Tatsache, daß der DAZ einen "Heckenschnitt" im Bereich der GKV ebensowenig für richtig hält, wie die Plafondierung. Der Unterschied liegt in der Beurteilung der Wege und Möglichkeiten, aus dem Dilemma herauszukommen. Wir trugen wieder einmal unsere Befürchtung vor, daß die Direktbeteiligung der Patienten letzten Endes über die

SIEMENS

Ein Behandlungsplatz aus einem Guß. Einfach besser!



**Revolutionär bis
ins Detail:
SIRONA® M1
von Siemens**

Wir haben mit den herkömmlichen Vorstellungen aufgeräumt.

Zum Beispiel mit der, daß Patientenstuhl, Arztgerät und Wassereinheit völlig verschiedene Dinge sind, die getrennt mit Elektrizität, Wasser und Luft zu versorgen sind.

Aufgeräumt haben wir auch mit Fahrfüßen, Anschlußkabeln und Verbindungsschläuchen auf dem Fußboden.

Wir meinen: Patientenstuhl, Arztelement und Wassereinheit gehören zusammen. Alles aus einem Guß – das ist einfach besser!

COUPON

Fordern Sie unsere detaillierten Informationen von SIRONA M1 an.
Siemens Aktiengesellschaft
Bereich Medizinische Technik
Geschäftsgebiet Dental
Fabrikstraße 31, D-6140 Bensheim

Stempel/Unterschrift _____

Addition von Sozialbeiträgen und direkt zu bezahlenden Anteilen an den Zahnbehandlungskosten zu einer Kostenausweitung führen würde. Wir wiesen auf die soziale Ungerechtigkeit hin, die darin bestünde, daß die Hauptmasse der RVO-Kassenpatienten im Verhältnis zu ihren Einkommen und ihren Sozialbeiträgen am meisten von den Ausgrenzungen betroffen wäre. Daß diese Patientengruppe zur Kosteneinsparung mit geringerwertigen Lösungen "abgefunden" (Originalton) werden könne, ist und bleibt für den DAZ eine unerträgliche Vorstellung.

Ein weiteres Thema war unsere Forderung nach einem Ausbau der schulzahnärztlichen Betreuung mit Behandlungsmöglichkeiten für die dort beschäftigten Zahnärzte. Herr Bieg warf uns vor, daß wir den Kolleginnen und Kollegen, die jetzt aus den Universitäten kämen, die Arbeit wegnehmen wollten. Weiter würden wir damit dirigistischen Eingriffen des Staates Vorschub leisten. Wir erinnerten daran, daß nur ca. 50% der schulpflichtigen Kinder in die Praxen niedergelassener Kollegen kommen, daß die andere Hälfte überhaupt nicht behandelt wird. Wir wiesen Herrn Bieg auch darauf hin, daß die Schulzahnärzte von heute und morgen auch Kollegen seien, deren Interessen von den Verbänden und Körperschaften vertreten werden sollten. Wir seien auch davon überzeugt, daß der unhaltbare Versorgungszustand der Kinder (s.o.) den dirigistischen Eingriff viel eher herausfordere.

Das Gespräch nahm insgesamt über drei Stunden in Anspruch. Es ist hier nicht möglich, all die Einzelthemen aufzuführen, die mehr oder weniger eingehend diskutiert wurden. Unser Gesamteindruck war, daß die Führung des FVDZ sich nicht so sehr als Interessenvertreter seiner Mitglieder, denn als ihr Vormund versteht. Man scheint dort zu der resignierten Erkenntnis gekommen zu sein, daß die Zahnärzte ihre kostenintensiven Behandlungskonzepte nicht von sich aus verändern könnten. So müssen (über die Direktbeteiligung) Bedingungen geschaffen werden, die es nicht mehr möglich machen, so zu arbeiten, wie bisher. Anscheinend sollen Patienten und Zahnärzte vor ihrer eigenen Begehrlichkeit in Schutz genommen werden. Die Kunst der Führung des FVDZ ist es, diesen Mechanismus als freiheitlich zu verkaufen. Die Vorstellungen des DAZ, die Mengenausweitung über die Qualität in den Griff zu bekommen wird dagegen als verderbliche Außensteuerung interpretiert, auch wenn wir nicht müde werden zu erläutern, daß Kriterien und Durchführung qualitätssteigernder Maßnahmen nur in unserer eigenen Hand sinnvoll und möglich sind. So wird es wohl beim Gegensatz von Markt und Kompetenz bleiben. Gut wäre es aber, wenn die Zeichen von Baden-Baden, nämlich daß man mit den "Anderen" ins Gespräch kommen kann, auch in Zukunft Beachtung finden könnten.

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8031 Seefeld

Die Lügengeschichten des „Freien Verbandes“

Der "Freie Verband Deutscher Zahnärzte" hat in den letzten Monaten durch Veröffentlichungen im "Zahnärztlichen Anzeiger" (München) und durch einen Informationsbrief "Bayern aktuell" an alle bayerischen Zahnärzte keine Mühen und Kosten gescheut eine ganze Flut von unrichtigen Behauptungen aufzustellen, um den DAZ im Hinblick auf die damals anstehenden Wahlen zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung wieder einmal und wider besseres Wissen zu diffamieren.

Anlaß dieser Kampagne, welche immer noch anhält und in einem demagogischen Rundschreiben an die Kollegen gipfelt, welche unsere Wahlvorschläge zur KZV-Wahl mit ihrer Unterschrift unterstützt haben, ist ein Gutachten zur Neuordnung der zahnärztlichen Gebührenordnung, welches vor zwei Jahren vom Vorsitzenden des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erstellt wurde.

Entgegen den Behauptungen des "Freien Verbandes", die, wie kann es auch anders sein, auch noch von den zahnärztlichen Körperschaften mitvertreten werden, wurde in dem Gutachten nicht die "massive Abwertung der Prothetik" gefordert, sondern der Tatsache Rechnung getragen, daß eine Reihe von

prothetischen Leistungen, die eine überwiegend zahntechnische Komponente aufweisen, bisher überbewertet waren und auch so in den privaten zahnärztlichen Liquidationen abgerechnet wurden. Darunter fallen die Verblockungen, Schienungen, die Metallbasis, die Brückenglieder, die Halte- und Stützelemente und die Geschiebe.

Weiter versteigt sich der "Freie Verband" zu der Behauptung, daß in dem Gutachten die massive Abwertung der Prothetik gefordert wird ohne die geringste Aufwertung der konservierend-chirurgischen Tätigkeit zu akzeptieren und auch die Abwertung der konservierend-chirurgischen Leistungen induziert worden ist. Die Unhaltbarkeit dieser Unterstellung ist schon dadurch bewiesen, daß in diesem Gutachten gar keine "Bewertung" der Einzelpositionen durchgeführt wurde.

Den einzelnen Leistungspositionen wurden Punktzahlen zugeordnet, welche auf der Bezugsgröße der einflächigen Füllung (F1) basieren. Diese Punktzahlen sollen in ihrer Relation zueinander den Arbeitseinsatz des Zahnarztes verdeutlichen. Welcher Geldwert den Punktzahlen zugeordnet wird, entscheidet das Bundesarbeitsministerium.

Aber auch wenn man den in dem Gutachten angegebenen Punktzahlen einen angenommenen Geldbetrag von 1 Punkt = 1 DM zurechnet, haben fast alle in dem Gutachten vorgeschlagenen

Positionen eine Verdoppelung der Bewertung im Verhältnis zur alten zahnärztlichen Gebührenordnung erfahren. Als Beleg hierzu einige Beispiele:

GOZ-Mindestsatz

GOZ-Vorschlag Dr. Ebenbeck
Punktzahl

eingehende Untersuchung
DM 5,--

eingehende Untersuchung
12 Punkte

Vitalitätsprobe eines Zahnes
DM 4,--

Vitalitätsprobe eines Zahnes
6 Punkte

Röntgendiagnostik bis zu zwei
Aufnahmen
DM 6,--

Röntgendiagnostik bis zu zwei
Aufnahmen
10 Punkte

Behandlung überempfindlicher
Zahnflächen
DM 3,--

Behandlung überempfindlicher
Zahnflächen
15 Punkte

besondere Maßnahmen beim Prä-
parieren oder Füllen
DM 3,--

besondere Maßnahmen beim Prä-
parieren oder Füllen
8 Punkte

F1
DM 10,--

F1
20 Punkte

F2
DM 12,--

F2
25 Punkte

F3
DM 15,--

F3
35 Punkte

Bandkrone stufenlos
DM 60,--

Bandkrone stufenlos
100 Punkte

Verblendkrone
DM 90,--

Verblendkrone
180 Punkte

Wurzelfüllung
DM 5,--

Wurzelfüllung
15 Punkte

Osteotomie
DM 20,--

Osteotomie
60 Punkte

GOZ-Mindestsatz

GOZ-Vorschlag Dr. Ebenbeck
Punktzahl

Wurzelresektion Frontzahn
DM 30,--

Wurzelresektion Frontzahn
75 Punkte

Zystektomie
DM 30,--

Zystektomie
120 Punkte

Behandlung von Mundschleim-
hauterkrankungen
DM 5,--

Behandlung von Mundschleim-
hauterkrankungen
20 Punkte

Beseitigung störender Zahn-
kanten und dergl.
DM 5,--

Beseitigung störender Zahn-
kanten und dergl.
10 Punkte

Teleskopkrone
DM 100,--

Teleskopkrone
220 Punkte

mehrspannige Brücke zum Ersatz
von vier Zähnen
DM 200,--

mehrspannige Brücke zum Ersatz
von vier Zähnen
280 Punkte

Die letzte Position zeigt deutlich auf, daß selbst bei einer Leistung mit überwiegend zahntechnischer Komponente nicht eine massive Abwertung stattgefunden hat, sondern nur eine gedämpfte Höherbewertung innerhalb der Gesamtelation.

Die aufgezeigten Beispiele ließen sich noch weiter fortführen und belegen, daß die Behauptungen und Unterstellungen des "Freien Verbandes" völlig ins Leere gehen.

In dem Gutachten wurde weiterhin einleitend festgestellt, daß sich die Arbeitszeit bei bestimmten zahnärztlichen Maßnahmen in den letzten zwanzig Jahren erheblich verringert hat. Dies ist eine längst bekannte Tatsache, wenn man den

Zeitaufwand für eine z.B. mehrspannige Brücke zum Ersatz von vier Zähnen im Jahr 1964 und im Jahr 1984 vergleicht. Diese Rationalisierungseffekte sind auch nichts Negatives, sie müssen bei der Gesamtbetrachtung hinsichtlich der Bewertung einer neuen Gebührenordnung beachtet werden ebenso wie beachtet werden muß, daß selbstverständlich im Gegenzug die Praxiskosten und die Lebenshaltungskosten in den letzten zwanzig Jahren erheblich gestiegen sind. Dieser Tatsache wird ja auch dadurch Rechnung getragen, daß der Mindestsatz der neu zu erlassenden Gebührenordnung mit Sicherheit erheblich angehoben werden muß, wobei dann der Bundesarbeitsminister darüber zu entscheiden hat, wie der

Gebührenrahmen aussehen soll und welche Bemessungsgrenzen gesetzt werden.

Hierbei kann es nicht im Interesse der Zahnärzteschaft sein, daß es zu einer Kostenexplosion auf dem Sektor der privaten Krankenversicherungen und der Beihilfestellen kommt. Man kann nicht eine neue Gebührenordnung fordern, bei der es zu einer Positionsausweitung von derzeit 170 GOZ-Positionen auf rund 460 kommen soll, was zweifellos mit einer Ausweitung des Abrechnungsvolumens einhergehen wird und gleichzeitig die Forderung erheben, daß in derselben Gebührenordnung gerechtfertigte Abstriche bei prothetisch-technischen Leistungen sofort kostenneutral im Gebiet der konservierend-chirurgischen Leistungen ausgeglichen werden. Der Ausgleich der Abstriche im prothetischen Sektor ist durch die Ausweitung der Positionen voll gegeben. Eine andere Lage tritt dann ein, wenn sich das Bundesarbeitsministerium entscheiden sollte eine wesentlich geringere Anzahl von Positionen in das neue Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung aufzunehmen.

Der "Freie Verband" mißbraucht die in dem Gutachten dargelegten Aussagen zu den Rationalisierungseffekten dazu, bei dem uninformierten Leser den Eindruck zu erwecken als hätten sich diese Rationalisierungseffekte und die in Prozentzahlen angegebene Verringerung der Arbeitszeit direkt und pauschal auf die Punktzahlen der prothetischen, konservie-

renden und chirurgischen Leistungen niedergeschlagen.

Mit dieser unehrlichen und unkollegialen Informationspolitik versucht der "Freie Verband" den Zahnärzten vorzugaukeln, daß der DAZ eine massive Abwertung der prothetischen Leistungen vorschlägt. Er schreckt nicht einmal davor zurück die Behauptung aufzustellen "es wird auch die Abwertung der konservierend-chirurgischen Leistungen induziert". Die Zahlen des Gutachtens widerlegen diese gewollte Fehlinformation.

Aber damit ist das Polemikreservoir des "Freien Verbandes" noch nicht erschöpft. Die ungeheuerliche Behauptung, daß durch das Gutachten des Ersten Vorsitzenden des DAZ den "Kollegen die Existenzbasis entzogen wird" ist nachweisbar falsch, da, wenn meine Vorschläge vom Bundesarbeitsministerium unverändert akzeptiert werden würden, sowohl durch die Bewertungsrelationen als auch durch die Tatsache der Ausweitung des Inhaltsverzeichnisses eine wesentliche Einkommensverbesserung der Zahnärzteschaft auf dem Sektor der privatversicherten Patienten eintritt.

Im Gegensatz zum "Freien Verband" und auch zum Bundesverband der Deutschen Zahnärzte setzt sich der DAZ jedoch für eine maßvolle, vernünftige Begrenzung des Honorarvolumens bei den privaten zahnärztlichen Leistungen ein.

Der Deutsche Arbeitskreis für

Zahnheilkunde ist mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen der Meinung: "Soviel Sozialversicherung wie nötig - soviel private Vorsorge wie möglich!"

Es muß daher ein wichtiges Ziel zahnärztlicher Standespolitik sein die Funktionsfähigkeit der privaten Krankenversicherungen zu unterstützen und eine Überforderung der Beihilfestellen zu vermeiden.

Dies ist nur möglich, wenn die Zahnärzteschaft in ihrer Gesamtheit für private zahnärztliche Leistungen eine maßvolle Honorierung akzeptiert und erkennt, daß auch die private Krankenversicherung letztlich nur in der Lage ist das "medizinisch Notwendige" zu bezahlen. In einer Zeit erneuter Ausuferung der Kosten für das gesamte Gesundheitswesen, die dazu führt, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Beiträge erneut erhöhen müssen, sollte der zahnärztliche Berufsstand zu der Einsicht gelangen, daß die Finanzierbarkeit privater zahnärztlicher Leistungen aus Geldern der privaten Krankenversicherungen, der Beihilfestellen und nicht zuletzt aus den Mitteln des Privatpatienten erhalten bleiben muß. Extreme Ausuferungen, wie sie auf den Gebieten der Funktionsanalyse

und Funktionstherapie, der Implantologie und der Prothetik seit einigen Jahren zunehmend von den privaten Krankenversicherern registriert werden müssen, schaden dem Ansehen des ganzen Standes und zerstören das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Privatpatient. Gerade dieses Verhältnis ist ja die letzte Zweierbeziehung zwischen Arzt und Behandler und sollte schon aus diesem Grund gehegt und gepflegt werden.

Aus den dargelegten Ausführungen ist, so glaube ich, für jeden, der guten Willens ist, zu entnehmen, daß die polemischen und unqualifizierten Vorwürfe des "Freien Verbandes" nur das eine Ziel haben konnten, nämlich die Mitglieder des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde zu verunsichern. Die Neufassung der zahnärztlichen Gebührenordnung ist nicht zuletzt auch wegen ihrer möglichen Auswirkungen auf die gesetzlichen Krankenversicherungen von eminenter Bedeutung. Diese Aufgabe muß mit Sachverstand und Ehrlichkeit behandelt werden und darf nicht der Beeinflussung durch die Scharfmacher des "Freien Verbandes" unterliegen.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Wenn weitere dirigistische Eingriffe des Staates vermieden werden sollen, ist es unerlässlich, daß Ärzte, Zahnärzte, Pharmaindustrie, Krankenhäuser und Versicherte ihren jeweiligen Beitrag zur Begrenzung des Kostenanstiegs leisten. Das Zusammenwirken von Globalsteuerung durch Gesetzgeber und Selbstverwaltung, die Wirtschaftlichkeitsdisziplin der Leistungserbringer und das Kostenbewußtsein der Versicherten müssen zunehmen. Der Grundgedanke des KVKG, die sog. einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, entspringt sozialen Notwendigkeiten und muß fortgesetzt werden. Das Konzept, die Kostendämpfung grundsätzlich in die Verantwortung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten bzw. -zahnärzten sowie weiterer Beteiligter zu legen, hat sich im großen und ganzen bewährt. Wichtig ist dabei jedoch, den Spielraum der Selbstverwaltung so groß wie irgend möglich zu lassen. Nur dadurch kann die erreichte Beitragssatzstabilität weiter erhalten werden.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

ÄRZTEDICHTE STEIGT

Die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland wird immer weniger und die Anzahl der Ärzte nimmt zu. Ende 1981 waren im Durchschnitt 432 Bundesbürger von einem Arzt zu versorgen, Ende 1982 waren es nur noch 421. Große Unterschiede bestehen in der Dichte zwischen Stadt und Land. In den Flächenländern liegt die Dichte zwischen 405 Einwohnern je Arzt in Baden-Württemberg und 503 Einwohnern je Arzt in Niedersachsen. Dabei ist Niedersachsen schon als Ausnahme anzusehen, denn alle anderen Flächenländer weisen eine Dichte zwischen

405 und 452 Einwohnern je Arzt auf. Ganz anders in den Stadtstaaten. Die Dichte-Skala reicht hier von 226 Einwohnern je Arzt in West-Berlin über 264 in Hamburg bis 356 in Bremen.

