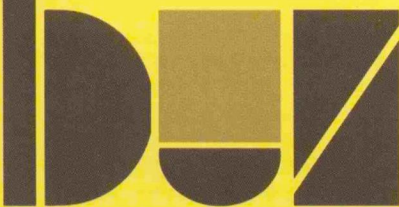




Berlins
unabhängige
Zahnärzte e. V.



**GKV zukunftssicher
machen**

**Grenzen einer
Grundversorgung**

**100 Tage
Gesundheitsreform**

**Umfassende
Studienreform**

**Bericht vom
Dresdner Forum**

**In den brasilianischen
Slums**

Herausgeber
DAZ Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
BUZ Berlins unabhängige Zahnärzte

FORUM

83

VON ZAHNÄRZTEN FÜR ZAHNÄRZTE

**DEUTSCHER ARBEITSKREIS FÜR ZAHNHEILKUNDE
BERLINS UNABHÄNGIGE ZAHNÄRZTE**

23. Jahrgang, 1. Quartal



Qualitätsprojekt des DAZ vom Stapel gelaufen

Der Patient im Mittelpunkt

Nach umfangreichen Vorarbeiten konnte am 28.02.2004 mit reger zahnärztlicher Beteiligung in Berlin das Projekt Qualitätssicherung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde gestartet werden. Zu Beginn der Auftaktveranstaltung skizzierte der ehemalige Vorsitzende des Vereins, Dr. Roland Ernst, einige Stationen aus der Geschichte des DAZ, die nach mehr als 20 Jahren gesundheitspolitischen Engagements in dem von Zahnärzten selbst initiierten Qualitätssicherungsprojekt eine konsequente Fortsetzung findet.

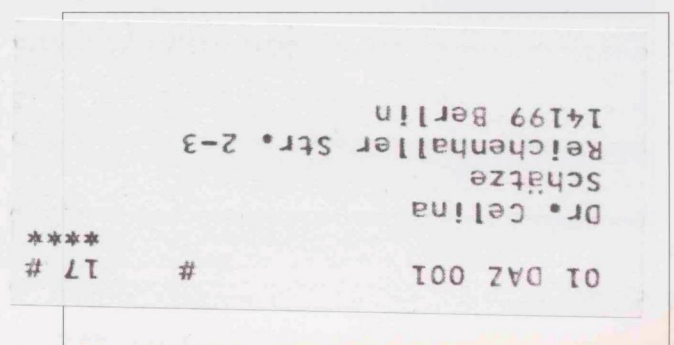
Wie Ernst mit wenigen Worten umriss, waren in den 70er und 80er Jahren die Beitragskonten der Gesetzlichen Krankenversicherung gut gefüllt. Die 1975 abgeschlossenen Prothetikverträge sicherten den Patienten die Finanzierung von Zahnersatzleistungen und den Zahnärzten Spitzeneinkommen für das massenhafte Beschleifen und Überkronen von Zähnen – oft in fragwürdiger Qualität.

Zahnarzt Dr. Hanns-Werner Hey, durch Auf-

enthalte in der Schweiz für die Möglichkeiten der Prävention sensibilisiert, wollte sich mit von ihm in Bayern beobachteten Mißständen nicht abfinden, stellte eigene Untersuchungen zur Behandlungsqualität an und übermittelte seine Ergebnisse den zahnärztlichen Körperschaften. Als seine Kritik trotz zahlreicher Vorstöße ignoriert wurde, wandte er sich an die Medien. Die mehrteilige SPIEGEL-Serie „Gutes Geld für schlechte Zähne“ (1979) führte allerdings nicht etwa zu mehr Engagement der Körperschaften für Qualität und Prophylaxe, sondern zu Repressionen gegen den unbehaglichen Kritiker. Dies war die Geburtsstunde des DAZ. Bayerische Kolleginnen und Kollegen solidarisierten sich mit Hey, Zahnärzte/innen aus anderen Bundesländern stießen hinzu und gründeten den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde.

Der DAZ trat, wie Ernst in seinem Abriss aufzeigte, in den folgenden Jahren mit zahlreichen gesundheitspolitischen Initiativen an die Öffentlichkeit, gab Anstöße zu Forschungs-

Fortsetzung auf Seite 4



DAZ, Belfortstr. 9 50668 Köln
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt G8845



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

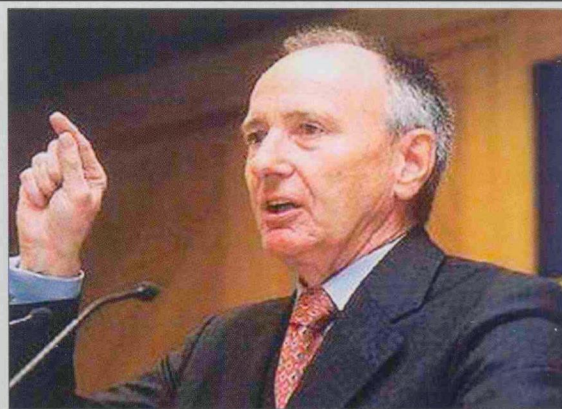
Inhaltsverzeichnis

- | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1 | Der Patient im Mittelpunkt | I. Berger-Orsag |
| 3 | Editorial | Dr. E. Riedel |
| 6 | Qualitätszirkel aus der Praxis für die Praxis | Dr. R. Ernst |
| 8 | Die GKV zukunftssicher machen | Dr. E. Riedel |
| 9 | Grenzen einer Grundversorgung im Solidarsystem | Dr. J. Hendriks |
| 11 | Der neue Bema - Erste Erfahrungen | Dr. P. Nachtweh |
| 12 | Zahnmedizin ist Teil der Medizin und der GKV!
100 Tage Gesundheitsreform | Dr. E. Hübner |
| 14 | Zahnmedizinische Prophylaxe ohne Altersgrenze | I. Berger-Orsag |
| 16 | Kariesprophylaxe beim Essen
Buchbesprechungen | PD Dr. S. Zimmer
Informationsstelle |
| 18 | Einladung zur DAZ/VdZM - Frühjahrstagung | |
| 20 | Für eine umfassende Studienreform | Dr. H. Strippel |
| 22 | Gruppenprophylaxe in Berlin | Dr. E. Reihlen |
| 23 | Der FVDZ in Berlin rudert zurück | Dr. H. Dohmeier |
| 24 | Zahngesundheit armer und behinderter Bürger Berlins | Berliner Hilfswerk |
| 25 | Bericht vom Dresdner Forum | Dr. E. Riedel |
| 26 | Der DAZ stellt sich vor | |
| 27 | BUZ stellen sich vor | |
| 28 | Leserbrief
Offensive, risikoorientierte Prävention –
Defensive restaurative Versorgung | Prof. Dr. Staehle |
| 30 | Kontaktadressen, Termine, Impressum | |
| 31 | Zahnmedizin in den brasilianischen Slums | Dr. K. Meyerink |
| 32 | Pressemeldung: Zahnärztliches Hausarztmodell | Dr. E. Riedel |

Bitte schon vormerken:

DAZ-Jahrestagung am 25.09.04

Am Samstag, dem 25.09.2004, gleichzeitig dem bundesweiten Tag der Zahngesundheit, wird in Berlin unsere Jahrestagung 2004 stattfinden. Als Referenten für den um 10.00 Uhr beginnenden Vormittagsteil konnten wir den **Präsidenten der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp** gewinnen. Er wird über die aktuelle Situation und die **Zukunftsperspektiven der deutschen Zahnheilkunde** angesichts sich wandelnder gesetzlicher Rahmenbedingungen sprechen. Am Nachmittag werden ab 14.00 Uhr bei unserer Jahreshauptversammlung 2004 aktuelle standespolitische Themen wie z.B. die neu definierten Zahnersatz-Festzuschüsse und die ersten KZV-Wahlen nach dem GMG sowie Berichte über den Stand des DAZ-Projektes Qualitätssicherung, Verbandsinternes und die üblichen Verbandsformalia auf der Tagesordnung stehen.



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Unser Tagungshaus ist - wie mehrfach in den letzten Jahren - das Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin-Mitte, Tel. 030/28467-0, in dem für die Zeit vom 24. bis 26.09.2004 einige Einzelzimmer (85 Euro Ü+F) reserviert sind und unter dem Stichwort DAZ abgerufen werden können. Aufgrund des gleichzeitig stattfindenden Berlin-Marathons sollte man frühzeitig sein Quartier buchen.

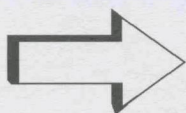
Am Freitag- und Samstagabend wird es Treffen in gemütlicher Runde geben, am Sonntagvormittag voraussichtlich ein Besichtigungsangebot und eine Sitzung der Redaktion des DAZ-Forum.

Sie alle sind herzlich eingeladen zu unserer Tagung und werden Gelegenheit haben, nach der Mai-Veranstaltung in Frankfurt mit dem Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) nun im September auch den obersten Vertreter der anderen zahnärztlichen Bundesorganisation, der BZÄK, zu hören. Mitglieder wie Nichtmitglieder sind willkommen, wobei letztere - abgesehen von einem kleinen nicht-öffentlichen Teil - auch an unserer Jahreshauptversammlung teilnehmen können. Ein Tagungsbeitrag wird nicht erhoben.

Noch ein Letztes: es könnte, was wir nicht hoffen, unseres Referenten wegen evt. noch eine **Terminverschiebung** geben. Sollte es so sein, werden wir per Mitglieder-Rundbrief, E-Mail und Internet auf die Veränderung hinweisen und bitten zugleich alle Forum-Leser/innen, sich vor dem Wochenende anzumelden oder aber telefonisch zu eruieren, ob es bei dem Termin 25.09.04 geblieben ist.

Wir hoffen auf eine interessante Tagung und auf IHRE TEILNAHME!

Weiteres erfahren Sie unter
Tel. 0221/973005-45 von Irmgard Berger-Orsag (DAZ-Geschäftsführerin)



Termin-Änderung !

DAZ-Jahrestagung 2004 findet statt am 09. Oktober 2004 in Berlin

Nach Druck des Forums musste der für unsere Tagung vorgesehene Referent, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, kurzfristig seine Zusage für den 25.09.2004 zurückziehen. Stattdessen wird er uns zwei Wochen später zur Verfügung stehen. Da die für den 25.09. reservierten Räumlichkeiten im Dietrich-Bonhoeffer-Haus zu dem späteren Termin bereits ausgebucht sind, mussten wir uns nach einem anderen Veranstaltungsort umsehen und haben ihn gefunden im Stadtteil Berlin-Charlottenburg.