Wie es heute aussieht, ist angesichts steigender Studentenzahlen mit einem noch dichteren Netz ärztlicher Versorgungsmöglichkeit in der Bundesrepublik Deutschland zu rechnen und das, obwohl die deutschen Ärzte magere Jahre auf sich zukommen sehen.

Ersk. 10/84, S. 361.

KRANKENKASSEN WOLLEN NICHT ÄRZTESCHWEMME BEZAHLEN Novelle zur Bundesärzteordnung löst das Problem nicht

Es kann nicht Aufgabe der Krankenkassen sein, die durch eine Fehlsteuerung im Ausbildungsbereich verursachte Ärzteschwemme zu bezahlen, sagte der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Wilhelm Heitzer, am 18.10.1984 in Bonn. Heitzer lehnte den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf einer Novelle zur Bundesärzteordnung als ein verfehltes Konzept ab, weil es die Überproduktion und die falsche Ausbildung der Ärzte an den Universitäten nicht angeht. Der BdO-Vorstandsvorsitzende forderte, die Studienplätze für Medizin dem realen Bedarf an Nachwuchsärzten anzupassen. Das Konzept der Bundesregierung, das nach dem Studium eine zweijährige Praxisphase vorsieht, birgt die Gefahr, so betonte Heitzer, daß die Krankenkassen die zusätzlichen Kosten für diese verlängerte Ausbildung in der Praxis tragen müssen, ohne daß dadurch das Problem der Ärzteschwemme gelöst wird. Zur Zeit absolvieren

jährlich über 10 000 Medizinstudenten ihr Studium. 1990 werden es bereits 12 000 sein. Allein die Zahl der Kasernenärzte erhöhte sich, ohne daß ein entsprechender Bedarf vorliegt, im vergangenen Jahr um rund 1 700. Heitzer bestritt nachdrücklich, daß die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung die Zusage gaben, die angestrebte Praxisphase zu fördern.

Die angestrebte Regelung "Arzt und Praktikum" läßt, so äußert Heitzer, auch die besondere Situation in der allgemeinärztlichen Versorgung außer acht. Die Krankenkassen halten es für unerlässlich, daß für die Versorgung der Versicherten in erster Linie Ärzte für Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen, die weitergebildet sind. Dies sieht auch der Entwurf für eine entsprechende EG-Richtlinie vor. Nur so kann eine optimale ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten gewährleistet werden, betonte Heitzer.

DOK 1984, S. 880

Unbedingt lesen – unbedingt lesen

VORWÜRFE AN DIE SCHWEIZER ZAHNÄRZTE (FELIX LUTZ)

Auszüge aus der Antrittsrede von Prof. Felix Lutz, Universität Zürich
("Swiss Dent", Nr. 3/1984)

Diese täglichen Erfolgserlebnisse bei der Behandlung von Karies haben uns Zahnärzte verwöhnt und zugleich zu einer Überschätzung der Füllungstherapie geführt. Das Legen von Füllungen wird immer wieder mit Heilen verwechselt. Im Glauben Gutes zu tun, werden auch initiale Kariesläsionen im Schmelz, ja sogar intakte Zahnflächen, sogenannt präventiv, mit Füllungen versorgt, oder - wie böse Zungen behaupten - verbohrt. Die Frage, ob solches Tun als weise Voraussicht des Behandlers oder als Verstümmelung zu gelten hat, kann letztlich, weil Therapie stets individuell ist, nur von Fall zu Fall im klinischen Kontext entschieden werden. Wer immer aber zum Bohrer greift und damit einen - wie wir sehen werden - irreversiblen, destruktiven Prozeß einleitet, muß sich der Mängel, die einer Füllung generell anhaften, stets bewußt sein.

Erstaunlicherweise sind heute aber gerade die technischen Aspekte limitierend. Im Seitenzahnbereich, auf den sich in der Zukunft die Füllungstherapie nach Verschwinden der Frontzahnkaries zu konzentrieren hat, ist seit 159 Jahren Amalgam das Füllungsmaterial der Wahl. Zugegebenermaßen wurden in den letzten fünf bis zehn

Jahren erhebliche Materialverbesserungen erzielt; eine haftende Verbindung zur Zahnhartsubstanz konnte aber mit Amalgam bis heute nicht realisiert werden. Das Prinzip der makroretentiven Kastenpräparation, das kaum als zahnschonend bezeichnet werden kann, ist daher nach wie vor gegeben.

Man ist nun geneigt, so gegen Ende des zwanzigsten Jahrhunderts anzunehmen, daß vor allem technisch-instrumentell keine Schwierigkeiten bestehen, Füllungen trotzdem noch etwas kleiner zu gestalten, um mehr gesunde Zahnhartsubstanz zu erhalten. Weit gefehlt: Der Besuch einer Ausstellung für medizinische Mikrotechnik läßt nur ahnen, wie sehr der technische Fortschritt offensichtlich an der therapeutischen Kariologie vorbeigegangen ist. Bei der Beleuchtung sowie bei der vergrößerten optischen Darstellung und Isolierung des zahnärztlichen Operationsfeldes, hat sich seit Jahrzehnten nichts Neues durchgesetzt. Dies ausgerechnet in einem Bereich, in dem es kein "natura sanat" gibt, sondern in dem nur mit einer minuziösen Technik gute Resultate erzielt werden können. So sind auch die Köpfe der Hand- und Winkelstücke, im Volksmund als Bohrer bezeichnet, im Verhältnis zum Zahn oder

Krankheiten haben ihre Ursachen, und Gesundheit hat dort keine Chance, wo die äußeren Bedingungen krank machen. Gesundheitspolitik ist deshalb heute in erster Linie Umweltpolitik.

Der DAZ fordert die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen für breitenwirksame Karies- und Parodontalprophylaxe zu schaffen, also vor allem ein - seit langem überfälliges - Bundesrahmengesetz für Jugendzahnheilkunde. DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Unbedingt lesen – unbedingt lesen

gar zu der zu präparierenden Kavität, grotesk überdimensioniert. Aus Platzmangel können Fräsen wie Schleifer oft kaum instrumentengerecht eingesetzt werden. auch bei den Handinstrumenten ist nach wie vor solid und bodenständig Trumpf. In den meisten Praxen der Schweiz dürfte die minimale Ausdehnung einer Füllung durch die Größe der Exkavatoren, Spatel und Stopfer bestimmt werden und nicht etwa – wie durch die American Dental Association gefordert – durch die vom Patienten präsentierte klinische Situation.

Auch die Füllung selbst bleibt, trotz eventuell perfekter anatomischer Form und blendendem Oberflächenglanz, aus der Sicht eines Physiologen oder Mikrobiologen ein Anachronismus. Die gebräuchlichsten Füllungsmaterialien sind pulpaunverträglich. Es braucht stets einen Dentinwundverband. Selbst die marginale Adaptation einer perfekt gelegten Amalgamfüllung kann nicht befriedigen. Randspalten sind unvermeidbar und stets vorhanden; ihre Breite ist im Größenvergleich zum einzelnen Mikroorganismus immens. Allein von der Geometrie her könnten Mikroorganismen mindestens zwanzigspurig zwischen Füllung und Zahnhartsubstanz einmarschieren. Die Mikromorphologie des Füllungsrandes ist aber nicht nur mikroskopisch, sondern oft auch makroskopisch unannehmbar. Gingivanahe Unter- und vor allem Überschüsse sind klinisch häufig. Letztere wirken destruktiv auf Zahnfleisch und Zahnbett.

Abgesehen von Problemen mit Material und Technik, ist das Legen von guten Füllungen außerordentlich schwierig. Dafür spricht deren überraschend kurze Überlebenszeit. Eine mittlere Verweildauer im Munde des Patienten von nur ein bis drei Jahren für 50 % der Füllungen ist in Europa nicht außergewöhnlich. Von 100 Füllungen, die bei Erwachsenen im Seitenzahnbereich gelegt werden, sind 63 Wiederholungen wegen technischen Mängeln oder Sekundärkaries. Unser therapeutischer Erfolg mit Füllungen ist also häufig nur temporär. Wer einen Zahn mit einer Füllung versorgt, der startet gleichzeitig einen Countdown ... Am Ende des Dramas wird der Zahn, trotz wiederholtem therapeutischem Erfolg, zum Opfer: Ein allmählicher, sanfter, aber teurer Tod in Raten. Der Countdown läuft um so rascher, je größer die Füllung, je geringer deren Qualität und je einseitiger der "reparative approach".

Im kürzlich von der Zahnärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich veröffentlichten Wunschkatalog bezüglich fachlicher Fortbildung wird die Disziplin Kariologie nicht erwähnt. Dies erstaunt um so mehr, wenn man weiß, daß in der Allgemeinpraxis ein wesentlicher Teil des zahnärztlichen Einkommens durch Löchlibohren beziehungsweise Füllungensetzen verdient wird. Man spricht von bis zu 70%, die Hälfte davon in Form von Re-Dentistry. Der Qualität der Füllungstherapie abträglich ist ferner das gültige

Der DAZ fordert diesen Prophylaxeunterricht auch in allen Kindergärten durchzuführen.

Der DAZ fordert Zahnerhaltungsmaßnahmen bei Kindern besser zu honorieren, da für diese Patientengruppe der Behandlungsaufwand höher ist. Es steht sonst zu befürchten, daß weiterhin zu wenig Zahnerhaltung bei Kindern durchgeführt wird. DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Unbedingt lesen – unbedingt lesen

Tarifsystem. Die Taxpunktzuordnung pro Füllungstyp basiert auf dem durchschnittlichen Aufwand, der anhand von Zeitmessungen bestimmt wurde. Die Füllungsqualität blieb dabei unberücksichtigt. Es liegt also ein Stücktarif vor, der der Quantität, kaum aber der Qualität förderlich ist. Auch der sich abzeichnende Zahnärzteüberfluß ist nicht geeignet, die Füllungsqualität zu verbessern. Im Gegenteil, man kommt in die Versuchung, sich mit dem fleißigen Legen von mittelmäßigen Füllungen die zahnärztliche Existenz zu sichern. 50% der Restaurationen werden ja in ein bis drei Jahren ersatzreif. Bei Arbeitsmangel kann man die Reinterventionrate noch steigern, indem man die Amalgamfüllungen systematisch durch Kunststoffrestaurationen ersetzt. Daß ein solches Vorgehen praktiziert wird, beweisen die entsprechenden Erlasse der American Dental Association. Sie hat kürzlich festgehalten, daß der systematische Ersatz von Amalgamfüllungen durch zahnfarbene Kunststofffüllungen gegen den Berufskodex verstößt und als unethisch zu betrachten ist.

Am verhängnisvollsten wirkt sich der Mangel an Füllungsqualität in der Schul- und Jugendzahnpflege aus. Der höchste Kieferorthopäde am Platz pflegt zu sagen, daß der erste Zahnarzt, der bei einem Kind zum Bohrer greift, über dessen zahnärztliches Schicksal entscheidet. Konsequenterweise müßten wir die zahnärztliche Elite in die Schulzahnklinik schik-

ken, und die Schulzahnärzte müßten sich neben der Prävention intensiv mit der Qualität und der Indikation der Füllungstherapie beschäftigen. Die Fortbildungsprogramme der Schweizerischen Vereinigung für Kinderzahnmedizin lassen davon nichts erkennen. Es ist auch kein Geheimnis, daß der Stellenwert der Schul- und Jugendzahnpflege von vielen Praktikern in ihrer Bedeutung gewaltig unterschätzt wird. Die Schulzahnpflege ist Sache der Gemeinden. Es ist vielerorts Usance, den ortsansässigen Zahnarzt für diese Teilaufgabe unter Vertrag zu nehmen. Leider sind die meisten Zahnärzte für diese außerordentlich verantwortungsvolle berufliche Tätigkeit nicht ausgebildet.

Daß es mit dieser Pflichterfüllung noch nicht zum besten steht, beweist die Tatsache, daß nur 50% der Lehrer die Zahnbürstinstruktion einigermaßen korrekt und zuverlässig durchführen. Trotzdem trägt allein diese einfache und billige Maßnahme mit 15 bis 30% mehr zur Kariesverhütung bei als die Gesamtheit der offenbar zu reparativ eingestellten Schulzahnärzte.

I. durch Berufene im Elfenbeinturm: Die Gleichstellung von Prävention und Therapie muß auch in der Lehre erfolgen. Tatsächlich ist die Waage völlig aus dem Gleichgewicht. Zur Zeit sieht das zahnärztliche Curriculum mickrige 87 Stunden Kurs und Vorlesung in Präventivzahnmedizin vor. Dem stehen über 2 000 Stunden zahnärztliche The-

Der DAZ fordert die alljährlichen zahnärztlichen Schuluntersuchungen durch einen zweimal im Jahr stattfindenden Prophylaxeunterricht zu ersetzen. Diese Maßnahme, vom jugendzahnärztlichen Dienst und niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt, könnte ohne umfangreiche organisatorische Vorbereitungen und ohne nennenswerte weitere Kosten ab sofort realisiert werden.
DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Unbedingt lesen – unbedingt lesen

rapie gegenüber. Auch 168 Stunden Parodontologieausbildung reichen bei weitem nicht aus, falls in Zukunft ernsthaft DH-Arbeit von den Zahnärzten übernommen werden soll. Im Stun-

denplan der Studierenden der Zahnmedizin hat es keinen Platz mehr. Eine Re-Evaluation der Fächergewichtung ist deshalb unvermeidlich.

GPI Nr. 4/84

Der DAZ ist der Auffassung, daß der kassenärztliche Leistungskatalog auch präventive Maßnahmen enthalten muß. Um der Gefahr der unkontrollierbaren Ausnützung dieser Leistungspositionen (etwa bei Abrechnung über den Krankenschein) entgegenzuwirken, schlagen wir vor, individualprophylaktische Maßnahmen in der Praxis durch Rechnungstellung an den Patienten und nachfolgende Kostenerstattung durch dessen Krankenkasse zu honorieren (Kosten- und Leistungstransparenz durch ausgetextete Leistungspositionen mit Zeiteinheiten). Solche Behandlungen sollten grundsätzlich einmal pro Jahr ohne Eigenbeteiligung des Versicherten durchführbar sein. Im Regelfalle halten wir den Einzelsatz der Analoggebührentabelle der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde für angemessen und ausreichend.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Informationen – Informationen – Informationen – Informationen

"SCHAUKELDIÄT" VERHINDERT KARIES

Zusammen mit der Zahnbürste kann ein abwechslungsreicher Speisezettel zur Verhinderung von Karies und Zahnfleischerkrankungen beitragen. Zu diesem Ergebnis führten Untersuchungen, die Mitarbeiter der Universität Wien an 175 Patienten über drei Jahre hinweg durchführten. Eine Schlüsselrolle bei allen Erkrankungen an Zähnen und Zahnfleisch spielt der bakterielle Zahnbelag, die Plaque. Je eintöniger sich ein Mensch ernährt, desto ungestörter können sich in der Plaque bestimmte Bakterienstämme entwickeln, die dann Mund und Zähne trotz regelmäßigem Zähneputzen auf Dauer in Mitleidenschaft ziehen können. Deshalb wurde eine sogenannte Schaukeldiät entwickelt; sie sorgt dafür, daß sich das chemische Milieu in der Mundhöhle ständig verändert und es so keiner Bakterienart ermög-

licht wird, sich länger in der Plaque einzunisten. Diese Diät sieht einen täglichen Wechsel des Speiseplans mit dreitägigem Rhythmus vor. Am ersten Tag stehen Eier, Quark oder leichte Fleischsorten auf dem Speisezettel, am zweiten Tag nur Gemüse, das aber frisch sein und zudem salzarm zubereitet werden muß. Am dritten Tag, der zur Entsalzung des Organismus dienen soll, dürfen ausschließlich Kartoffeln verzehrt werden, nur etwas Butter ist zusätzlich erlaubt. Mit dieser Diät wurde schon nach sechs Wochen bei allen Patienten erreicht, daß die Plaque kaum noch Schaden anrichten konnte. Ein weiterer Effekt der Diät ist, daß der Körper zur Produktion von Abwehrstoffen angeregt wird.

Neue Züricher Z. - 31.10.84, S. 38

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

DURCH ZUCKERERSATZ WENIGER KARIES?

Langzeitstudien mit dem Austauschstoff Xylit

...

In Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation wurden in Ungarn und Französisch-Polynesien zwei Langzeitstudien vorgenommen, bei denen der Zuckeraustauschstoff Xylit auf seine karieshemmenden Eigenschaften untersucht wurde. Das Forschungsprogramm wurde von den Unternehmen Suomen Sokeri (Finnland) und Roche (Basel) finanziert. Das Xylit wird von beider Tochterfirma Xyrofin geliefert, die die Substanz aus Birkenholz herstellt.

Xylit ist ein Zuckeraustauschstoff, der im Unterschied zum Sorbit ebenso süß ist wie Zucker und eine angenehm kühlende Wirkung hat. Xylit kommt in einigen pflanzlichen Nahrungsmitteln vor, wie beispielsweise in Erdbeeren, Reineclauden, Endiviensalat und gewissen Pilzen. Bei der Verwertung von Kohlenhydraten bildet die menschliche Leber täglich fünf bis fünfzehn Gramm Xylit, die dann weiter verwertet werden. Xylit ist in Mengen zwischen 40 und 60 Gramm täglich auch für Diabetiker geeignet, da es im Unterschied zur Glucose nur sehr langsam in das Blut gelangt und unabhängig von Insulin weiter verarbeitet wird.

Laborstudien zeigten, daß nur wenige von den Hunderten Bakterienarten, die in der Mundhöhle siedeln, Xylit abbauen können, während Zucker und an-

dere Kohlenhydrate, welche die berüchtigte Plaque bilden, verwertet werden und dabei Säuren produzieren, die den Zahnschmelz und später das Zahnbein demineralisieren, also durchlöchern.

Aus Tierstudien ergaben sich Hinweise, daß Xylit nicht nur die Säurebildung verhindert, sondern bei beginnender Karies die Remineralisierung fördern kann. Ein zweijähriger Versuch an der finnischen Universität Turku mit 120 Freiwilligen zeigte, daß es bei einem vollständigen Ersatz der Saccharose durch Xylit keine Zunahme von Karies gab. Eine weitere, einjährige Studie, in deren Verlauf erwachsene Versuchspersonen normal gesüßte Nahrungsmittel zu sich nahmen, aber zwischen den Mahlzeiten xylithaltigen Kaugummi kauten, ergab, daß sich keine Zunahme von Karies feststellen ließ. Allerdings sind Erwachsene ohnehin weniger anfällig für Karies als Kinder.

...

Noch läßt sich nicht eindeutig sagen, ob Xylit ein zahnschonender oder karieshemmender Zuckeraustauschstoff ist. Sollte sich unter den realistischen Bedingungen der Polynesienstudie eine Verminderung der Karieshäufigkeit ergeben, so läßt sich auch nicht sagen, ob das Xylit oder die

DAZ-forum – dreimal jährlich – DAZ-forum

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

Verminderung der Zuckereinnahme dafür die Ursache ist. Aber die Studie kann dennoch einen Hinweis darauf geben, ob die Verwendung von Xylit neben der

Fluoridierung eine weitere grundlegende Maßnahme gegen die Karies darstellt.

SZ Nr. 242, 1984, S. 30

Edelmetall
Legierungen

Edelmetall
Scheidung

Edelmetall
Galvanotechnik

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

Wieland 
Edelmetalle
GmbH

EINKOMMENSENTWICKLUNG BEI ÄRZTEN UND ZAHNÄRZTEN

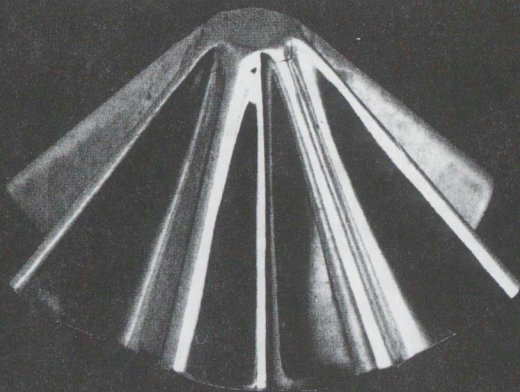
Die aktuellen Daten zur Einkommensentwicklung in ärztlichen und zahnärztlichen Praxen als Ergebnisse der Kostenstrukturerhebungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) wurden kürzlich veröffentlicht. 1982 ist bei ärztlichen Praxen laut ZI der

Praxiskostenanteil auf 51,3 v.H. gestiegen (1981: 49,4 v.H.); das Einkommen je Arzt sank um 2,4 v.H. auf rund 174 000 DM. Bei Zahnärzten dagegen sank der Praxiskostenanteil von 63,8 v.H. auf 62,4 v.H. Das Einkommen je Zahnarzt lag 1982 bei 230 000 DM (+ 2,7 v.H.).

Die Ortskrankenkasse 12/1984

®
CEPLATEC

Die Krone



Sie hat alles.
Die Ästhetik.
Die Wirtschaftlichkeit.
Die Verträglichkeit.
Cera-Platin-Technik

Ihr CEPLATEC Labor:

G

**buchhauser
moderne
zahntechnik**



Greflingerstraße 7
8400 Regensburg
Tel. (0941) 5 3815

SCHWARZ AUF WEISS

— Grauzonen statt Informationen im Niedersächsischen Zahnärzteblatt

"Ein Mann - ein Wort": Wem man solcherart vertraut, braucht man auch keine Unterschriften abzufordern; sein gesprochenes Wort gilt.

Die Lebenserfahrung mahnt aber zur Vorsicht: Erst die Schriftform macht etwas verbindlich, man möchte gern etwas "festschreiben", "... mündliche Nebenabreden sind ungültig ..., bedürfen der Schriftform ..." So oder ähnlich heißt es üblicherweise auch in Verträgen unter ganz seriösen Partnern. Was man schwarz auf weiß gelesen hat, muß doch gelten! Dies sollten die niedersächsischen Zahnärzte bei Statements im "NZB" wohl annehmen dürfen, denn: Das "NZB" ist das Mitteilungsblatt des Vorstandes der Zahnärztekammer Niedersachsen, wie es Dr. Bunke kürzlich einmal ausdrücklich feststellte - mündlich.

Der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen ist ein Mann mit vielen Worten: Das Verbot, gegen die Aufstellung neuer Raketen in Ost und West mit Berufsangabe zu unterschreiben, wurde im "NZB" zunächst hauptsächlich damit begründet, daß politisch Andersdenkende zu so einem Zahnarzt kein Vertrauen haben könnten.

Diametral entgegengesetzt dann die Begründung der Verwarnungen: "Wegen Werbung", hieß es da - schriftlich.

Als dann ganz klar geworden war, daß diese "Verwarnungen" sowohl vom Inhalt als auch von der Rechtsnatur her nicht haltbar waren, meinte Dr. Bunke dann ganz versöhnlich - mündlich:

Es habe sich nur um gewissermaßen väterliche Ermahnungen gehandelt.

In Baden-Baden, am Rande der Jahreshauptversammlung des DAZ, hatten wir Gelegenheit zum Gespräch mit Dr. Jacobi, notables Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Niedersachsen. Wir sprachen ihn an auf einige andere, im "NZB" veröffentlichte Verbote, etwa das Recall-Verbot, oder das Verbot, delegierbare Teilleistungen von der entsprechend ausgebildeten "ZMF" erbringen zu lassen. Sogleich stellte Dr. Jacobi richtig:

Es gebe kein generelles Recall-Verbot; nur bestimmte Formen des Recall seien z. Zt. als Werbung verboten, aber auch darüber habe noch neu beraten zu werden.

Selbstverständlich dürfe auch die "ZMF" in Niedersachsen entsprechend ihrem Berufsbild tätig werden, die von ihm selbst beschäftigte "ZMF"



böger

Z A H N T E C H N I K

Böger Zahntechnik
Waterloohain 6/8, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 431141-44

machte zum Beispiel regelmäßig ... - also, ich habe mich schon gewundert, was die "ZMF" in der Praxis Dr. Jacobi so alles darf, möchte es aber doch nicht alles aufzählen.

Aufgekommene Mißverständnisse durch "unglückliche Formulierungen" im "NZB" haben wohl zumeist die Ursache in der fehlenden Sachkunde des Redakteurs Wiesinger; von den kompetenten Herren habe wohl keiner die erforderliche Zeit gefunden.

Hinter dieser Informationspraxis im "NZB" scheint mir jedoch System zu stecken. Wenn also wieder einmal gegen den gesunden Menschenverstand und zahnärztliche Fachkompetenz dieses oder jenes im "NZB" als verboten publiziert wird, sollte man folgern:

Der "Freie Verband" und die Kammer-"Führung" mögen "dieses und jenes" nicht. Sie verbreiten also in Schriftform den gewichtigen und nachhaltigen Eindruck, es sei tatsächlich

verboten.

Dies verändert Gewohnheiten und veränderte Gewohnheiten führen mit der Zeit zur Neufestsetzung von Normen.

Und so geht unsere Freiheit - im Namen der Freiheit - scheinbarweise verloren.

Hartnäckigen Hinterfragern wird man bald in intimer Runde zugeben, daß man selbstverständlich gar kein Recht hatte, "dieses und jenes" zu verbieten. Die Publikation im "NZB" habe nur völlig unverbindlich Denkanstöße liefern wollen ...

"Sie können sich auf mich beziehen!" - so Dr. Jacobi in Baden-Baden - mündlich.

Ein Mann - ein Wort?

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

Patentrezepte zur Vermeidung der unnötigen Auswüchse der Fremdbestimmung können wir nicht anbieten. Der Wunsch nach Erhaltung unserer Freiberuflichkeit (unter Hinnahme der damit verbundenen Risiken) und das Bewußtsein, daß jeder von uns für seine Patienten persönliche, nicht an eine anonyme Instanz delegierbare, Verantwortung trägt, können uns wach machen für gefährliche Entwicklungen. Dazu gehört aber auch Voraussicht und rechtzeitiges Handeln! Wenn wir als Stand immer nur auf Entwicklungen reagieren (Beispiel: nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Prothetik), statt Ziele und Maßstäbe vorzugeben, engen wir unsere Handlungsfreiheit unnötig ein. Deshalb ist es z. B. jetzt erforderlich, Konzepte zur Sicherung der zahnärztlichen Behandlungsqualität zu entwickeln, solange keine Außenkräfte uns unter Druck setzen. Dies wäre eine Chance, Fremdbestimmung abzufangen und eigene Vorstellungen und eigene Kompetenz einzubringen.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Eine gute Adresse in Stade



**Dental Werkstätten
Stade**

GmbH · Am Schäfersteig 15 · 2160 Stade · Telefon (0 41 41) 6 30 51 / 52

KZV-Wahlen in Bayern

Dieses Jahr waren in Bayern wieder Wahlen zur KZV. Es wurden 10 Vertreter und 10 Ersatzleute gewählt.

Auch bei dieser Wahl, wie schon vor 2 Jahren bei den Kammerwahlen, hat der DAZ eine eigene Wahlliste eingereicht. Um eine Stimmenaufsplitterung zu vermeiden, hatten wir dieses Mal nur 2 Kandidaten aufgestellt. Sie erreichten Platz 15 und 17. Da die gewählten Vertreter auf Platz 1 und 2 Funktionen in der KZVB übernehmen, sie für die Vertreterversammlung also nicht zur Verfügung stehen, rutschen alle gewählten Vertreter und Ersatzleute 2 Plätze nach vorne (DAZ also: Platz 13 und 15).

Der "Zahnärztliche Anzeiger", herausgegeben von der KZV Bayern, hatte 2 Tage nach Einreichen der Wahllisten im redaktionellen Teil einen Artikel des Kollegen Gutmann (bayerischer Landesvorsitzender des FVDZ) abgedruckt mit dem Inhalt, daß man aufgrund des GOZ-Gutachtens von Ebenbeck für das Arbeitsministerium den DAZ nicht wählen sol-

le, da der DAZ die Existenz der Zahnärzte bedrohe.

Der extrem kurze Zeitraum zwischen Erscheinen des Blattes und Abgabetermin für die Wahllisten scheint darauf hinzuweisen, daß man sich nicht unbedingt an den Redaktionsschluß (14 Tage vor Herausgabe) halten muß, wenn man gute Beziehungen zum Herausgeber des "Zahnärztlichen Anzeiger" hat. Es war bei uns nämlich bis zum letzten Tag nicht sicher, ob wir ausreichend Unterschriften für eine eigene Wahlliste bekommen könnten.

Wir empfinden natürlich eine gewisse Genugtuung, daß wir dieses Mal, trotz der diffamierenden Äußerungen, relativ gute Plätze erzielen konnten, denn bei den Kammerwahlen vor 2 Jahren waren wir ziemlich weit hinten abgeschlagen.

Meiner Ansicht nach war es gut, daß wir nur 2 Kandidaten aufgestellt hatten, so daß sich die Stimmen auf diese beiden konzentrieren mußten. Vielleicht gelingt uns das nächste Mal noch ein kleiner Sprung nach vorne.

Dr. Siegrun Wander
Dienerstr. 20
8000 München 2



FREIER VERBAND DEUTSCHER ZAHNÄRZTE E.V.

LANDESVERBAND BAYERN

Geschäftsstelle: Fallstraße 36 · 8000 München 70 · Telefon 089/7234290

München, 6. Dez. 1984

Sehr geehrter Herr Kollege

heute wenden wir uns mit einem Vorfall an Sie, der für den Landesvorstand des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte völlig unverständlich ist.

Zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns hat neben dem Freien Verband auch der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) einen Wahlvorschlag eingereicht, den Sie mit Ihrer Unterschrift unterstützt haben.

Wie Sie aus den diversen Veröffentlichungen wissen mußten, haben die standespolitischen Aktivitäten der Führungsspitze des DAZ sich immer gegen die Ziele des Freien Verbandes gerichtet. Das gerichtliche Vorgehen des Vorsitzenden dieses Arbeitskreises gegen die Bayerische Landes Zahnärztekammer sowie die ständigen vergeblichen Aufsichtsbeschwerden gegen die beiden Körperschaften haben insgesamt unserem Berufsstand in seinem Ansehen nicht gerade genützt.

Unser Bayern Aktuell, das sich mit dem Gutachten dieses Vorsitzenden zur GO-Z eingehend befaßt hat, mußte Ihnen eigentlich die Augen geöffnet haben. Wir wissen, daß diesem Arbeitskreis meist honorige, aber leider völlig apolitische Kollegen angehören. Dies ändert aber nichts an dem standespolitischen Schaden, der durch das Agieren einiger weniger dieser Organisation uns allen schon entstanden ist.

Wir dürfen wohl annehmen, daß Sie nur in Unkenntnis dieser Standespolitik die Wahllisten des DAZ unterstützt haben, denn durch Ihre Mitgliedschaft beim Freien Verband bekennen Sie sich zu einer Politik, die unseren freien Beruf verteidigt und erhalten will.

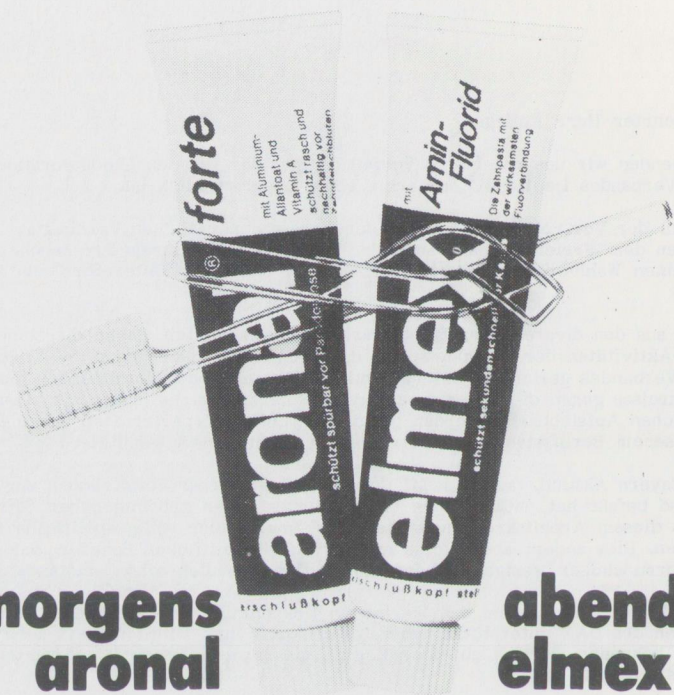
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Ralph Gutmann
Landesvorsitzender

August Siebecke

Dr. Siegfried Bücherl
Stellvertretende Landesvorsitzende

Der medizinische Doppelschutz gegen Parodontose und Karies



Spezialisten bieten besseren Schutz.

elmex Forschung · Wybert GmbH. 7850 Lörrach

Trinkwasserfluoridierung für Berlin?

Angefangen hatte es mit der Einsicht des derzeitigen Berliner Gesundheitssenators Fink (CDU), daß unser Gesundheitssystem weitgehend den Charakter eines Krankheitsheilungssystems habe, daß es seine Pflicht als Gesundheitspolitiker sei, nicht nur etwas für die Behandlung von Krankheiten, sondern für ihre Verhinderung zu tun - dies nicht nur aus Kosten-, sondern auch aus humanitären Gründen. Außerdem wolle er sich auch als Demokrat mit der Trinkwasserfluoridierung auseinandersetzen und dazu beitragen, aus dem Stadium folgenloser Diskussionen in das Stadium der Entscheidungsfindung einzutreten.

Angefangen hatte es eigentlich schon viel früher, z.B. als im Jahre 1980 - noch unter Regierungsverantwortung von SPD und F.D.P. - das Abgeordnetenhaus von Berlin eine große Anfrage zur Jugendzahnpflege debattierte. Damals waren aus den unterschiedlichen politischen Lagern nicht nur Prophylaxe-Helferinnen - die haben wir bis heute nicht mal im öffentlichen Gesundheitsdienst! - sondern auch Gesundheitserziehung und Trinkwasserfluoridierung (TWF) gefordert worden.

Kehren wir ins Jahr 1984 zurück. Die Senatsgesundheitsverwaltung zusammen mit der

Zahnärztekammer organisierte ein TWF-Symposium im Januar. Unter der Gesamtmoderation von Prof. Dr. K.E. Bergmann (Kinderarzt) vom Bundesgesundheitsamt referierten ein Zahnarzt (Prof. Dr. Naujoks, Würzburg), ein Hygieniker (Prof. Dr. Althaus, Gelsenkirchen), ein Toxikologe (Dr. Stahlmann, Berlin), ein Jurist (Prof. Dr. Reh binder, Frankfurt) und zwei Wasserwerker (Stäheli, Basel und Dr. Tessorf, Berlin). Ein ausschließliches Fachpublikum war geladen, Vertreter der Hochschulen, der politischen Parteien, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Verbandes der Kinderärzte, der Zahnärzteverbände. In sachlicher Atmosphäre wurden die bekannten Pros und Contras ausgetauscht, neue Argumente und Erkenntnisse gab es nicht.

Als Quintessenz faßte Prof. Bergmann zusammen, TWF sei als wirksame und gesundheitlich unbedenkliche Maßnahme zur Verminderung der Zahnkaries anzusehen. Vor ihrer Einführung seien allerdings einige für Berlin wichtige Fragen zu klären, damit die Bevölkerung solide informiert werden und sich damit auseinandersetzen könne:

* Eine Repräsentativ-Erhebung der Zahngesundheit der Berliner Bevölkerung sei zu erstellen.