Unsere Tagung wird nunmehr stattfinden am

Samstag, dem 09.10.2004,
in der **Begegnungsstätte**
des Katholischen Deutschen Frauenbundes (KDFB),
Wundtstraße 40-44, 14057 Berlin-Charlottenburg
Tel. 030/3215021, Fax 030/3265147

- | | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.00 Uhr | Begrüßung der Teilnehmer durch den DAZ-Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel |
| 10.15 - 13.00 Uhr | Referat von Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer , zur aktuellen Lage in der zahnmedizinischen Versorgung und zu den Entwicklungsperspektiven der Zahnheilkunde in Deutschland; Diskussion |
| 13.00 - 14.00 Uhr | Mittagspause |
| 14.00 - 18.00 Uhr | DAZ-Jahreshauptversammlung, u.a. Bericht über den Fortgang des "Projektes Qualitätssicherung" des DAZ und Austausch über den neuen BEMA, die Zahnersatzfestzuschüsse, die Auswirkungen der letzten Reform auf die Selbstverwaltung usw. |
| ab 20.00 Uhr | Gemütliches Beisammensein in nahegelegenen Restaurant |



Am nachfolgenden Sonntag gibt es ein gemeinsames Besichtigungsprogramm.

Für auswärtige Teilnehmer sind einige Zimmer im Haus des KDFB reserviert.

Die Tagungsstätte liegt in unmittelbarer Nähe des Lietzensees; das Charlottenburger Schloss, der Schlosspark und div. Museen sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder zu Fuß zu erreichen.

**Sie alle sind ganz herzlich eingeladen zur
DAZ-Jahrestagung am 09.10.2004.**

Editorial Forum 83

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Heft halten Sie erstmalig ein DAZ-Forum im DIN A4-Format in Händen. Der neue Vorstand und die Forum-Redaktion hatten zuvor lange um die Frage gerungen, ob man sich vom altgewohnten handlichen und leicht transportablen Kleinformat wirklich trennen sollte, das in der standespolitischen Landschaft schon allein durch seine Größe etwas aus dem Rahmen fiel.

Die Entscheidung wurde letztlich zugunsten der Anpassung auf das bei vergleichbaren Schriften übliche Maß getroffen. Hier von soll auch das Signal ausgehen, dass der DAZ, in Fortsetzung seiner Traditionen, durch die Definition neuer erkennbarer Ziele mehr denn je einen Vertretungsanspruch für alle deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte erhebt.

Das ansprechende Layout des Titelblattes haben wir erneut Frau Karla Hey zu verdanken, die unsere Vorgaben mit bekanntem designerischen Geschick realisiert hat. So wird es nun in Zukunft für jede Ausgabe eine Titelgeschichte mit passendem Titelbild geben. Als leserfreundlich dürfte auch der Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis empfunden werden, in dem auf die Seitenzahlen der wichtigsten Beiträge hingewiesen wird. Wir hoffen, dass das neue Erscheinungsbild des Forums weithin Anklang findet und darüber hinaus unter den Mitgliedern auch die Bereitschaft zur Mitarbeit an unserer Zeitschrift stärkt.

Am 28. Februar diesen Jahres ist unser 'Projekt Qualitätssicherung' anlässlich einer Auftaktveranstaltung in Berlin vom Stapel gelaufen. Derzeit werden die Projektunterlagen, die wegen Änderungen an dem Fragebogen erst später als geplant in Druck gegeben werden konnten, an alle teilnehmenden Praxen verschickt, so dass in Kürze die Befragung der Patienten starten kann. Die Auswertungen der ersten 2 bis 3 Quartale werden voraussichtlich erste Anpassungen einzelner Projektteile erfordern. An dieser Stelle darf nicht versäumt werden, unserer Geschäftsführerin Irmgard Berger-Orsag Dank und Anerkennung für ihr unermüdliches Engagement während der Entwicklung des Projektes auszusprechen. Wir freuen uns ebenso, dass wir mit dem ehemaligen langjährigen Hauptgeschäftsführer der KZV Tübingen, Herrn Horst Cox, nicht nur einen entschiedenen Befürworter des Projektes, sondern auch dessen aktive Mitarbeit gewonnen haben.

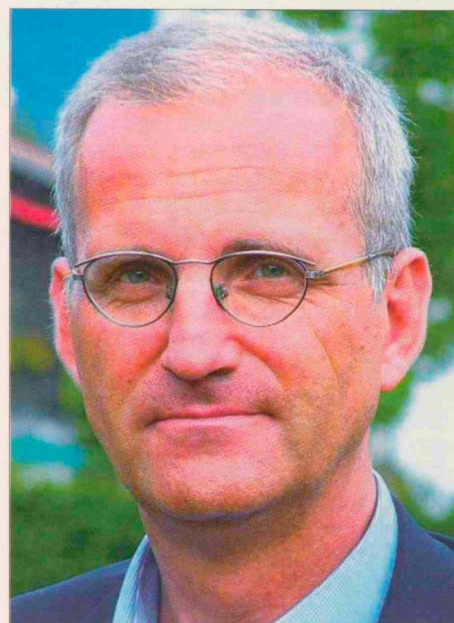
Wie andererseits natürlich auch zu erwarten war, sind wir in einigen Teilen der Kollegenschaft mit unserer Qualitätsoffensive auf Unverständnis gestoßen. Nicht Wenigen erscheint unser Ansinnen anachronistisch angesichts der neuen gesetzlichen Restriktionen, teilweise abgesenkter BEMA-Sätze, fehlender GOZ-Anpassung und kommender Ausgrenzung des Zahner-