- * Die Fluoridaufnahme durch die tägliche Nahrung und die Umweltbelastung durch Fluorid müßten untersucht werden.
- * Schließlich sei die Stabilität einer bestimmten Fluoridkonzentration über ein langes Streckennetz im Wasserrohrsystem zu untersuchen.

Auf das Symposium hin gab es ein gemäßigtes Presse-Echo. Der Verlauf der Veranstaltung wurde berichtet, und die Frage wurde gestellt, ob denn wohl bald das Berliner Wasser mit einem natürlichen Gehalt von 0,2 mg Fluorid pro Liter auf 1 mg/l angereichert würde.

In Zeitungsinterviews in den folgenden Wochen wurde aber der Bevölkerung klar gemacht, daß die Experten unter sich keine einheitliche Linie verfolgen. Selbst die Zahnärzteschaft ist gespalten, insofern als einige Berliner zahnmedizinische Hochschullehrer der Auffassung sind, daß Fluoridierung dem Zahnschmelz nur während der Entwicklung diene. Das ist auch der Grund, weshalb die Berliner Wasserwirtschaft als Zielgruppe der Nutznießer der TWF nur die relativ kleine Gruppe der bis zu 15-jährigen (= etwa 12% der Bevölkerung) ins Spiel bringt. Die Wasserwerke sprechen zudem von Zwangsmedikation und Gefährdung der Grundrechte und halten die Reinheit des Berliner Wassers hoch. Beide, die erwähnten Hochschullehrer und die Wasserwirtschaft erkennen zwar die Verminderung der Karies in Basel an, glauben aber, sie sei weitgehend der

guten Mundhygiene und der guten Personalausstattung der Schulzahnklinik in Basel zuzuschreiben.

Im April dieses Jahres nun kündigte der Gesundheitssenator an, er verfolge seinen Fluoridierungsplan weiter, wolle aber keine Maßnahme von oben aufoktroieren, sondern zusammen mit der Zahnärztekammer eine mit einer Information gekoppelte Volksbefragung organisieren.

Diese Ankündigung machte viele munter. Parlamentarische Anfragen wurden gestellt, Glossen in einer liberalen Tageszeitung geschrieben. Diese Glossen kritisierten Finks "Bürgerinitiative von oben" und vermochten das Subsidiaritätsprinzip mit einem derart staatlichen Eingriff eines CDU-Senators nicht mehr in Einklang zu bringen. Leserbriefe kamen als Replik. Der Verbraucher-Ausschuß organisierte ein hochkarätiges Podium, bei welchem die TWF-Gegner in der Mehrheit waren, eine weitere Gelegenheit, die Presse zu aktivieren.

Im Juli erschien dann in einer Auflage von 185.000 Stück das volksbefragende Informationsblatt, das über Arzt- und Zahnarztpraxen und die Krankenkassenverbände zur Verteilung kam. Seitdem hatte Berlin ein Thema: ZÄHNE. Zahnlöcher gegen Sommerloch, könnte man salopp sagen.

Die Alternative Liste warnte vor Überdosierung durch TWF und entsprechende Schmelzschäden, die F.D.P. wollte lieber Fluorid im Kochsalz als im Wasser, CDU und SPD hielten sich bedeckt. Bezirkspolitiker

kritisierten das Senatsfaltblatt ("inhaltlich einseitig, fachlich dilettantisch, erst muß die Fachdebatte abgeschlossen sein, dann kann man das Volk befragen"). Schließlich berichtete die Presse über einen "handfesten Krach" der beiden CDU-Senatoren für Gesundheit und Arbeit und Betriebe, wobei man wissen muß, daß dem Senator für Arbeit und Betriebe die Wasserwerke unterstehen.

Dies alles hat - angereichert durch das Auftauchen einiger unseriöser diffamierender Anti-Fluorid-Flugblätter bestimmter Vereinigungen aus dem Bundesgebiet - zwar die Zähne gehörig ins Gerede gebracht, aber auch zur Verunsicherung von Eltern und Erziehern kleiner Kinder geführt. Leserbriefe übrigens seitens einiger Zahnärzte, auch des Kammerpräsidenten, die sich um Richtigstellungen bemühten, wurden von Zeitungsredaktionen stark gekürzt oder gar nicht gedruckt.

Schließlich zog Ende August mit einer Presseerklärung unvermittelt Senator Fink seine TWF-Initiative zurück und begründete seine Haltung mit dem Ergebnis des Rücklaufs der Fragebögen. Dies ist unbefriedigend, denn - aufs ganze gesehen - müssen gesundheitlich notwendige Einzelmaßnahmen aus einer gesamtpolitischen Verantwortung heraus entschieden werden und dürfen nicht auf eine plebiszitäre Zustimmung im Einzelfall angewiesen sein.

Zudem sprechen die Zahlen eine deutliche Sprache: Von 185.000 gedruckten Fragebögen (bei einer Bevölkerungszahl in Berlin (West) von rund 1,9 Mio) kamen bis Ende Oktober etwa 1.000 (eintausend) zurück. Darin haben sich 2/3 der Bürger gegen die TWF ausgesprochen, 1/4 dafür, etwa 1/10 äußert sich unentschieden.

Fast 1/4 der Bürger (Gegner, Befürworter und Unentschiedene) wünscht mehr Information. Dem Wunsch wird nachgekommen, indem Materialien verschickt werden.

Dies dient unserem Anliegen, mehr Zahngesundheitswissen zu verbreiten, wie überhaupt dieser ganze, sich fast über ein Jahr in der Presse hinziehende Vorgang den Zähnen Aufmerksamkeit wert beschert hat.

Was der Vorgang auch gezeigt hat, ist, daß festgefahrene Meinungen festgefahren blieben. Ob dieser Vorgang auch negativen Einfluß auf die Fluoridtablettenakzeptanz hat - in Berliner Kindertagesstätten werden seit 1963 Fluoridtabletten verabreicht - ist noch nicht abzusehen.

Soviel läßt sich allerdings sagen: es bedarf mehr als früher differenzierter Sachkenntnis und Argumentationsweise, um Eltern, Erzieher und Lehrer sachlich zu informieren, obwohl wir selber - als Zahnärztlicher Dienst im Gesundheitsamt - unsere Prophylaxe-Strategien höchstens intensiviert, inhaltlich aber nicht verändert haben.

Dr. Erika Reihlen
Paulinenstr. 3
1000 Berlin 45

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

Zwei Stellungnahmen zur Fluoridierung

Prof. Dr. R. Naujoks, Würzburg, als Vorsitzender der Fluorkommission der Deutschen Gesellschaft für Zahn-Mund-Kieferheilkunde (DGZMK) an das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)

Briefwechsel: Wieder einmal „Fluoride“

Würzburg, 30. 1. 1984

Betr.: Richtigstellung von Einwänden gegen die Kariesprophylaxe mit Fluoriden.

Bezug: a) Information 32, Deutscher Verbraucherschutzbund
b) Rundschreiben, Gesellschaft für Gesundheitsberatung

Nach einer Zeit relativer Ruhe hat die kleine bekannte Gruppe aktiver Fluoridgegner abermals eine bundesweite Kampagne gegen die Verabreichung von Fluoriden zur Verhütung der Zahnkaries eingeleitet. Auslösende Faktoren waren u. a. vermutlich

- a) die sich durchsetzende Einsicht, daß ohne Fluoridanwendung eine effektive Kariesprophylaxe nicht möglich ist und
- b) die Vereinbarungen vom Herbst 1983 zwischen den zahnärztlichen Berufsorganisationen und den Verbänden der Krankenkassen, diese Erkenntnisse in praktische Maßnahmen umzusetzen.

Sinn der Kampagne ist – wie schon in früheren Jahren –, insbesondere jene Personenkreise oder Einzelpersonen zu verunsichern, die sich einerseits nicht selbst in dem erforderlichen Ausmaß mit den Fakten einer Fluoridprophylaxe der Zahnkaries vertraut machen können, die andererseits jedoch bei der Durchführung solcher Maßnahmen Entscheidungen zu treffen oder Verantwortung zu übernehmen haben. Es müßte den Rahmen der vorliegenden Richtigstellung überschreiten, wenn hier auf die von den Fluoridgegnern abermals vorgebrachten Einwände im Detail eingegangen würde. Nachstehend daher nur einige grundsätzliche Bemerkungen:

1. Wirksamkeit der Fluoride

Abgesehen von den kaum noch zählbaren Mitteilungen über die erfolgreiche Prophylaxe der Zahnkaries mit Fluoriden sei zusätzlich darauf hingewiesen, daß 1982 der Bericht über eine Expertenkonferenz in Boston erschien, in dem festgestellt wurde, daß der beobachtete Rückgang im Kariesbefall in einer Reihe westlicher Länder ganz wesentlich (wenn nicht ausschließlich) auf den Einsatz von Fluoriden zurückzuführen sei (1).

2. Keine gesundheitlichen Schäden nach Fluoridanwendung

Durch eindeutige Gegenbeweise unbeeindruckt werden von den Fluoridgegnern immer wieder die gleichen Behauptungen vorgetragen, wonach Fluoridgaben gesundheitliche Schäden verursachen. Dazu läßt sich pauschal feststellen, daß es unter den Bedingungen für kariesprophylaktische Maßnahmen mit Fluoriden keine Meldung

über dadurch verursachte körperliche oder geistige Schäden gegeben hat, die einer wissenschaftlichen Überprüfung standgehalten hat. Diese Feststellung gilt insbesondere auch für die immer wieder behaupteten negativen Einflüsse der Kariesprophylaxe mit Fluorid im Zusammenhang mit Allergien, Mongolismus, bösartigen Tumoren sowie Skelett- und Kreislaufschäden.

In welchem Umfange auf der Welt die Fluoride zur Verbesserung der Zahngesundheit eingesetzt werden, unterstreicht die Mitteilung, wonach schadlos inzwischen 320 Millionen Menschen mit fluoridangereichertem Wasser versorgt werden (2). Fluoride zur Verhütung der Zahnkaries sind seit einem halben Jahrhundert Gegenstand sorgfältiger wissenschaftlicher Überprüfung. Diese sowie die Erfahrungen mit einigen hundert Millionen Menschen unterstreichen ihre Unbedenklichkeit und Wirksamkeit.

3. Fluorid in richtiger Dosierung – kein Gift

Für den Nichtinformierten ist die immer wieder zu findende Warnung, daß „Fluor ein Gift“ sei, besonders eindrucksvoll. Dabei wird unterschlagen, daß Fluor als reaktionsfreudiges Element in dieser Form praktisch nicht vorkommt, sondern stets als Fluorid. Das ist chemisch und biologisch aber ein grundlegender Unterschied. Außerdem ist Gift immer eine Frage der Dosis. Bei den für die Kariesprophylaxe empfohlenen Dosierungen kann von einer Giftwirkung der Fluoride jedenfalls nicht die Rede sein.

Die hier zur Diskussion stehenden Mitteilungen und Rundschreiben haben bedauerlicherweise auch wieder zu Veröffentlichungen in der einschlägigen Presse geführt und lassen, wie schon früher, nicht nur gelegentlich selbst die Elementarkenntnisse zum Sachverhalt vermissen.

Alle, die sich in eigener Tätigkeit mit der Kariesprophylaxe durch Fluoridanwendung befassen, haben diese uneingeschränkt empfohlen. Nachdem eine kausale Prophylaxe der Karies – also Ernährungslenkung und intensive Mundhygiene – auf breiter Basis keinen Erfolg verspricht (und das ist weltweit erwiesen), ist eine möglichst flächendeckende Kariesprophylaxe mit Fluoriden zu fordern.

Für die Fluorkommission der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

(Prof. Dr. R. Naujoks)

- 1) GLASS, R. L. (ed.): The First International Conference on the Declining Prevalence of Dental Caries. J Dent Res 61, 1301-1383 (1982). Special Issue.
- 2) MELLBERG, J. R.; RIPA, L. W.: Fluoride in Preventive Dentistry. Quintessence Publ. Comp., Berlin 1983.

Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheitserziehung

Mitglieder: Bundesfachgruppe für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der österreichischen Ärztekammer
Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheitserziehung
Österreichische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Verein österreichischer Zahnärzte (gegr. 1861)
A-1090 Wien, Salzergasse 28, Telefon 0222/346362

Vorsitzender des Vorstandes:

Vizepräsident Med.-Rat Dr. H. Bantleon,
Vorsitzender der Bundesfachgruppe für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der
österreich. Ärztekammer.

Vorstandsmitglieder:

Univ.-Doz. Prim. Dr. K. Binder,
Leiter der Jugendzahnkliniken der Stadt
Wien.

Univ.-Prof. Dr. K. Keresztesi
Vorstand der Univ.-Zahnklinik Wien,
Präsident des Vereines österr. Zahnärzte.

Sektionschef Dr. A. Krassnig,
Bundesministerium für Gesundheit und
Umweltschutz.

Univ.-Prof. Dr. S. Loos,
Österr. Arbeitsgemeinschaft für Volks-
gesundheit.

Ministerialrat Dr. H. Schwarz,
Bundesministerium für Unterricht und
Kunst.

Präsident Dentist Kurt Sipek,
Österr. Dentistenkammer.

Zahngesundheit wird einem zwar in der Wiege mitgegeben, sie zu erhalten bedarf es aber Ausdauer und manchmal auch etwas Mühe. Um die Zahngesundheit zu erhalten, ist es notwendig, die Zähne regelmäßig zu pflegen, d. h. 2 mal täglich Zähne putzen, d. h. sich richtig zu ernähren, also ausgewogene Kost, kein Zucker zwischen den Mahlzeiten und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung 2 mal jährlich, d. h. aber auch Anwendung von Fluoriden.

Während Zahnpflege und zahnärztliche Kontrolle unbestritten sind, wird immer wieder auf die Gefahren der Fluoride hingewiesen, zuletzt auch in dieser Zeitschrift. Es ist daher notwendig, auch der zahnärztlich-wissenschaftlichen Seite Raum zu geben.

Zahngesundheit und Fluoride

Fluoride zur Vorbeugung gegen Zahnkaries zu verwenden, verdankt die Wissenschaft einer zufälligen Beobachtung: Menschen in Gegenden mit fluorreichem Trinkwasser zeigten viel weniger Karies als Menschen in Gegenden mit fluorarmem Trinkwasser. Eingehende Untersuchungen zeigten, daß dieser kariesschützende Effekt auch mit der Gabe von Fluoridtabletten erreicht werden könnte. Die Wirksamkeit der Fluoride gegen Karies wurde nicht nur in Hunderten epidemiologischen Untersuchungen am Menschen, sondern auch im Tierversuch nachgewiesen.

Der Vorteil der Fluoridtabletten ist, daß man die tägliche Dosierung genau einhalten kann, daß sie nur an jene abgegeben werden, die auch noch Zähne im Mund haben, und daß man Fluoridtabletten leicht mitnehmen kann, wo immer man sich befindet. Die Erfolge auch mit den Fluoridtabletten sind eindeutig nachgewiesen und zeigen, regelmäßig genommen, eine Kariesreduktion, die nicht wesentlich unter jener der Trinkwasserfluoridierung liegt.

Natürlich gibt es auch andere Wege der Fluoridanwendung, z. B. im Speisesalz, in der Milch, in Zahnpasten, als Fluorlack, der vom Zahnarzt angewendet werden muß, aber die einfachste und sicherste Anwendung ist die Fluoridtablette, abgesehen von der Verwendung fluorhaltiger Zahnpasten.

Die Behauptungen über die Schädlichkeit der Fluoride haben dazu geführt, daß sich große internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation und die Weltvereinigung der Zahnärzte (FDI) mit dem Problem Zahnkaries und Fluoride beschäftigt haben. Fachleute aus aller Welt haben im Schöße dieser Organisationen ihre Erfahrungen diskutiert und auf den enormen Wert der Fluoridanwendung in der

Kariesprophylaxe hingewiesen. Entsprechende Empfehlungen waren das Ergebnis dieser Diskussionen.

Was die behauptete Giftigkeit der Fluoride anbelangt, ist zu sagen, daß die Verwendung in der empfohlenen Dosierung als Fluoridtablette und fluoridhaltige Zahnpaste völlig gefahrlos ist. Die Einnahme von Überdosen durch Kinder sind Unfälle, wie sie praktisch mit allen chemischen Substanzen dann vorkommen können, wenn entweder die notwendige Beaufsichtigung der Kinder fehlt oder die Aufbewahrung der Tabletten leichtfertig erfolgt.

Noch nie wurden Vergiftungserscheinungen beobachtet, wenn Fluoridtabletten im empfohlenen Ausmaß eingenommen wurden. Auch chronische Nachwirkungen wie Krebs oder Mongolismus können nicht auftreten. Alle Behauptungen in dieser Richtung wurden längst widerlegt.

Im Zusammenhang mit dem letzten Kongreß der Weltorganisation der Zahnärzte im Oktober 1982 in Wien haben die führenden Kariesforscher der Welt bei einer Beratung, die von der Weltgesundheitsorganisation einberufen wurde, eingangs festgestellt, daß die Frage der Giftigkeit der Fluoride in jenen Mengen, wie sie zur Kariesbekämpfung angewendet werden, nicht mehr diskutiert wird, da sie längst wissenschaftlich eindeutig abgeklärt ist. Dieses Kapitel ist abgeschlossen, es liegen genügend Untersuchungen darüber vor. Dagegen wurde einhellig empfohlen, die Fluoride intensiv zum Schutze gegen Zahnkaries einzusetzen.

Vizepräsident
Med.-Rat Dr. H. Bantleon
Vorsitzender der Bundesfachgruppe
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der österr. Ärztekammer

aus: Österreichische Kneipp-Blätter, 11/1982

Duraphat®

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

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

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

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

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

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

Duraphat

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

Anwendungsgebiete: Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

Gegenanzeigen: Ulcerierende Gingivitis.

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

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

Packungsform u. Preis

Normalpackung 10 ml DM 36,78
Stand Jan. 83

Woelm Pharma

Zur Diskussion gestellt:

Herdsanierung mit dem Vorschlaghammer

Die Feststellung und Behandlung chronischer Entzündungsprozesse in der Mundhöhle ist zweifellos eine der wichtigsten zahnärztlichen Aufgaben. Kann man den Begriff der Entzündung noch einigermaßen klar umschreiben, so macht die Definition des "Herdgeschehens", der Fokaltoxikose, bereits größere Schwierigkeiten:

Schulmedizinisch unumstritten gelten zumindest die chron. periapicale Ostitis sowie die Taschen einer parodontitis marg. profunda als mögliche "Herde" einer chronischen Allgemeinerkrankung. Ebenso unbestritten gelten Wurzelfüllung und Wurzelspitzenresektion des betroffenen Zahnes sowie die Parodontal-Curettage als lege artis-Versorgungen.

Es gibt jedoch Zahnärzte, die diese Methoden der Fokustherapie nicht für ausreichend halten. Sie fordern radikaleres Vorgehen: als *conditio sine qua non* gilt die Extraktion aller devitalen Zähne; weiterhin die radikale Taschensanierung, meist ebenfalls durch Extraktion der betroffenen Zähne und tiefe operative Revision des Alveolarfortsatzes. Als "Herde" gelten außerdem auch vollimpaktierte, also "sterile" Zähne.

Die Frage, wie weit man das eine oder andere Vorgehen vertreten kann, ist sicherlich nicht eindeutig und allgemeingültig zu beantworten, sondern von den individuellen Verhält-

nissen abhängig. Vielleicht kann jedoch die Schilderung der folgenden "Herdsanierung", durchgeführt von einem Zahnarzt, der als Protagonist der Herdtherapie gilt, die Frage nach der Grenze solcher Behandlungen beantworten helfen:

Eine 27-jährige (!) Patientin wird wegen einer einseitigen Iritis zur Herddiagnostik an den Zahnarzt überwiesen. Desessen Untersuchung beschränkt sich auf Herdtestungen und Vitalitätsprüfungen; eine Röntgenuntersuchung "ergibt eine Belastung der Molarengebiete", Röntgenaufnahmen liegen jedoch nicht vor (?!). Die Zähne 26, 37 und 47 werden als devital diagnostiziert; 15, 16, 17, 35, 36 und 44 haben noch "reduzierte" Vitalität. Obwohl die Laborbefunde der Blut- und Urinuntersuchung im Normbereich liegen und zahnmedizinisch keine Beschwerden oder Funktionsstörungen angegeben werden, nimmt der Zahnarzt vor allem die reduzierte Vitalität der Seitenzähne zum Anlaß, eine radikale "Sanierung" durchzuführen:

Die Patientin wird viermal jeweils eine Woche stationär ins Krankenhaus aufgenommen. In vier 45 Minuten dauernden chirurgischen Eingriffen, jeweils eingeleitet durch 10 mg Valium i.V. und nachfolgende mehrfache Anästhesiemaßnahmen, werden sämtliche Molaren und die rechten unteren Prämolaren

extrahiert; zusätzlich "Ausfräsung der Alveolen", Entfernung der interradiikulären Septen und beider tubera maxillaria (!); weiterhin "auf Verdacht" eine Antroskopie und Teilrevision der Kieferhöhle. Während des zusammen 25 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes erhält die Patientin insgesamt 524 (fünfhundertvierundzwanzig) Ampullen homöopathischer Medikamente injiziert.

Das Ergebnis nach sechs Monaten: die Patientin trägt mit 27 Jahren eine klammerverankerte Teilprothese, der Anlaß zur Sanierung, die Iritis, hat sich nur "leicht gebessert". Der Radikalität des therapeutischen Vorgehens entsprechen die Kosten: DM 8.860,-- Honorar allein für die chirurgischen Maßnahmen des Zahnarztes, DM 3.800,-- für den Krankenhausaufenthalt, DM 3.250,35

für die Medikamente, zusammen also DM 15.910,35.

Wer sich, wie ich, unter homöopathischer Heilkunst eine Möglichkeit sanfter Therapie vorstellt, die behutsam die körpereigene Abwehr gegen ein Krankheitsgeschehen mobilisiert, muß sich bei solcherlei Radikalentzahnung unter Valium die Frage stellen, ob es sich hier noch um eine verantwortungsvolle, medizinisch notwendige Sanierung handelt.

Viel eher doch um dieses: Zahnärztliche Chirurgie (um ihrer selbst willen?) am Rande der Körperverletzung, "Verwundung" umfangreicher Kieferareale als Folge von Herdfanatismus und Beutelschneiderei beim leichtgläubigen Patienten.

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

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

ABGEBROCHENE ZAHNARZTBEHANDLUNG -
HONORAR MUSS TROTZDEM GEZAHLT WERDEN!

Wer beim Zahnarzt eine längere Prozedur beginnt, muß das Honorar bis zum Ende der Behandlung bezahlen, auch wenn er vorher abbricht ... Das hat das Bundessozialgericht in Kassel entschieden. (AZ: 6 RKA 39/83). In dem in Kassel verhandelten Fall hatte eine Patientin eine Zahnprothese in Auftrag gegeben, war aber nicht mehr erschienen, um sich bis zum Ende be-

handeln zu lassen. Das Gericht: "Zahnärzte haben auch dann für die Behandlung der Krankenkassenpatienten einen vollen Honoraranspruch, wenn die ärztliche Behandlung durch das Ausbleiben der Patienten nicht zu Ende geführt werden kann. Diese Regelung gilt auch für die Versorgung der Patienten mit Zahnprothesen."

Gäubote

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

DAK STEMMT SICH GEGEN KOSTENANSTIEG

WARNUNGEN AN LEISTUNGSERBRINGER / SPARHAUSHALT FÜR 1985

Mit einer Politik der "leeren Kassen", geplantem Nullwachstum für Honorarhöhe und Leistungsmenge bei Ärzten und Zahnärzten sowie Kostendämpfungsabsichten auf allen Ausgabengebieten stemmt sich die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) gegen den erneuten Kostenanstieg. Dies wurde am Montag (26.11.1984) auf der Vertreterversammlung der Kasse in Gelsenkirchen hervorgehoben, auf der das Versichertenparlament trotz einer bewußten Vermögenslage am Rande der Liquidität den Beitragssatz auf 12,3 Prozent vom 1. Januar 1985 an anheben mußte. Mit dieser Entscheidung wurde die ein Jahr zuvor beschlossene Senkung des Beitragssatzes auf 11,6 Prozent beendet. Der Entscheidung war eine ausführliche Debatte vorausgegangen, in der den Leistungserbringern unmißverständlich klargemacht wurden, die angestrengten Bemühungen der DAK um Kostendämpfung mit ihren Abrechnungen zunichte gemacht zu haben.

Darüber hinaus wurden die Leistungserbringer in ungewöhnlich scharfer Form aufgefordert, ihr Verhalten zu überprüfen. Vor allem die Mengenausweitung ihrer Leistungen gelte es, auf das Notwendige zurückzunehmen. Der DAK-Vorstand wird außerdem im Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) darauf hinwirken, daß die Honorarverträge mit den Bundesvereinigungen der Ärzte und Zahnärzte durch den VdAK zum nächstmöglichen Termin gekündigt werden. Ziel neuer Vertragsverhandlungen muß eine Sen-

kung der Honorare beziehungsweise des Punktwertes sein. Wenn es nicht gelinge, gemeinsam und verantwortungsbewußt den Kostenanstieg im Interesse der Beitragszahler in den Griff zu bekommen, müsse das zwangsläufig zu massiven Eingriffen des Gesetzgebers führen, die niemand wolle.

Hintergrund für diese Vorwürfe der DAK ist der kostenmäßige Verlauf des Jahres 1984. Zum 1.1.1984 hatte die Selbstverwaltung der DAK ihre Kostendämpfungsfolge bei einer bewußt gering gehaltenen "Finanzreserve" durch eine Beitragssenkung an die Mitglieder und Arbeitgeber weitergegeben. Das damit verbundene Ziel, den gesenkten Beitrag möglichst lange zu halten, machte ein Ende 1983 einsetzender und seither anhaltender Kostenschub zunichte. Die Hochrechnung der Kasse für das Jahr 1984 weist zum Beispiel eine Steigerung der Leistungsausgaben von 6,16 Prozent, aber bei den Beitragseinnahmen nur eine Steigerung von 1,33 Prozent je Mitglied aus. Der daraus entstehende Ausgaben-Überschuß von fast 450 Millionen Mark senkt die gesetzlich vorgeschriebene "Finanzreserve" der Kasse weiter ab.

Der von der DAK-Selbstverwaltung für das Jahr 1985 verabschiedete Haushaltsplan in Höhe von rund 13,5 Milliarden Mark ist erneut denkbar knapp kalkuliert, wurde betont. Eine nennenswerte Liquiditätsreserve sei nicht mehr vorhanden, so daß die Ausgabensteigerung im kommenden Jahr zum

Stillstand kommen müsse. Im Bereich der Ärzte und Zahnärzte geht der DAK-Haushalt beispielsweise von einem Nullwachstum der Leistungsausgaben aus. Für die Bereiche Krankenhauspflege und Arzneimittel bedauerten die Selbstverwaltungs-Mitglieder die nach wie vor fehlende Mitwirkungsmöglichkeit der Kassen bei der Preisgestaltung mit der Chance, die Kosten dämpfen zu können. Hier habe der Gesetzgeber trotz aller Appelle seit Jahren versäumt, die Stellung der Selbstverwaltung zu stärken. Die Debatte verdeutlichte eindringlich, daß die DAK-Selbstverwaltung als höchstes Ziel ihrer Arbeit die Kostendämpfung beziehungsweise eine "Normalisierung" des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen ansieht, der sich dann zum Beispiel nur im Rahmen der allgemeinen Grundlohnentwicklung bewegt. An diesem Ziel wird die DAK künftig Leistungserbringer und Gesetzgeber noch stärker als bisher messen, hieß es. Immerhin gehe es um die Gesundheits-sicherung von mehr als 4,4 Millionen Beitragszahlern, die finanziell tragbar sein muß. Ein Ziel, das weder Leistungserbringer noch Gesetzgeber unberührt lassen darf.

DAK Pressedienst Nr. 100/84

ENTSCHLIESSUNG

Die Vertreterversammlung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse stellt fest, daß die Beitragssatzerhöhung zum 1.1.1985 durch eine die Einnahmen weit übertreffende Kostensteigerung erzwungen wird.

Gründe für die Entwicklung sind

- eine verfehlte Politik der Bundesregierung und des Gesetzgebers, die es nicht verstanden haben, den erneuten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ernsthaft entgegenzutreten.
- Eine Politik der Leistungsanbieter, vor allem der Ärzte und Zahnärzte, die die Kassen der sozialen Krankenversicherung als Selbstbedienungs-laden betrachten.

Im Interesse von 6,5 Millionen Versicherten begrüßt die Vertreterversammlung ausdrücklich, daß der Vorstand der DAK als erste Maßnahme über den VdAK die Verträge mit den Ärzten und Zahnärzten kündigen will. Die Vertreterversammlung erwartet eine spürbare Senkung der Ausgaben, um so zu einer Kostenentlastung für die Versicherten zu gelangen.

Ebenso wird nachdrücklich begrüßt, daß im Haushalt von einem Null-Wachstum der Leistungsausgaben bei Ärzten und Zahnärzten ausgegangen wird.

Die Leistungsanbieter insgesamt werden aufgefordert, durch ihr Verhalten in Zukunft die Kostensteigerungen zu stoppen. Entsprechende Schritte werden von der Bundesregierung für die Bereiche erwartet, die nach wie vor dem Einfluß der Selbstverwaltung entzogen sind, wie die Arzneimittel-Preise.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung aufgefordert, den Spielraum der Selbstverwaltung im Krankenhaus-Bereich zu erweitern, um auch auf diesem Wege zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen zu gelangen.

Gelsenkirchen, 26.11.1984

ZIVILSCHUTZGESETZ

— ein neuer Entwurf aus dem Innenministerium

Einstimmig hatte 1980 der Deutsche Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, "die Zivilschutzgesetzgebung zu vereinfachen und zu verbessern". Im Juni dieses Jahres ist nun der dritte Anlauf dazu unternommen worden: Das Bundesinnenministerium präsentierte einen "vorläufigen Referentenentwurf (EZSG)".

Sicher nicht nur wegen dieses bei Nichtjuristen sehr bescheiden anmutenden Etiketts darf vermutet werden, daß mit dieser Vorlage das Gesetz seine endgültige Fassung noch nicht erhalten hat. Kritik wurde bisher geäußert - mit gegensätzlicher Intention - vom Deutschen Roten Kreuz und von der Deutschen Schutzbaugemeinschaft e.V., Viernheim.

Die Autoren des Gesetzentwurfs sind der Ansicht, daß der Zivilschutz der Akzeptanz durch die Bevölkerung bedarf. Diese werde dadurch erzielt, daß "das Zivilschutzrecht in einem geschlossenen, für die Allgemeinheit verständlichen Werk zusammengefaßt" wird. Daß dieses Ziel bisher erreicht wurde, muß zweifelhaft erscheinen angesichts von Formulierungen wie "der Eigentümer kann die Entziehung des Eigentums am Grundstück verlangen, wenn durch eine Entscheidung in den Fällen des § 13 Abs. 3 und des § 15 die sonst zulässige wirtschaftliche Nutzung des Grund-

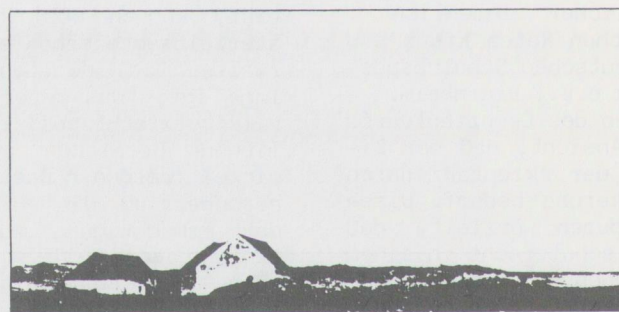
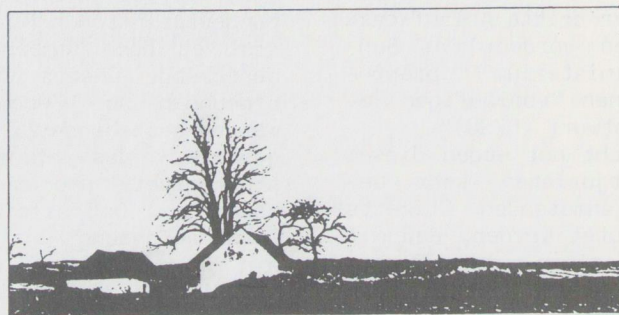
stücks nicht nur vorübergehend unzumutbar wird." So § 16 Abs. 3 des Entwurfs; Unterabschnitt "Schutzräume".

Das angestrebte Gesetz kann zweifelsfrei zu einer "Verwaltungsvereinfachung" führen, löst es doch immerhin sieben bestehende Gesetze bzw. Verordnungen ab. Zusammengefaßt werden bestehende Zivilschutzgesetze, das Katastrophenschutzgesetz und das Schutzbaugesetz. Daß allein mit der Zusammenfassung von Gesetzen ein für die Allgemeinheit verständliches Werk entsteht und sich damit quasi automatisch die gewünschte Zustimmung ergibt, können wohl nur Ministerialbeamte erhoffen.

Zweites Ziel der Gesetzesvorlage ist: "Das materielle Zivilschutzrecht soll in wesentlichen Bereichen weiterentwickelt werden." Dabei geht es besonders um die "Aufnahme einer Ermächtigung zur Heranziehung von Helfern im Spannungs- und Verteidigungsfall" und um die "Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung."

Erfreulich ist die begriffliche Klarheit. Hatte man sich doch bisher häufig schwer getan, zwischen Notfall-, Katastrophen-, Zivilschutz- und Wehrmedizin zu unterscheiden, ja konnte manchmal der Eindruck einer bewußt inszenierten Vernebelung entstehen, so

Raben Verlag München



Grün kaputt

Landschaft und Gärten der Deutschen

Das Buch zur Ausstellung von
Dieter Wieland, Peter M. Bode, Rüdiger Disko
200 Seiten, über 230 Vierfarbbabb., DM 28,--
Raben Verlag, Frohschammerstr. 14, 8 Mü. 40

bringt der vorgelegte Entwurf die Abgrenzung über die Zuständigkeit. "Der friedensmäßige Katastrophenschutz" ist Sache der Länder, und alles, was mit dem Spannungs- bzw. dem Verteidigungsfall zu tun hat, fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der Zivilschutz als Teil der Gesamtverteidigungskonzeption wird in vollem Umfang aus dem Etat des Bundes finanziert. Dies gilt auch für Einrichtungen des Katastrophenschutzes, soweit sie "für ihre Aufgaben im Verteidigungsfall zusätzlich ausgestattet und ausgebildet werden (Ergänzungsteil)."

Der Zivilschutz soll von den Gemeinden organisiert werden. In einzelnen Wohnbereichen sollen Leitstellen eingerichtet werden mit sogenannten Selbstschutzberatern. Den Betrieben und Behörden werden besondere Organisationsformen aufgegeben. Alle Helfer stehen unter dem Schutz des Völkerrechts und werden voraussichtlich einen Schutzausweis erhalten. Geplant ist ein möglichst engmaschiges Netz von Einrichtungen und Helfern.

Bei den "Maßnahmen im Gesundheitswesen" geht es um Hilfskrankenhäuser, Sanitätsmateriallager und die erforderlichen Hilfskräfte. Dazu heißt es, die Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern hätten die zuständigen Behörden zu unterstützen. Die zuständigen Behörden nach dem Gesetzentwurf sind die kreisfreien Städte und die Kreise. Die zentrale Steuerung soll über das zu schaffende Bundesamt für den Zivilschutz erfolgen.