satzes. Zur Erhellung dieses vermeintlichen Widerspruchs muss klargestellt werden, dass es dem DAZ in diesem Zusammenhang nicht um kurzfristige Aufmerksamkeit durch wortreiche Propaganda oder gar lautes Wehklagen geht; die Arbeit des DAZ ist vielmehr auf die langfristige Aufbesserung des zahnärztlichen Ansehens in der Bevölkerung ausgerichtet. Um so höhere Anerkennung gebührt den Kolleginnen und Kollegen, die sich durch die Projektteilnahme gemeinsamen eher mittel- und langfristigen Zielen verschreiben. Nur wenn wir Zahnärzte durch Eigeninitiative in Vorleistung gehen und die Berechtigung der eigenen Forderungen unter Beweis stellen, wird die gesundheitspolitische Isolation unseres Berufsstandes zu überwinden sein. Nichts kann unsere Ansprüche besser transportieren als eine breite kollegiale Basis, die das eigene Können hinterfragt, Missstände beseitigt und das Miteinander mit Politik und Krankenkassen pflegt.

Das genaue Gegenteil ist derzeit in Bayern der Fall. Am Ende einer bald 15 Jahre dauernden Konfrontationspolitik der bayerischen Körperschaftsfunktionäre stand im Februar 2004 die Übernahme der KZV-Vorstandsgeschäfte durch die bayerische Staatsregierung. So systemfremd, wie die Übernahme durch einen Staatskommissar ist, so erforderlich war die Entmachtung des KZVB-Vorstandes und der Vertreterversammlung zum damaligen Zeitpunkt. Der Umstand, dass genau diese staatliche Maßnahme erst den Erhalt der Körperschaften sichert, belegt das völlige Versagen der zahnärztlichen Funktionäre und ihren politischen Autismus.

Und als ob das nicht bereits gereicht hätte, um 'derartige 'Standesvertreter' ein für alle Mal in die Wüste zu schicken, meinten die Herren, sich während einer vom Landesverband Bayern des FVDZ organisierten Zahnarzt demonstration gegen den Staatskommissar in München noch eine weitere traurige Entgleisung leisten zu dürfen, indem sie sich unter ein Spruchband mit der Aufschrift 'Nazimethoden' stellten und damit Ihre geistige Herkunft verrieten. Nicht zuletzt mit dieser absoluten Geschmacklosigkeit, von der sich der Freie Verband erst viel zu spät und unglaublich distanzierte und die dem Ansehen der bayerischen Zahnärzte auf bislang schlimmste Weise geschadet hat, hat der bayerische FVDZ-Vorstand seinen Führungsanspruch auf alle Zeiten verspielt. Nur ein geschlossener Rücktritt, den der DAZ in einer Presseerklärung gefordert hat (s. S. 7, wäre in der Lage, den FVDZ auf den Boden der Verfassung zurückzuholen. Der Weg muss frei gemacht werden für demokratisch gesinnte Kolleginnen und Kollegen, von denen im FVDZ-Bayern hoffentlich noch einige existieren.

Das staatliche Intermezzo war das Waterloo für die bayerischen Standesvertreter und für die Zahnärztinnen und Zahnärzte,



die sich kritiklos mit ihnen solidarisierten. Die Reputation der nach Abzug des Staatskommissars wieder in Verantwortung stehenden Personen erscheint nach dieser Blamage kaum mehr reparabel zu sein. Den gerüffelten Funktionären bleiben nunmehr nur zwei Wege offen: entweder durch glaubhafte und verantwortungsvolle Umsetzung des GMG zum Wohle der Kollegenschaft und unserer Patienten den Irrweg einer jahrelangen desaströsen Politik offen einzugestehen, oder aber dem bisherigen, stets als unveräußerlich dargestellten Ziel des totalen GKV-Ausstiegs treu zu bleiben, aber damit endgültig sämtliche Geschicke der Körperschaft in die Hände der Staatsregierung zu legen.

Der DAZ ist mit den verantwortungsbewussten Kolleginnen und Kollegen sowie mit den bayerischen Krankenkassen und der Staatsregierung im Gespräch, um die schlimmsten Folgen für die Kollegenschaft und die Patienten abzuwehren und das mehrheitlich beschlossene Reformgesetz GMG zum Vorteil der Zahnärzteschaft konstruktiv umzusetzen. Den in der nächsten Zeit vermehrt anstehenden Aufgaben wird sich der DAZ stellen.

Wir freuen uns, auf der gemeinsamen Frühjahrstagung von DAZ und VDZM am 15. Mai in Frankfurt den amtierenden KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz begrüßen zu dürfen, der zur Frage der Zukunft der Zahnheilkunde in der GKV referieren wird. Aber auch Probleme der Integration des GMG in die Körperschaften und Fragen zu Einzelheiten der ab 2005 geltenden befundorientierten Festzuschüsse werden erörtert.

In der Hoffnung auf Ihre zahlreiche Teilnahme in Frankfurt grüße ich Sie herzlich.

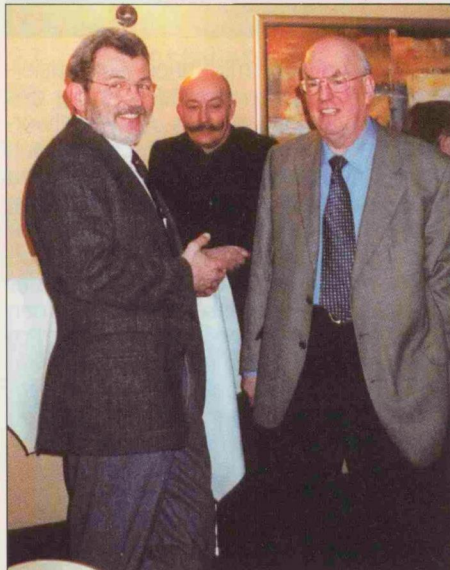
Ihr Eberhard Riedel

Fortsetzung von der Titelseite

...arbeiten und rief die Zahnärzte insbesondere dazu auf, notwendige Regelungen selbst einzuführen, ehe sie als Zwang von oben dem Berufsstand übergestülpt würden.