Die Behörden können z.B. "an-

ordnen, daß Träger und Inhaber von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ihre Leistungsfähigkeit auf die Anforderungen des gesundheitlichen Zivilschutzes umzustellen, zu erweitern und die Einsatzbereitschaft herzustellen haben." Die Träger der Krankenhäuser sind aufgefordert, "Pläne zur Bewältigung eines Massenankalles von Verletzten im Verteidigungsfall aufzustellen."

Grundsätzlich soll - anders als in den vorausgegangenen Entwürfen - das Prinzip der Freiwilligkeit für die Helfer im Zivilschutz gelten. Damit scheint auch eine Fortbildungspflicht für Ärzte etc. nicht geplant zu sein. Unklar ist jedoch, wieweit die Unterstützungspflicht der Kammern gehen soll, falls der Zustrom Freiwilliger spärlich sein sollte. Das Prinzip der Freiwilligkeit wird sicherlich auch nicht gerade überstrapaziert, wenn beispielsweise in den Helferinnenkursen des Roten Kreuz' die Teilnehmerinnen ihr Einverständnis zum Einsatz im Rahmen des Zivilschutzes erklären sollen.

Für Beamte soll ohnehin gelten: "Der Beamte kann für Zwecke der Verteidigung auch ohne seine Zustimmung zu einem anderen Dienstherrn abgeordnet oder zur Dienstleistung bei einer zivilen Dienststelle der Nato verpflichtet werden." § 133a Beamtenrechtsrahmengesetz.

Im sogenannten Spannungsfall können die kreisfreien Städte und die Kreise "alle Männer, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und nicht zum

Wehrdienst im Verteidigungsfall herangezogen werden, zum Dienst als Helfer im Zivilschutz" heranziehen. "Der Bundesminister des Innern wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Regelungen über ... die Heranziehungsmaßnahmen ... und die polizeiliche Vorführung und Zuführung von herangezogenen Helfern ... zu treffen." (Der Spannungsfall wird erklärt durch den Bundestag - mit zwei Dritteln der Stimmen - oder "von einem internationalen Organ im Rahmen eines Bündnisvertrages mit Zustimmung der Bundesregierung." Art. 80a des Grundgesetzes)

Das erklärte Ziel des Gesetzes ist der Schutz der Bevölkerung - insbesondere der gesundheitliche - "vor den Gefahren eines Verteidigungsfalles". Dies wird mit umfangreichen Organisationsstrukturen, mit Materialbevorratung und mit Übungen angestrebt. Darüber hinaus soll der Schutzraumbau forciert werden. Es wird darauf verwiesen, daß noch unentschieden ist, ob zukünftig für Neubauten eine "Schutzraumpflicht" gelten soll.

Das Präsidium des Bundes Deutscher Architekten (BDA) hat sich bereits vor geraumer Zeit sehr eindeutig in einem Manifest gegen den Bau von "Schutzräumen" ausgesprochen (s. Text S. 59).

Wenn die Vertreter der Architekten in der Lage waren, auf die Unmöglichkeit hinzuweisen, sich mit baulichen Maßnahmen gegen die atomare Bedrohung zu

wappnen, so sollten eigentlich erst recht die Mediziner darauf verweisen, daß die Vorstellung einer "Gesundheits-sicherstellung" in diesem Zusammenhang völlig absurd ist. Dies wird beispielsweise auch von der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften so gesehen. Die Weltgesundheitsbehörde hat bereits im Februar 1983 auf der Grundlage eines von zehn Wissenschaftlern verfaßten umfangreichen Berichtes ausgeführt: "Sogar mit den Mitteln, die unter normalen oder optimalen Bedingungen existieren, wären die Gesundheitssysteme unzureichend, um die Opfer eines Atomkrieges zu behandeln. Mit den verringerten Mitteln und Einrichtungen sind die Möglichkeiten des überlebenden medizinischen Personals, adäquate Hilfe zu leisten oder auch nur Erste Hilfe zu geben, um die Opfer am Leben zu halten, gleich Null."

Während bei uns maßgebliche Standesvertreter glauben, Hilfsprogramme für die zu erwartenden Randzonen erarbeiten (und erproben) zu sollen, haben ihre britischen Kollegen längst Unabhängigkeit und Sachkompetenz bewiesen. Eine hochkarätig besetzte Kommission fand nach eineinhalbjähriger Arbeit: "The explosion of a single nuclear bomb of the size used at Hiroshima over a major city in the United Kingdom is likely to produce so many cases of trauma and burns requiring hospital treatment, that the remaining medical services in the UK would be completely overwhelmed."

"Den Zahnärzten fehlt vieles,

um für Katastrophenfälle gewappnet zu sein", hieß es im Heft 9/1982 der Zahnärztlichen Mitteilungen. Daß sich dies ändert, dafür soll der Ausschuß "Zahnärztlicher Katastrophendienst" sorgen. (Vorsitzender des Ausschusses: Dr. E. Bunke, Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen)

Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg

Im Wortlaut:

Kein Schutz vor der Apokalypse



Das Präsidium des Bundes Deutscher Architekten (BDA) hat in einem „Manifest gegen den Bau von Schutzbunkern für Atomangriffe“ erklärt, es sei unverantwortlich, den Willen der Menschen zur Verhinderung der atomaren Katastrophe zu schwächen durch das Vorgaukeln der Hoffnung, das Überleben des Atomkrieges sei in Schutzbunkern möglich. Der BDA, der nach eigenen Angaben rund 4500 vorwiegend freischaffende Architekten vertritt, veröffentlichte das Manifest in der Zeitschrift „Die Bauwelt“:

Architektur insgesamt ist und bleibt ein Produktionsversuch menschlicher Heimat
Ernst Bloch

Aufgabe des Architekten ist die Gestaltung und der Schutz menschenswürdiger Umwelt. Der Architekt soll Leben bereichern. Sein Beruf ist konstruktiv, nicht destruktiv.

Deshalb weigern wir uns als Architekten, die totale Verwüstung dieser Erde und die Vernichtung allen Lebens auf ihrer Oberfläche für die Zukunft einzukalkulieren und uns an sinnlosen Versuchen zu beteiligen, der atomaren Apokalypse mit baulichen Mitteln begegnen zu wollen.

Wir halten es für unverantwortlich, den Willen der Menschen zur Verhinderung der atomaren Katastrophe zu schwächen durch das Vorgaukeln der Hoffnung, das Überleben des Atomkrieges sei in Schutzbunkern möglich. Wir wollen an einer solchen Selbsttäuschung nicht mitschuldig werden.

Deshalb fordern wir die Einstellung der von Bund und Ländern ideell und finanziell geförderten Programme für den Bau von „Schutzräumen“, soweit diese als Maßnahme gegen Atomangriffe erklärt werden:

- weil solche „Schutzräume“ allenfalls in großer Entfernung vom Zentrum nuklearer Explosionen nur einen ersten Schutz bieten können,

- weil so viel atomare Vernichtungskraft auf unser Land gerichtet ist, daß bei ihrer Auslösung hinreichend große Entfernungen von einem der zahlreichen Detonationspunkte kaum mehr denkbar sind,

- weil angesichts der immer kürzer werdenden Vorwarzeiten die „Schutzräume“ kaum mehr aufgeschützt werden können,

- weil auch das etwaige Überleben des eigentlichen Atomschlages nur eine Verzögerung des Todes und eine Verlängerung der Todesangst bedeuten kann,

- weil wir es für zynisch halten,

Bunker zu bauen, die den Neutronenangriff unbeschadet überstehen, in denen die schutzsuchenden Menschen jedoch dem Strahlentod ausgeliefert sind,

- weil niemand eine Antwort weiß auf die Frage nach dem Sinn des Überlebens der zunächst Entkommenen, wenn das Leben auf der Erdoberfläche ausgelöscht, die Materie zerstrahlt, die schützende Ozonschicht zerstört sein wird,

- weil die aufwendigen, von der Allgemeinheit mitbezahlten „Schutzräume“ für wenige Privilegierte zu asozialen Luxuseinrichtungen geraten müßten (in der Bundesrepublik z. Z. etwa für 3 bis 4 Prozent der Bevölkerung!), die im Ernstfall ihre Plätze mit Gewalt gegen die große Masse der Nichtprivilegierten verteidigen müßten,

- weil die Vortäuschung von Überlebenschancen die Hemmschwelle für den Einsatz nuklearer Waffen herabsetzt und weil die Gewöhnung an die Möglichkeit eines Atomkrieges und ein scheinbares Sicherheitsgefühl geeignet sind, das Widerstandspotential gegen den Einsatz von Massenvernichtungswaffen zu mindern,

- weil wir in der staatlichen Förderung solcher Bauten nicht nur eine Verschleuderung von Volksvermögen sehen, sondern auch eine gefährliche Auswirkung politischer Hilflosigkeit.

Statt Illusionen zu nähren, fühlen wir uns verpflichtet, zweifelhaften Hoffnungen auf Sicherheit und Schutz für den Fall eines atomaren Krieges entgegenzutreten und uns zu dem unbequemen, aber einzig verantwortbaren Eingeständnis zu bekennen, daß wir keinerlei baulichen Schutz gegen die Folgen eines Atomschlages bieten können.

Wir erkennen im Bau von „Schutzräumen“ gegen die atomare Bedrohung keinen aktiven Beitrag zum Frieden, sondern ein passives Annähern an den atomaren Krieg.

Volkwin Marg, Präsident, Jürgen Pahl, Vizepräsident, Wilhelm Kücker, Peter Trint.

Entwicklungshilfe oder Traumurlaub?

Am 26. Juli dieses Jahres flog ich für 3 1/2 Monate auf die Seychellen. Bei dem Stichwort Entwicklungshilfe entgegneten deutsche Freunde und Kollegen lächelnd, daß sie sich so einen Traumurlaub auch gefallen ließen. Ich hielt mich zurück; es würde sich herausstellen, wo die Schwerpunkte lägen.

Worum geht es bei diesem Projekt? Zahnärzte aus dem Hamburger Raum haben 1981 den "Verein zur Unterstützung der zahnmedizinischen Versorgung in Ländern der dritten Welt e.V." gegründet und ohne jede staatliche Hilfe eine sogenannte "Dental Mobile Clinic" auf die Hauptinsel der Seychellen, Mahé, verschifft. Hierbei handelt es sich um einen umgebauten Straßenbauwagen, in dem eine zahnärztliche Einheit, Röntgen, Anmeldung, Steri sowie Vorratsraum mit Kühlmöglichkeit untergebracht sind. Der Ausrüstungsstandard ist recht gut und übertrifft manche deutsche Praxis. Dieser Caravan ist im Süden von Mahé stationiert, da in diesem Gebiet bisher so gut wie keine zahnmedizinische Betreuung vorhanden war. Da es sich um eine mobile Zahnklinik handelt, verbleibt diese für einen begrenzten Zeitraum von ca. 6-9 Monaten an einem Ort, um dann zum nächsten Dorf transportiert zu werden. Bisher wurde in vier verschiedenen Dörfern gearbeitet und seit einem halben Jahr findet

eine Wiederholung dieses Turns statt, so daß die Dörfer jetzt zum zweiten Mal besucht werden.

Die deutschen Zahnärzte, die hier für einen Zeitraum von drei Monaten an fünf Tagen in der Woche arbeiten, tun dieses auf eigene Kosten, das heißt, daß sie für Flug und Lebensunterhalt privat aufkommen müssen. Die Regierung der Seychellen stellt lediglich eine Unterkunft zur Verfügung.

In der mobilen Zahnklinik wird zum Teil mit Bestellsystem gearbeitet, und zum Teil erscheinen die Patienten morgens und werden dann auf eine Warteliste für den jeweiligen Tag eingetragen. Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Tag beträgt 6-8 Stunden. Eine Helferin für Anmeldung und Assistenz wird von der Regierung der Seychellen gestellt. Die Zusammenarbeit klappt recht gut.

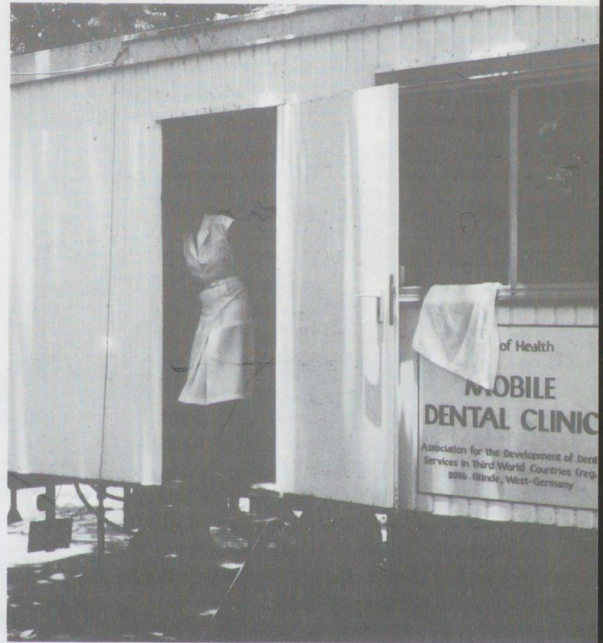
Da es sich im Falle der Seychellen um ein "sozialistisches" Staatssystem handelt, ist die Behandlung für Einwohner kostenlos. Hiervon sind lediglich bestimmte Bereiche der Prothetik ausgenommen. Konservierende, chirurgische und endodontische Behandlung sowie mit Einschränkung (aus technischen Gründen) PA-Therapie und Kieferorthopädie sind in gleichem Ausmaß möglich wie in Deutschland und müssen von den Patienten nicht bezuschußt werden. Kronen- und Brückenarbeiten sowie Modellguß werden

aus finanziellen Erwägungen meist nicht durchgeführt, da die Patienten hierfür einen Zuschuß zahlen müssen, der in Relation zum Durchschnittseinkommen untragbar hoch ist. Der Zuschuß, den Patienten z.B. für eine Krone zahlen müssen, liegt 1,5-mal bis 2-mal so hoch wie in Deutschland, das Einkommen jedoch sehr viel niedriger. Im Rahmen der prothetischen Behandlung werden aus diesen Gründen fast ausschließlich Teilprothesen mit handgebogenen Klammern sowie Totalprothesen hergestellt. Die Herstellung der zahntechnischen Arbeiten erfolgt im Labor der zahnärztlichen Abteilung des Krankenhauses der Hauptstadt von Mahé. Neben der zahnärztlichen Abteilung des Krankenhauses gibt es noch in drei weiteren Dörfern sowie auf zwei Nachbarinseln zahnärztliche Behandlungseinheiten, die an 1-2 Tagen in der Woche mit einem Zahnarzt besetzt sind. An den übrigen Tagen der Woche sind hier, in Neuseeland nur für Kinderbehandlung ausgebildete "dental auxiliaries" tätig. Die Zusammensetzung des in der zahnmedizinischen Versorgung tätigen Personals ist untenstehender Auflistung zu entnehmen. Effektiv am Patienten tätig sind also sechs Zahnärzte, sechs Kinderzahnärztinnen (dental auxiliaries) sowie neun Helferinnen.

Staff list, Dental Devison,
Seychelles (Stand 23.7.84)

Principal Dental Officer	1
Dental Surgeons (1 volunteer, 4 employed)	5

Senior Dental Surgery Assistant	2
Dental Surgery Assistant	7
Student (D.S.A.)	3
Clerk Receptionist	2
Cleaner	2
Senior Dental Mechanic	1
Dental Technician (retired)	1
Dental Mechanic	0
Assistant Dental Mechanic	2
Student (D.M.)	1
Senior School Dentist (part time Hygienist)	1
School Dentist	5
Student (S.D.)	2
Dental Hygienist	1
	<hr/>
	36



Setzt man diese 21 Personen in Relation zu einer Einwohnerzahl von 65.000 (wovon 88% auf der Hauptinsel Mahé leben), so wird der drastische Personal-mangel offensichtlich. Dieser Umstand sowie die hohe Karies-



frequenz der Kinder und Jugendlichen (siehe hierzu die Untersuchung der Schulkinder von Baie Lazare, Mahé, welche im nächsten FORUM veröffentlicht wird) lassen die Notwendigkeit einer systematischen kollektiven Prophylaxe zwingend erscheinen. Denn durch veränderte Ernährungsgewohnheiten (das Angebot an "junk food" ist beträchtlich) ist

ein deutlicher Anstieg der Kariesrate zu verzeichnen. Besonders fatal wirkt sich dieses im Zusammenhang mit dem Informationsmangel in bezug auf Ursachen und Verhütung von Karies und Parodontopathien aus. So findet man bereits bei Kleinkindern gehäuft die sogenannte Zuckerteekaries. Schulkinder der unteren Klassen weisen häufig ein fast voll-



ständig zerstörtes Milchgebiß auf.

Aus diesen schwierigen Bedingungen heraus wird nun versucht, eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Wo es personell möglich ist, wird Prophylaxeunterricht in den Schulen und am Stuhl gegeben. Auf dem Krankenhausgelände der Hauptstadt gibt es in einem eigenen Gebäude den "School Dental Service", wo Kinderbehandlungen und Prophylaxe sehr engagiert durchgeführt werden. Zur Zeit wird an einem Prophylaxeprogramm für die Seychellen gearbeitet, was nach ministerieller Genehmigung möglichst umgehend realisiert werden soll.

Was die Trinkwasserfluoridierung anbetrifft, so steht die zahnärztliche Abteilung des Krankenhauses im Dialog mit Großbritannien und prüft z.Zt. die Realisierungsmöglichkeiten für diese Form der Kariesprophylaxe.

Zusammenfassend wäre zu sagen, daß es sich vom zahnmedizinischen Standpunkt aus gesehen sicherlich um ein Entwicklungsland handelt. Um eine Verbesserung des oralen Gesundheitszustandes seiner Bevölkerung zu erreichen, ist dieses Land auf Hilfe von außerhalb angewiesen. Und zwar nicht nur auf Hilfe finanzieller Art, sondern auch auf Unterstützung mittels Informationen, Materialbeschaffungsmöglichkeiten, Literatur sowie Organisationshilfen.

Die mobile Zahnklinik erfüllt im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung der Seychellen sicherlich eine wichtige Aufgabe, deren Unterstützung sinnvoll wäre.

Dr. Claudia Wohlgemuth
Hompeschstr. 4
8000 München 80

S P E N D E N A D R E S S E

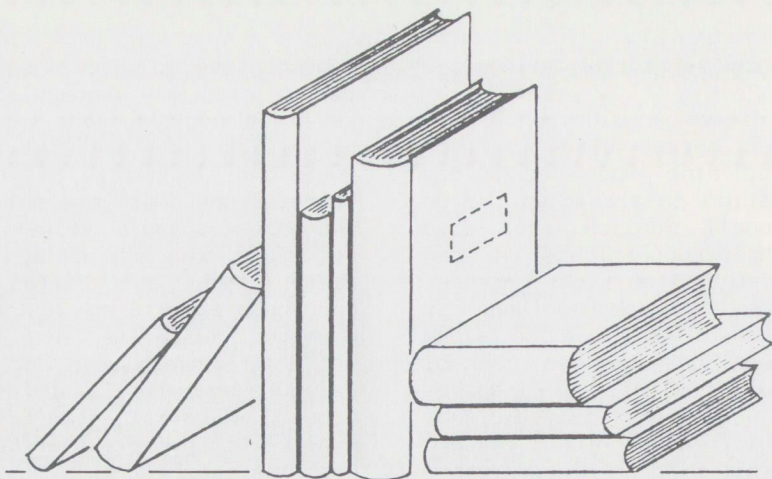
=====

Verein zahnärztliche Entwicklungshilfe

Kreissparkasse Störman in 2056 Glinde (BLZ 230 516 10)
Konto-Nr. 170 100 251

Best. 018.4.0000.10202.9

=====



FACHBÜCHER ZU AKTUELLEN THEMEN

MARYLAND-BRÜCKE

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

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

HOMÖOPATHIE

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

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

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

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

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen KG

Beethovenstraße 12

D-8000 München 2

Telefon: 0 89 / 53 39 59

Buchbesprechung:

Willi-Eckhard Wetzel: Die Angst des Kindes vor dem Zahnarzt
Hanser Verlag, 128 Seiten, DM 28,--

Professor Wetzel ist seit 1981 Leiter des Funktionsbereiches "Präventive - und Kinderzahnheilkunde" an der Universitätsklinik Gießen; seine im Jahre 1980 vorgelegte Habilitationsschrift hatte das Thema:

"Ursachen und Beeinflussungsmöglichkeiten der Angst vor der zahnärztlichen Behandlung bei Kindern."

Aus dieser Qualifikation und der Erfahrung mit vielen Patienten im Kindesalter ergibt sich die Intention zur Veröffentlichung dieses Büchleins. Der Autor selbst bezieht sich auf eine 10-jährige Langzeitstudie in der Kinderbehandlung. Mit dem Problem der Zahnarztangst wurde er zunächst bei Erwachsenen konfrontiert, deren Angst fast immer im Kindesalter mit einem konkreten Erlebnis begann; bei den Kindern erlebte er die Angst häufiger und massiver und in anderer Form.

Mag auch mancher Praktiker durch Begabung oder verarbeitete Erfahrung Erfolge in der Kinderbehandlung haben, so wird er doch öfter vor überraschenden Mißerfolgen stehen, weitere Hinweise zum psychologisch geführten Vorgehen und endlich auch wissenschaftliches Grundwissen zum Angstphänomen wünschen. Gerade für

diesen Personenkreis (und wer hält sich nicht für einen erfahrenen Praktiker?) ist diese Veröffentlichung sehr gut geeignet. An dieser Stelle wird dann das besprochene Buch den Studenten wärmstens empfohlen. Wenn jedoch Studenten keine Kinder behandeln und im Staatsexamen in diesem Fach nicht geprüft werden, so bleibt das geforderte, eminent wichtige Interesse für dieses Thema ein frommer Wunsch und dieses Buch wird, obwohl es für Studenten wegen seines guten didaktischen Aufbaus geeignet ist, für sie keinesfalls zu einem Kassenschlager. Jedenfalls wurde während meiner Studienzeit die gerade eingeführte Vorlesung über Psychologie für Allgemeinmediziner von einem Ordinarius brummig kommentiert: "Die Lektüre von Manns Zauberberg wäre für dieses Gebiet wichtiger."

Kurz zusammengefaßt hat das Buch zum Inhalt: Phänomenologie der Angst, Ausdrucksformen der Angst, erlebnismäßige Einflüsse, Möglichkeiten zur Beeinflussung der Angst, Auswertung von Fragebögen über die Ursacheneinschätzung durch die Eltern und Auswertung der Therapieerfolge.

Zu den Erscheinungsformen (Phänomenologie): Die "Angst"

(als Gattungsbegriff) wird unterteilt in die Arten Angst, Furcht und Phobie, die alle drei verschiedene Faktoren zum gleichen Ergebnis führen: Behandlungsverweigerung und Behandlungsunfähigkeit.

Die Ausdrucksformen der Angst lassen sich generell in drei Bereiche erfassen: motorisch, verbal, physiologisch. Die Zahnarztpraxis scheint gerade dazu bestimmt (verdammte) zu sein, diese Ausdrucksformen der Angst erleben und "erforschen" zu können (müssen).

Jedem Zahnarzt sind diese Reaktionen bekannt, doch könnte es hilfreich sein, diese bereits zum Teil schlagwortartig klassifiziert zu sehen, um desto eher und leichter die Behandlung darauf abzustellen, so z.B. im motorischen Bereich "Keep smiling", "schlechter Kreislauf", "Poker face" und im verbalen Bereich "Kleinkind-Sprache (= Baby Talk)", atypische Sprache, Lispeln, Stottern.

Sehr ausführlich behandelt der Autor die angstbegünstigenden Faktoren: altersabhängige Faktoren, Einfluß elterlicher Erziehung und Familienstruktur, psychoneurotische Einflüsse, Sozialstruktur und Allgemeinzustand des Kindes. Die leichteren und schwereren Behandlungsfehler und das mehr oder weniger fehlende psychologische Verhalten der "Hauszahnärzte" werden in so dezent überschriebenen Kapiteln abgehandelt "Ungewohnte Atmosphäre in einer Zahnarztpraxis" und "Antipathie zum Behandler". Es soll ja niemand durch drasti-

sche Formulierung abgeschreckt werden, vielmehr soll der positive Weg gezeigt werden. Die Fehler werden natürlich angesprochen; sie sind in ihrer Vielfalt hier nicht referierbar. Sie sind teils bekannt, teils weniger bekannt oder nicht gegenwärtig, nur als Beispiel: Bestehen auf liegender Behandlungsweise oder die Möglichkeit angstauslösende Demonstrationsmodelle erblicken zu können.

Dies ist dann der ersehnte Kern des Buches: Methoden, um die Angst zu beeinflussen und abzubauen.

Sehr ausführlich, von Erfahrung geprägt, mit spürbarer Anteilnahme, wissenschaftlich untermauert und nachvollziehbar!

Den Eltern wurde nach Abschluß der Behandlung ein Fragebogen vorgelegt, in dem die Ursachen der Zahnarztangst angegeben werden sollten. Man kann verstehen, wenn die Eltern aus ihrer subjektiven Sicht die Schuld kaum in der Gesamterziehung des Kindes sahen, sondern vorrangig im nicht kindgerechten Vorgehen der Vorbehandler, in schlechten Erfahrungen beim Zahnarzt, in der befremdenden Atmosphäre der Zahnarztpraxis und in schlechten Erfahrungen bei anderen Ärzten.

Der Therapieerfolg schwankte von 73 % bis 50 % je nach Altersklasse, wobei nicht eruiert werden konnte, warum es zum Abbruch kam (7 % bis 20 %). In der höchsten Altersklasse (13 und 14 Jahre) ist



Deutsche Televisions- und
Videogesellschaft mbH
Sektion Zahnmedizin
Ifenpfad 2-4
D-1000 Berlin 42
Telefon 0 30 / 7 40 06-0
Telex 0 183 815 quint d



Älteste Dental-Medizinische Großhandlung Deutschlands · Gegründet 1864
Geschäftsräume Oskar-v.-Miller-Ring 25 Telefon 0 89 / 23 50 92-0
Telex 5 24 734 calor d Btx * 37 411 115 #

Dialog-Center: Der Informationsvorsprung, der Freiräume schafft.

Die Welt der Kommunikationstechnik mit dem Dialog-Center. Somit stehen die neuen Medien und Kommunikationstechnologien im Zugriff des Arztes:

- für die individuelle Patienten-Aufklärung (Video)
- für die gezielte wissenschaftliche Fortbildung (Video)
- für die systematische Helferinnen-Schulung (Video)
- für die perfekte Techniker-Weiterbildung (Video)
- für den komfortablen Dialog mit Bildschirmtext (Btx)
- für die schnelle Dokumentation mit dem Drucker (Btx/PC)
- für den Anschluß eines Personal-Computers (Btx/PC)

Schnell im Bild, mit der gezielten Video-Information. Sie können das umfangreiche Videoangebot der Deutschen TV aus allen Bereichen der Zahnmedizin nutzen, das monatlich ergänzt wird. Das professionelle Videoteil assistiert Ihnen bei Patientenaufklärung, Helferinnen-Schulung, wissenschaftlicher Fortbildung und Techniker-Weiterbildung.

**Schalten Sie sich
in die Zukunft der Kommunikation ein,**

**Ihr Stützpunkt
C. A. LORENZ, MÜNCHEN
D TV, (QUINTESSENZ), BERLIN**

die Zahl der nicht eingeleiteten Behandlungen besonders hoch (38 %).

Dieses Buch ist gut und notwendig!

Doch notwendig ist auch die Einbeziehung der Psychologie und der Kinderbehandlung (mit Kinderpsychologie) in die

zahnmedizinische Ausbildung! Und notwendig ist die spezielle Errichtung von Abteilungen für die Kinderbehandlung an den Universitäten - auch wenn sie "Funktionsbereiche" heißen müßten!

Dr. Hannes Brosch
Ammerseestr. 6
8021 Neuried

Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

BERICHT DER KOMMISSION FÜR ERNÄHRUNGSFRAGEN

1. Die Vereinbarung über Werbebeschränkungen für Säuglingsmilchnahrungen zwischen dem Bundesverband für Diätetische Lebensmittel und der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde sind nach Prüfung durch das Bundeskartellamt seit 1.7.82 in Kraft.
2. Die Kommission ist aufgefordert worden, ihren Sprecher in die Verhandlungen zur Vereinheitlichung der industriell hergestellten Säuglingsmilchnahrungen im Rahmen der EWG nach Brüssel zu entsenden. Bisher haben 3 Sitzungen dort stattgefunden. Die Vorschläge, die zur Diskussion stehen, sind deshalb besonders sorgfältig zu prüfen, weil sie nach Inkrafttreten die einzigen rechtsverbindlichen Richtlinien für die Diätetische Industrie darstellen. Es gibt z. Zt. noch einige Differenzen zu den bisherigen Empfehlungen der Ernährungskommission über Säuglingsmilchnahrungen. Die Diätetische Industrie hat in einer Sitzung mit der Kommission über diese Probleme verhandelt. Es besteht einige Aus-

PARO Handy Brush

damit Mundhygiene noch besser in den Griff kommt!

Hergestellt und getestet in der Schweiz



Der bewährte Bürstenkopf der PAROM43 in steck- und austauschbarer Handformzahnbürste: dadurch noch preisgünstiger.



PROFIMED GmbH

Kaiserstr. 18, 8200 Rosenheim 2, Tel. 08031/32404 [14049]



sicht, daß auf der nächsten Sitzung im Oktober in Brüssel die Deutschen Empfehlungen aufrecht erhalten werden können, wahrscheinlich mit Ausnahme der Restriktionen im Nahrungsfett, wo mit größeren Spielräumen für die bei uns eingeengten Mengen für Laurinsäure zu rechnen ist. Anderen Restriktionen z.B. dem Kochzuckergehalt in Säuglingsmilchnahrungen, kann die Kommission nur zustimmen.

3. Die Kommission ist in die Diskussion um Kindertee eingeschaltet worden. In einer gemeinsamen Sitzung mit dem Diätverband am 4.8.82 wurde empfohlen, Tee für Säuglinge und Kinder im Kohlenhydratgehalt auf 3% zu beschränken und keinen Kochzucker zuzulassen. Nachdem die Industrie schwere wirtschaftliche Verluste hat hinnehmen müssen, hat sie als Reaktion auf diese Sitzung kürzlich einen Kompromißvorschlag vorgelegt. Danach soll nach Säuglings- und Kindertees unterschieden werden. Säuglingstees sollen nicht mehr als 4% Kohlenhydrate und keinen Kochzucker enthalten, während Kindertees mit bis zu 10% Kohlenhydrat und kleinen Mengen Kochzucker hergestellt werden sol-

len. Die Diskussion ist noch im Gange. Die Kommission hält diese Kindertees für überflüssig, wird aber zunächst kaum Einfluß auf diesen Kompromiß nehmen können.

4. Die Dosis für Fluor bei Kindern wurde in Absprache mit dem Bundesgesundheitsamt und der Zahnärztekammer verändert, so daß nicht mehr mitten in der Kindergartenzeit ein Dosierungssprung stattfindet, der die einheitliche Versorgung von Kindergartenkindern unnötig erschwert.

5. Verschiedene Empfehlungen der Kommission sind in Vorbereitung.

1. Zum späten Beginn der Beikostfütterung
2. Zur Selbstzubereitung von Säug-

lingsmilchnahrungen und Beikost

3. Zur Deklaration von Lysinverlusten als Parameter der Hitzeschädigung von Proteinen durch den industriellen Herstellungsprozeß.

Schmidt (Düsseldorf)

Aus:

Jahresbericht 1983 der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde

Der DAZ wendet sich gegen eine „Verniedlichungskampagne“ des Zuckerkonsums, wie sie in den letzten Jahren mit massivem Einsatz der Werbemedien von der Zuckerindustrie veranlaßt wurde. Bezeichnend ist, daß als Zielgruppe vor allem die Kinder angesprochen werden.

Der DAZ warnt vor dem sogenannten „Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten“ (IME), einer von der Zuckerindustrie gegründeten PR-Institution, die eine, angeblich selbstlose, „Gesundheitsaufklärung“ betreibt. In Wirklichkeit wird hier der Versuch unternommen, von den Gefahren des Zuckerkonsums dadurch abzulenken, daß die Mundhygiene als besonders wichtig herausgestellt wird. Motto: wer genügend Zahnpflege betreibt, der kann so viel Süßigkeiten essen, wie er will.

Der DAZ fordert dagegen Warnaufdrucke auf Zuckerwaren, das Verbot des Verkaufs von Süßigkeiten an Schulen und das Verbot ihrer Abgabe an Kinder unter 12 Jahren.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

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

Dr. Helmut Simon
Romanstr. 37
8000 München 19

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

Leserbrief:

BALSAM FÜR GEPLAGTE OHREN

Sind Sie schon länger in unserem Beruf tätig? Planen Sie den Kauf einer "HiFi"-Anlage? Überlegen Sie sich die Ausgabe noch einmal! Es ist möglich, daß Sie nur noch den Augenschmaus genießen können, den das HiTech-Styling vermittelt - hören werden Sie die Frequenzen, die da mit so hohem Aufwand aufbereitet werden wahrscheinlich nicht mehr.

Im Ernst - der dauernde Umgang mit der zahnärztlichen Turbine schädigt das Innenohr. Ein Audiogramm kann Ihnen rasch Aufschluß darüber geben, wieviel Sie schon an Hörfähigkeit verloren haben. Bis vor kurzem mußten wir uns mit dieser Bedrohung abfinden, wenn wir uns nicht mit Ohropax akustisch von unserer Umwelt abriegeln wollten - jetzt steht erstmalig ein Gehörschutz zur Verfügung, dessen Anwendung zumutbar ist. Er heißt "audiocare" und sieht aus wie ein billiger Kopfhörer. Er ist 67g leicht und seine Anwendung behindert kaum. Sein Geheimnis besteht in Schalldämpfungselementen, die selektiv die hohen Frequenzen ausfiltern, die am schädlichsten sind.

Wir wenden "audiocare" seit einigen Monaten regelmäßig an, und ich kann berichten, daß auch Personen, die nur mit Mühe zum Tragen einer Schutzbrille zu bringen sind, nach kurzer Zeit freiwillig und automatisch zum Gehörschutz greifen, wenn die Turbine zu laufen anfängt. Der Unterschied ist fühlbar - gerade junge Menschen mit voll funktionsfähigem Gehör empfinden die Wirkung des "audiocare" als erleichternd.

Kritisch anzumerken ist, daß für den Preis von rund 150,- Mark die mechanische Ausstattung (Bügel, Polsterung, sicherer Sitz) dürftig wirkt. Da gibt es um 30,- Mark Kopfhörer, die mehr Komfort bieten. Auch kommt es vor allem am Anfang zu unangenehm knarrenden Geräuschen aus den Gelenken, die den Bügel mit den Ohrelementen verbinden. Etwas Graphit schafft hier Abhilfe.

Facit: Trotz des hohen Preises und der dürftigen Ausstattung "best buy" des Jahres!