Inzwischen sind viele DAZ-Vorschläge All-gemeingut geworden, allerdings nicht unbeding-t auf freiwilliger Basis. Insbesondere Regelungen zur Qualitätssicherung sind, lange Zeit durch die zahnärztlichen Standesvertretungen abgewehrt, inzwischen per Gesetz verordnet und sicher weniger sachgerecht, als sie der Berufsstand selbst hätte entwickeln können.

Angesichts der wachsenden Finanzierungsprobleme unseres Sozialsystems greift der Gesetzgeber u.a. zu Budgetierungen, Honorarabwertungen und verschärften Kontrollen. Die zahnärztlichen Standesorganisationen propagieren als einzigen Ausweg die Privatisierung der Zahnheilkunde. Passend dazu schreitet die Kommerzialisierung der Medizin und Zahnmedizin voran; immer



Das QS-Projekt, ein Thema, das auch in den Pausen zu lebhafter Diskussion Anlass gibt.



Start zur Erkundung von Berlin auf literarischen Spuren

häufiger sind nicht mehr nur die medizinische Notwendigkeit und Angemessenheit Richtschnur (zahn-)ärztlichen Handelns. Dies ist erneut eine Situation, die nicht nur Kritik, sondern auch Selbstkritik vom zahnärztlichen Berufsstand fordert. DAZler mahnen Standesführung und Kollegen, nicht leichtfertig die Vorteile einer solidarisch finanzierten zahnmedizinischen Grundversorgung aufzugeben. Zugleich plädieren sie, wie der DAZ-Vorsitzende Dr. Eberhard Riedel bei der Auftaktveranstaltung ausführte, dafür, durch Selbstverpflichtungen der Zahnärzteschaft verloren gegangenes Vertrauen bei Patienten und Öffentlichkeit zurückzugewinnen. Dabei geht es nicht mehr nur um Vorschläge und Appelle. Das von Dr. Eberhard Riedel vorgestellte DAZ-Projekt zur Qualitätssicherung bietet Gelegenheit, den Worten Taten folgen zu lassen. Fundament des Projektes ist ein Katalog von Selbstverpflichtungen, die verantwortungsvolles, patientenorientiertes zahnärztliches Arbeiten beschreiben. Von den meisten der inzwischen recht zahlreichen Qualitätsmanagement- oder Qualitätssicherungskonzepten unterscheidet sich der Ansatz des DAZ vor allem dadurch, dass

er nicht primär auf die Verbesserung des wirtschaftlichen Ergebnisses, sondern auf die Verbesserung der Patientenbetreuung abzielt. Insbesondere verpflichten sich die Projektteilnehmer, darauf zu verzichten, mit Hilfe von Marketingmethoden medizinisch nicht notwendige Leistungen zu „verkaufen“. Für sie steht der Patient im Mittelpunkt des Geschehens; sie sind bereit, sich seiner Beurteilung und Kritik zu stellen. Mit Hilfe eines Fragebogens werden im Rahmen des Projektes regelmäßig die Meinungen der Patienten zum Behandler und seinem Team erhoben und von einer neutralen Stelle ausgewertet. So sollen eventuelle Schwachpunkte identifiziert und durch kollegiale Beratung behoben werden.

Eine weitere Möglichkeit der individuellen Rückmeldung, ggf. auch Beschwerde, eröffnet das zum Projekt gehörende Servicetelefon. Hier erhält der Patient sowohl allgemeine Informationen zu zahnmedizinischen Fragen als auch Beratung speziell für seinen Fall; der Zahnarzt kann qualifizierte Kollegen und Spezialisten in Anspruch nehmen. Im Falle von Konflikten läßt sich mit Hilfe des Beratungstelefons hoffentlich eine Klärung herbeiführen. In jedem Fall wird im DAZ-Projekt bei komplexen Behandlungen die Einholung einer zweiten Meinung empfohlen.

Hinter dem Servicetelefon stehen erfahrene Zahnärzte, die sowohl die individuellen Beschwerden als auch die Fragebogenergebnisse genau analysieren und Hinweise auf Mängel verfolgen. Hauptinstrument ist das kollegiale Gespräch und die gemeinsame Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten. Bei Fortbestehen der Mängel kann die Aberkennung des Qualitätslogos, das für erfolgreiche Projektteilnahme verliehen wird, und der Ausschluss aus dem Projekt erfolgen.