Wenn wir schon bei Gefahren für unsere Sinnesorgane sind ... wie steht es denn mit dem Augenschutz bei Ihnen? Ist Ihnen schon mal ein Amalgambrocken gegen die Cornea gedonnert oder gar ein Goldspänchen drin stecken geblieben? Dann wissen Sie es ja. Für die anderen, die noch auf diese Erfahrung warten - es macht nur den überzeugten Masos wirklich Spaß. Mein Tip: Auch wenn Sie eigentlich keine Brille brauchen - tragen Sie bei der Arbeit eine! Große Gläser (Blickfeld, Schutzwirkung), entspiegelt, kratzfest. Bei der Arbeit mit lichthärtenden Füllungsmaterialien sollten Sie sogar noch ein übriges tun - doch davon beim nächsten Mal

mehr. Bis dahin schon mal den Rat: Schauen Sie weg, solange die Lampe auf die Füllung strahlt ... und sagen Sie es auch der Helferin.

Nun wünsche ich Ihnen noch viel Freude an Ihrer neuen Weihnachtsschallplatte - mit allen Frequenzen, die drauf sind!

Herzlichst Ihr Kai Müller, Hauptstr. 26, 8031 Seefeld

Bezugsquelle "audiocare"

W.S.B. Electronic - W. Brede KG
 P.-Modersohn-Becker-Weg 34
 2862 Worpswede 1
 Tel.: (04792) 3977/78

<p>Sicherheit durch KOFFERDAM TECHNIK</p> <p><small>IVORY KOFFERDAM SET mit Lochzange, Klammerzange und 8 Klammern <small>Regular Klammern für Planchetten Nr. 0, 1, 2, für Modulen Nr. 7, 7A, 8, 14 und Labialklammer Nr. 9</small></small> <small>Best. Nr. 5601</small> 380,-</p> <p><small>IVORY KOFFERDAM SET mit Lochzange, Klammerzange und 16 Klammern <small>Regular Klammern für Planchetten Nr. 0, 1, 2, für Modulen Nr. 7, 7A, 8, 14 und Labialklammer Nr. 9</small></small> <small>Best. Nr. 5602</small> 525,-</p> <p><small>Neue IX-DIN Klammern für Planchetten Nr. 276, 290, für Modulen Nr. 249, 254, 264, 309, 313 und Chinaklammer Nr. 212</small></p>	<p>Rechtwinkel- oder Parallel-Technik</p> <p>Röntgenbilder entsprechend den anatomischen Gegebenheiten sind für eine einwandfreie Diagnose in der Zahnheilkunde von großer Wichtigkeit. Optimale Aufnahmen werden gewonnen, wenn man den Film parallel zur Längsachse des Objektes bringt, die Distanz Film/fokus vergrößert und den Röntgenstrahl rechtwinkelig zum Film leitet.</p> <p>Ohne Hilfsmittel ist das nicht möglich.</p> <p><u>Langtuben</u> für alle gängigen Röntengeräte</p> <p>DM 325,-</p>
<p>Durch das einzigartige, komplette, patentierte Konzept der Rx Honing Maschine können Instrumente aller Art und jeder Form, schnell, sicher und akkurat aufgeschliffen werden.</p> <p>Kompl. mit <small>Fußschalter Schleifsteinassortiment (6 Steine*)</small></p> <p>DM 899,-</p>	<p>DM 325,-</p> <p>Bißplatten und Visierringe</p> <p>RWT steri Filmhalter sind Heißluft, im Autoklav oder Chemiklav sterilisierbar.</p> <p>Instrumentensatz ohne Bißflügel kpl. DM 185,- Instrumentensatz mit Bißflügel kpl. DM 245,-</p>
<p>Schreinemakers System- Die Logik der Totalprotetik!</p> <p>Instrumenten- und Abdruckloeffelsatz kompl. AKTIONSPREIS DM 770,-</p>	<p>DIEWALD DENTAL</p>
<p>Alle Preise zuzuegl. MWST.</p>	<p>Eisenmannstr. 31 8400 Regensburg</p>

Zu dem Interview im FORUM Nr. 7 ein Nachsatz von Prof. Thomas Marthaler

"Ich habe es sehr geschätzt, mit Hilfe des FORUMs zu einigen aktuellen Problemen der zahnmedizinischen Vorbeugung Stellung beziehen zu können. Leider hatte ich es unterlassen, für mein Interview einen Titel vorzuschlagen. Die aus Seite 11 herausgegriffene Passage "... ist herzlich wenig geschehen" ist nicht ein Titel

in meinem Sinne, auch wenn diese Aussage, wie ich in dem betreffenden Satz festhielt, nicht abwegig ist, wenn man die Ziele im Auge hat und das Potential der Vorbeugungsmöglichkeiten.

Prof. Thomas (nicht Theo) Marthaler."

gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

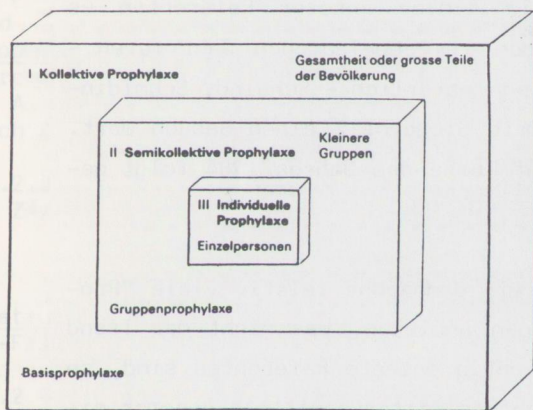


Tabelle 4 Sektoren der zahnmedizinischen Prophylaxe, gegliedert nach Adressaten

Aus dem Bulletin der SSO zur Lage der präventiven Zahnmedizin

DAZ-forum – dreimal jährlich – DAZ-forum

Veranstaltungsankündigung der Studiengruppe München

Der größte Teil unseres Fortbildungsprogramms bis Herbst 1985 liegt fest und kann belegt werden. Wir meinen, auch für Nicht-Münchner, ja sogar Nordlichter, ist etliches dabei, was eine Reise wert sein sollte.

Wir empfehlen, nicht immer nur nach den großen Namen zu schießen; auch diese sind ja einmal groß geworden, so wie einige unserer Referenten es sicher noch werden. Im abgelaufenen Jahr waren - neben Krogh-Poulsen natürlich - Schwind, Schmidinger und Staats mit Sicherheit einen Besuch wert. Ein Rückblick auf Kurse des Jahres 1984 folgt gesondert im FORUM.

Zufällig können wir demnächst relativ viele "Profi"-Veranstaltungen anbieten, was nicht der Trend sein soll. So wichtig potente Referenten sind, so lieb ist uns auch das Weitervermitteln unserer eigenen Erfahrungen. Groß genug ist unser Selbstbewußtsein, zu wissen, daß wir eine Menge selbst zu bieten haben. Von der bewährten "Fortbildung am Stuhl" gehen wir nicht ab. Vieles davon läuft unbemerkt ab im Rahmen des Besuchssystems, auf das nicht mehr verzichten will, wer es probiert hat.

Da wir gerade jüngeren Kollegen die Chance zu guter und trotzdem erschwinglicher Fortbildung geben wollen, haben wir die Kosten knapp kalkuliert und die Teilnehmerzahlen sehr klein gehalten.

Erstmals bieten wir auch die Veranstaltungen für DAZ-Mitglieder günstiger an, als für Nichtmitglieder, denn im Verlustfall muß doch die DAZ-Kasse einspringen.

Bitte beachten Sie bei Buchungen: Erst nach Scheckeingang und Bestätigung unsererseits ist Ihr Platz sicher.

Behandlergerechte Absaugung als Voraussetzung für ermüdungsarmes Arbeiten:

ZA F. Schrickler mit ZH
und

Prophylaxemittel, -information, -motivation: Vorschläge zur Durchführung und Durchsetzung von Prophylaxe in der Praxis.

ZA A. Maurer mit ZH D. Hoff.

Auch ZÄ sind willkommen!

13.2.85, Mittwoch, 20.00 Uhr, bei Fäger.

15 ZÄ/ZH - 30,-- DM (40,-- DM)

Instrumentenschleifkurs für ZH und ZÄ. Durchführung durch Firma HU-Friedy. - Ganztagskurs mit Fischessen.

20.2.85, Aschermittwoch, 9.00 bis 18.00 Uhr, bei Fäger

10 ZH/ZÄ - 200,-- DM (225,-- DM), ohne Fisch!

Röntgenkurs mit Übungen am Phantom. Für ZH

Referenten: H. Brosch, A. Maurer

23.2.85, Samstag, Praxis Dr. Karp

14 ZH - 70,-- DM (80,-- DM)

Parodontologie für ZH: praxisbezogener Grundlagenkurs
(Referent P. Parow/Norwegen, Parodontologe in freier Praxis)

2.3.85, Samstag, 9.00 bis 17.00 Uhr, bei Fäger
18 ZH - 75,-- DM (90,-- DM)

Kürettenschleifen in kleinen Gruppen mit Tischdemonstration in
Scaling. Mit P. Parow

3.3.85, Sonntag, 8.30 bis 10.30 oder 10.30 bis 12.30 Uhr, bei
Fäger
je 5 ZH - 60,-- DM (75,-- DM)

Zahnersatz im parodontal-reduzierten Gebiß. Skandinavische Be-
trachtungen von P. Parow, besonders für Kollegen, die seinen
Grundkurs bereits besucht haben. Ausblick in die ZE-Zukunft?

3.3.85, Sonntag, 14.00 bis 18.00 Uhr, bei Fäger
10 ZÄ - 60,-- DM (80,-- DM)

Parodontologie: Ätiologie, Therapie, Prognose.
Peter Parow wiederholt seinen Kurs von 1983, der damals großen
Anklang fand. Für Anfänger ebenso wie für Cracks.

9. und 10.3.85, Samstag/Sonntag, in der Tagungsstätte Hohenbrunn
bei München
15 ZÄ - 240,-- DM (300,-- DM) inkl. Mittagessen

Wenige Praxistage mit Peter Parow sind noch möglich. Sinnvoll
allerdings nur nach Anhörung seines Kurses. Untersuchung, In-
struktion und Behandlung eigener Patienten durch P. Parow. Mini-
mum zwei Tage; pro Tag 1.200,-- DM

Im Zeitraum 1. bis 20.4.85.

Es besteht auch die Möglichkeit für zwei Kollegen, P. Parow bei
der Arbeit zuzusehen am 12.3.85, Dienstag, von 8.30 bis
18.30 Uhr, in der Praxis Dr. Maurer, Unkostenbeitrag 200,-- DM.

Psychologie im Umgang mit Patienten. Für ZH.

Mit Rollenspielen und Interaktionsmustern unter Videokontrolle.

Marion Satzger-Simon ist uns von ihren Psychotagen für ZÄ bereits ein Begriff.

16.3.85, Samstag, 9.00 bis 18.00 Uhr, bei Fäger
10 ZH - 80,-- DM (100,-- DM)

Theorie der Implantologie mit Vorstellung der gebräuchlichen Systeme mit Patientendemonstration von Seb. Schmidinger, Seefeld.

16.3.85, Samstag, Seefeld bei München
12 ZÄ - 80,-- DM (100,-- DM)

Praxis der Implantologie mit praktischen Übungen am Phantom unter klinischen Bedingungen mit drei verschiedenen Systemen. Dreitägiger Kurs von Seb. Schmidinger. Dieser Kurs ist sehr intensiv.

21. bis 23.3.85, in Seefeld
6 ZÄ - 1.500,-- DM (1.600,-- DM), mit Material

Demonstration eines Freien-Schleimheit-Transplantates durch F. Bader, mit Diskussion

17.4.85, Mittwoch, 19.00 bis 22.00 Uhr, bei F. Bader, Markt Indersdorf bei Dachau
10 ZÄ - 40,-- DM (50,-- DM)

Jürgen Müller demonstriert wieder seine Amalgamfüllungen sowie seine Art, Füllungen zu polieren.

24.4.85, Mittwoch, 18.00 bis 21.00 Uhr, bei J. Müller, Aubing
6 ZÄ - 30,-- DM (40,-- DM)

Parodontologie von und mit Mick Drago, USA, sowie Lynn Carasali
Der Kurs findet statt bei F. Bader, Markt Indersdorf bei Dachau
Diagnose, Planung und Theorie der PA-Behandlung; zwei Tage.

15. und 16.6.85, Samstag/Sonntag, 12 Teilnehmer, 900,-- DM

Operative Parodontalbehandlung mit verschiedenen Methoden.
Möglichkeit zur Mitnahme eigener Patienten und zu eigenen Operationen unter Anleitung von Mick Dragoo.

17.6.85, Montag (Feiertag), bei F. Bader,
5 ZÄ - 650,-- DM

Spezielle Parodontaloperationen (wie Recessionsdeckung, Crafting usw.). Ebenfalls eigenes Operieren möglich unter Anleitung von M. Dragoo.

18.6.85, Dienstag, bei F. Bader
5 ZÄ - 650,-- DM

Scaling und rootplanning am Patienten für ZÄ/ZMF. Lynn Carasali hält diesen Intensivkurs.

17.6.85, Montag (Feiertag), bei F. Bader
6 Teilnehmer - 600,-- DM

Laborarbeiten für ZH, Praxis und Theorie. H. Zurl und A. Maurer mit ZT.

29.6.85, Samstag, 9.00 bis 17.00 Uhr, Praxis H. Zurl, München
12 ZH - 60,-- DM (80,-- DM)

Gesunde Ernährung - die beste Prophylaxe; von Anette Koch

6.7.85, Samstag, 9.00 bis 17.00 Uhr, bei Fäger,
20 ZÄ/ZH - 75,-- DM (100,-- DM)

Endo-Intensivkurs mit Übungen an Zähnen in verschiedenen Techniken der Kondensation. Mit H. Wichert. (Wiederholung des Kurses vom 8.12.84)

28.9.84, Samstag, 8.30 bis 17.00 Uhr, bei H. Wichert, Germering bei München
10 ZÄ - 165,-- DM (190,-- DM)

Der Parodontologe Barry Wootten, DDS, aus San Francisco, wird zwischen 40. und 46. Woche 1985 zu uns kommen. Wer Interesse an diesem beeindruckenden Parodontologen hat, soll sich bald bei uns melden. Ein Praxistag kostet ca. 1.400,-- DM, kann aber auch von zwei ZÄ genutzt werden.

Geplant sind ferner eine Veranstaltung mit Prof. Marthaler sowie mit Prof. Ben-Zur im Frühjahr 85.

Kursadressen:

Fa. Fäger, 8000 München, Pettenkoferstr. 4

Tagungsstätte Hohenbrunn, Friedrich-Hofmann-Str. 4,
8012 Ottobrunn-Riemerling

Alle Anmeldungen mit Verrechnungsscheck (der kurz vor dem Kurs eingelöst wird) bitte an unsere Adresse:

Praxis Dr. Armin Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

Impressum

● Redaktion:

Dr. J. Heidtkamp, Dr. W. Lell

● Anschrift der Redaktion:

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

● Zuständig für die Annoncen:

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

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

● Erscheinungsweise: Dreimal jährlich

Nach Redaktionsschluß:

Hannover: Unsere Beharrlichkeit trägt Früchte

5 ZA - 650 - DM

Am 19.12.1984 fand im Niedersächsischen Landtag eine Anhörung der Körperschaften und Verbände vor dem Sozialausschuß statt. Es ging um einen Entschließungsantrag der SPD-Fraktion, im Zuge der Rechtsaufsicht einige Amtshandlungen der Zahnärztekammer Niedersachsen zu beanstanden. Wesentliche Punkte des SPD-Antrages deckten sich mit seit langem erhobenen Forderungen des DAZ.

18.12.84, Dienstag, 1. Jahrgang

5 ZA - 650 - DM

18.12.84, Dienstag, 1. Jahrgang

Am 19.12.1984 fand im Niedersächsischen Landtag eine Anhörung der Körperschaften und Verbände vor dem Sozialausschuß statt.

Es ging um einen Entschließungsantrag der SPD-Fraktion, im Zuge der Rechtsaufsicht einige Amtshandlungen der Zahnärztekammer Niedersachsen zu beanstanden. Wesentliche Punkte des SPD-Antrages deckten sich mit seit langem erhobenen Forderungen des DAZ.

Die wesentlichsten Veränderungen ergeben sich oft schon im Vorfeld der offiziellen Veranstaltung: Genau einen Tag vor der parlamentarischen Anhörung erschien das Heft 12/84 des "Niedersächsischen Zahnärzteblattes". Hierin ist zu lesen:

1) Das Delegieren von Teilleistungen an die ZMF ist auch in Niedersachsen nicht mehr verboten.

2) Das Wiedereinbestellen von Patienten z.B. nach PA-Behand-

lungen ist auch in Niedersachsen nicht mehr verboten.

3) Die Rubrik "Hinweise auf Arbeitsgemeinschaften" verschweigt nicht mehr den DAZ.

Wir freuen uns über diese Früchte unserer Arbeit, obwohl wir sehen müssen: Ohne die "große Glocke Parlament" wären diese Änderungen wohl kaum erfolgt.

Fairerweise sollte, was Dr. Jacobi betrifft, die Interpunktion des Schlußsatzes meines Artikels "Schwarz auf Weiß" in diesem Heft geändert werden: Hier kann statt des Fragezeichens ein Punkt stehen.

Über den Verlauf der Anhörung, in der ich den DAZ vertreten habe, wird im nächsten FORUM berichtet.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

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

DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. H. Feindt, Westerjork 3, 2155 Jork

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

DAZ-Studiengruppe München, Dr. H.-W. Hey, Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70

DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. R. Ernst, Waldblick 2, 2905 Edewecht

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. H. Diewald, Donaustauer Str. 25, 8400 Regensburg
oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Diererstr. 20, 8000 München 2, Tel. 089 / 2 28 35 05

Pressestelle des DAZ, Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

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

Bezugspreis für Nichtmitglieder: Jahresabonnement DM 30,--

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

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

ab _____

Unterschrift

Absender:

ANTWORTKARTE

50 Pfennig,
die sich
lohnen

Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Dienerstr. 20
8000 München 2