Die Darstellung aller Details des Projekts würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, und auch bei der Präsentation in Berlin konnten viele Aspekte nur gestreift werden. Im übrigen werden sich manche Antworten erst im Verlauf der praktischen Durchführung ergeben. So ist z.B. noch offen, wo die hauptsächlichsten Interessen und Kritikpunkte der Patienten liegen werden. Ebenso we-

Leitung des DAZ-Projektes Qualitätssicherung:

Dr. Eberhard Riedel,

Wolfratshauer Str. 189, 81479 München, Tel 089/534552, Fax 089/54404484, Mail e_riedel@msn.com - zuständig insbesondere für die Weiterentwicklung des Projektes und die Öffentlichkeitsarbeit

Dr. Peter Nachtweh,

Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Tel. 030/3023010, Fax 030/3255610, Mail pnachtweh@t-online.de - zuständig für Mitgliederverwaltung, Finanzen, Materialbereitstellung

Dr. Celina Schätze,

Reichenhaller Str. 2-3, 14199 Berlin, Tel 030/8264232, Fax 030/81295231, Mail celina.schaetze@web.de - zuständig für das Servicetelefon und Beratung der Projektteilnehmer

Dipl.-Med. Steffen Schmidt,

Miltitzer Str. 1, 04430 Leipzig-Burghausen, Tel/Fax 0341/4415982, Mail za.schmidt@t-online.de - zuständig für Fortbildung

Dr. Ulrich Zibelius,

Mittelstr. 17, 32657 Lemgo, Tel. 05261/10166, Fax 05261/92901, Mail ulrich.zibelius@t-online.de - zuständig für die Fragebogenauswertung und das Feedback an die teilnehmenden Praxen



Der DAZ-Vorsitzende im Gespräch mit Jette Krämer von der BZÄK

nig wissen wir, ob z.B. das im Rahmen des Projektes vorgesehene Angebot verlängerter Gewährleistungszeiten für die Patienten attraktiv ist. Ob man, wie bisher geplant, Gemeinschaftspraxen auf Wunsch als eine Einheit behandeln oder ob man jeweils nach Behandlern differenzieren muss, wird sich ebenfalls nur ausprobieren lassen.

Für die Teilnehmer der Berliner Veranstaltung schienen die offenen Fragen kein Problem zu sein. Im Gegenteil war eher so etwas wie Aufbruchsstimmung und Pioniergeist zu spüren. Nach Zeiten berufspolitischer Frustration und Resignation gibt es Auftrieb, eine konkrete, überschaubare Aufgabe vor sich zu sehen und etwas Neues entwickeln zu können. So war es denn auch nicht schwierig, Mitstreiter für die sich stellenden Aufgaben zu finden. Schon im vorhinein hatten verschiedene Mitglieder, die beim Auftakt nicht dabei sein konnten, Bereitschaft zur Mitarbeit signalisiert.

Um in der Startphase zügig und ohne allzu viel Abstimmungsaufwand agieren zu können, wurde zunächst nur das in der Projektordnung vorgesehene Leitungsgremium von fünf Personen gewählt. Keine Frage, dass derjenige, der von Anfang an mit Ideenreichtum und Elan die Entwicklung vorangetrieben hatte, mit von der Partie war: Dr. Eberhard Riedel, sozusagen der Vater des Projekts. Zwei seiner Vorstandskollegen, die stellvertretende DAZ-Vorsitzende Dr. Celina Schätze und der DAZ-Kassenwart Steffen Schmidt, wurden ebenfalls gewählt, außerdem Dr. Ulrich Zibelius und Dr. Peter Nachtweh. Dr. Nachtweh, zugleich Vorsitzender von Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ), verdeutlicht mit seiner Beteiligung, dass nicht nur bei der Erstellung der Zeitschrift DAZ-Forum, die seit über zwei Jahren gemeinsam herausgegeben wird, sondern nun auch bei diesem Projekt die Verbände DAZ und BUZ an einem Strang ziehen. Unterstützung kam im übrigen auch noch von jemandem, der sich bereits vor Jahren intensiv mit Qualitätssicherung im Bereich der Zahnmedizin beschäftigt hat, von Horst Cox. Er hat als Direktor der KZV Tübingen maßgeblich mitgewirkt an der Entwicklung des sogenannten Tübinger Modells und bietet dem DAZ-Projekt seine

Erfahrungen und Kontakte an.

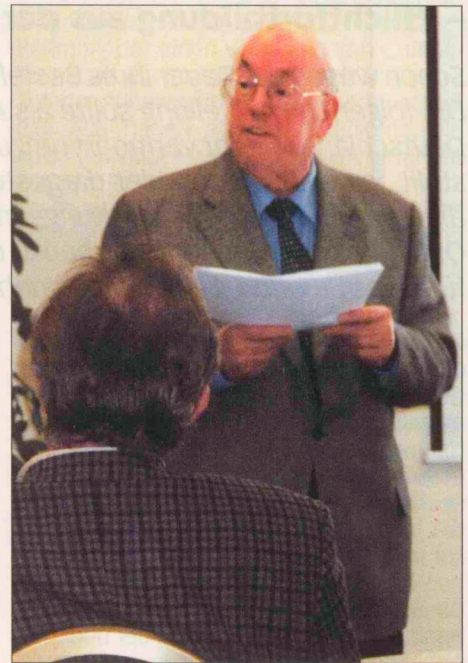
Kurz nach dem Start Ende Februar trat ein weiterer wichtiger Kooperationspartner auf den Plan. Wie viele Forum-Leser wissen, gibt es eine langjährige Verbindung zwischen dem DAZ und dem fachübergreifenden Ärzteverband NAV-Virchow-Bund. Der NAV-Virchow-Bund wiederum unterhält die Brendan-Schmittmann-Stiftung, eine gemeinnützige Einrichtung zur Erforschung und Förderung des Gesundheitswesens im allgemeinen und der ambulanten Medizin im besonderen. Die Stiftung wird bei der Fragebogenentwicklung und -auswertung für den nötigen wissenschaftlichen Hintergrund sorgen.

Auch noch in einem weiteren Bereich dürften sich Synergieeffekte ergeben. Schließlich ist neben den Patientenbefragungen und der Beratung der Praxen als weiteres qualitätsförderndes Element die regelmäßige Fortbildung der Projektteilnehmer vorgesehen. Schon in den ersten Tagen des DAZ, als man das Wort „Qualitätszirkel“ noch nicht kannte, gab es lokale DAZ-Studiengruppen und organisierte Praxisbesuche. Zu hoffen ist, dass es erneut gelingt, Projektteilnehmer und andere Interessierte für systematische gemeinsame Fortbildungsaktivitäten zu gewinnen und dabei den Kollegen/innen die Philosophie des DAZ-Projektes nahezubringen. Die Brendan-Schmittmann-Stiftung und die Berliner Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes dürften mit ihrem Know-How in Sachen Fortbildung hier geeignete Partner sein.

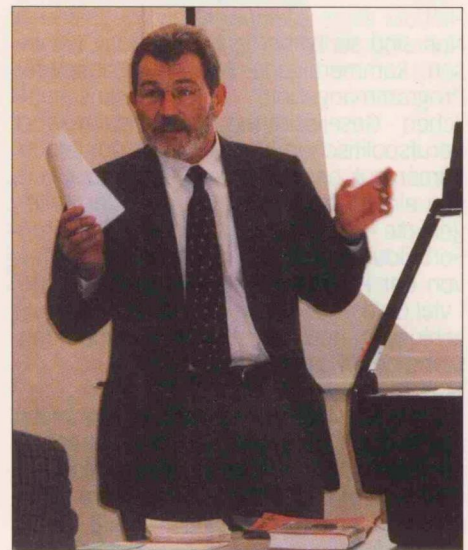
Am Ende der Veranstaltung stand bei den Teilnehmern die Hoffnung, dass Bemühungen dieser Art nicht auf einen kleinen Kreis ohnehin besonders engagierter Kollegen beschränkt bleiben sollten. Ein Gesundheitswesen kann weder als staatliche Zwangsveranstaltung noch als profitorientiertes Kommerzunternehmen organisiert werden; es ist letztlich angewiesen auf guten Willen und Verantwortungsbewusstsein bei allen Beteiligten. Der DAZ wird im Rahmen seiner Möglichkeiten weiterhin für eine solche Haltung werben.

Wir bieten allen Interessierten unser Konzept und unsere Unterlagen an, über die

DAZ-Geschäftsstelle in Köln, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail daz.koeln@t-online.de, und hoffentlich ab Mai auch über unser Web.



Horst Cox berichtet über die Anfänge der Qualitätssicherung in der KZV Tübingen



Dr. Roland Ernst bei seinem Exkurs in die Geschichte des DAZ



Die Präsentation des Projekt-Konzepts führt zu Fragen und Diskussion

Qualitätszirkel

– Pflichtfortbildung aus der Praxis für die Praxis

Schon wegen der Dauer ihres Bestehens hat die Studiengruppe Oldenburg um Roland Ernst Vorbildcharakter. Die folgende Darstellung sollte als Ansporn und Anleitung zugleich dienen, die Idee von Qualitätszirkeln in Deutschland wieder vermehrt umzusetzen. Dabei können die Ansprüche, die man an diese Veranstaltungen stellt, jeweils von den hier dargestellten Vorgaben abweichen, sofern die Regelmäßigkeit der Treffen und die Verteilung der Vorbereitungsarbeiten auf alle Teilnehmer wechselseitig gegeben sind. Unser Projekt Qualitätssicherung fördert ebenso die Bildung von Qualitätszirkeln, wodurch jedes Qualitätszirkel-Mitglied für sich wie auch die Projektteilnehmer in ihrer Gesamtheit profitieren werden.

Es ist Bewegung in die Diskussion um die Qualitätssicherung gekommen: der Gesetzgeber hat eine Fortbildungspflicht eingeführt und uns Zahnärzten damit den Nachweis eines Mindestmaßes an beruflicher Fortbildung auferlegt. Erfüllen wir diese Anforderung nicht, drohen Sanktionen, die bis zum Entzug der Zulassung gehen können.

Dadurch ist für die Standesorganisationen Handlungsbedarf entstanden, der über das Anbieten von Veranstaltungen und Appelle an die Kollegenschaft, sie doch auch bitte wahrzunehmen, hinausgeht.

Nun sind sie bisher ja nicht untätig gewesen: kammereigene Fortbildungsinstitute, Programmangebote von wissenschaftlichen Gesellschaften, aber auch von berufspolitischen Verbänden sind schon immer gut besucht gewesen. Sie zeugen von einem großen Engagement der Kollegen, die – im Gegensatz zur Medizin, deren Fortbildungsangebote zum größeren Teil von der Pharmaindustrie gesponsert sind – viel Geld und Freizeit investieren, um Anschluss an den sich ständig verändernden Stand des Wissens zu halten.

Dabei gab es aber immer ein Problem: nicht alle Kollegen engagieren sich gleichermaßen. Es gibt sehr Fortbildungsbeflissene, die man immer wieder trifft, andere sieht man eher selten.

Nun soll hier nicht darüber diskutiert werden, welche Art der Wissensaneignung besser oder schlechter ist. Das muss jeder für sich entscheiden.

Die Kammern sind jetzt jedenfalls gefordert, ein System zu entwickeln, in dem das Engagement jedes Einzelnen möglichst gerecht bewertet wird.

Im Folgenden möchte ich meine (überaus positiven) Erfahrungen mit einer ganz besonderen Form der Weiterbildung vorstellen: den so genannten „Qualitätszirkeln“. Während alle mir bekannten Teilnehmer von den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppen sehr angetan sind, viele sie inzwischen sogar für unverzichtbar halten, führen sie innerhalb des Fortbildungsspektrums nur ein Nischendasein. Niemand wirbt für sie, niemand verdient Geld an ihnen, ihre Wirkung zielt nach innen auf die Teilnehmer selbst.

Was ist das Besondere an ihnen? Worin unterscheiden sie sich vom „normalen Fortbildungsbetrieb“?

Wer heute frisch approbiert die Uni verlässt, ist mit einem theoretischen und praktischen Grundwissen ausgestattet, dessen Weiterentwicklung ganz wesentlich von der Ausbildungspraxis geprägt wird: geht es in erster Linie darum, mit möglichst vielen abrechnungsfähigen Leistungen und Umsatzbeteiligung den Chef entlasten oder nicht eher darum, unter der Anleitung des erfahrenen Praktikers jeden einzelnen Patienten so behandeln zu lernen, wie man selbst gern behandelt werden würde?

Zwischen diesen Optionen liegen Welten, die im „normalen“ Ausbildungs- und Fortbildungsbetrieb praktisch keine Rolle spielen.

Immer noch unentwickelt in der Zahnärzteschaft (und zwar bei jung und alt) ist die Fähigkeit, sich auch einmal selbst über die Schulter zu sehen, über seine Arbeit nachzudenken – und auch der Wunsch, mehr über die Qualität seiner eigenen Arbeit zu erfahren.

Was bedeutet Qualität für mich? Bin ich bei einem heulenden Vierjährigen mit einer pV zur Schmerzbesitzung zufrieden oder muss es eine Kompomerfüllung unter Kofferdam sein? Restauriere ich einen zerstörten Seitenzahn mit einem gnathologisch angefertigten Keramik-Inlay oder mit einer 4-flächigen sauber polierten Amalgamfüllung? Versorge ich einen identischen Zahnbefund mit Implantaten und vorheriger KFO-Aufrichtung gekippter Molaren oder mit einer Resignationsprothese mit gebogenen Klammern? Alles Vorgenannte kann im Einzelfall genau richtig, es kann aber auch genau falsch sein.

Qualität ist das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren.

Was aber ist im Einzelfall machbar und wer beurteilt das? Bin ich qualifiziert genug ausgebildet für die optimale Therapie? Kann der Patient sie sich leisten? Halte ich das erforderliche Prophylaxeangebot vor? Kann ich es mir betriebswirtschaftlich leisten, dem zahlungskräftigen Patienten seine Wunschbehandlung zu versagen, wenn sie nicht indiziert ist?

Die angemessenste und normalste Art der Überprüfung unserer Arbeit erfolgt sicher über uns selbst. Das hört sich blauäugig an, ist es aber nicht, wenn wir ein paar Wahrnehmungsfiler abbauen und lernen, unsere Beurteilungskriterien nach den Standards auszurichten. Wie und wo aber erfährt man etwas über eigene und andere Standards?

Die Zahnheilkunde, auch das an der Universität vermittelte Wissen, basiert erschreckend wenig auf Evidenz im wissenschaftlichen Sinn, sondern eher auf Erfahrungen, die durch „trial and error“ zustande kommen.

Auf jeden Teilnehmer an einer Fortbildungsveranstaltung geht ein Feuerwerk an neuen Erkenntnissen nieder. Ob und wie sie dann im Alltag eingesetzt werden, ist dagegen sehr fraglich.

Jeder ist Experte in seiner eigenen Praxis und behandelt – jeder auf seine Art – sehr erfolgreich seine Patienten. Was liegt also näher, als diese Experten auf regionaler Ebene einmal zusammenzubringen? Jeder weiß viel, aber gemeinsam wissen alle mehr!



Lipinski & Hoffmann
zahntechnik

Qualität & Service

... eine starke Verbindung
für Ihren Praxiserfolg

TRIFFT GALVANO

VOLLKERAMIK



**Wir beraten Sie gern.
Rufen Sie uns einfach an!**

Ihre Zahntechnikermeister:
Lipinski & Hoffmann

Margaretenstr. 16 • 93047 Regensburg
info@zahnerlebnis.de • Fax 79 25 11 • Fon 09 41.79 15 21

www.zahnerlebnis.de

Aus dieser Einsicht heraus entstanden Ende der 70er Jahre nach US-amerikanischem Vorbild unabhängig voneinander sog. „Study-Groups“ (im DAZ: Studiengruppen), die alle nach einem ähnlichen Prinzip arbeiten, das heute der Arbeit in den sog. Qualitätszirkeln zugrunde liegt.

Die Struktur meiner eigenen Studiengruppe in Oldenburg soll im Folgenden kurz skizziert werden.

Die Gruppe hat zur Zeit elf Teilnehmer/innen.

Diese Zahl ist seit fast 20 Jahren konstant und hat sich aus folgenden Gründen bewährt: Erstens ist reihum jeder nur einmal jährlich Gastgeber. Zweitens hat auch jeder einen Raum zur Verfügung, der für eine solche Gruppengröße ausreicht. Drittens wird eine strukturierte Fachdiskussion bei einem größeren Kreis schwierig – die Aufmerksamkeit zerfasert leicht.

Die Gruppe trifft sich monatlich.

An jedem dritten Montag des Monats pünktlich um 20 Uhr, der Sommerferienmonat ausgenommen. Es gehört zum guten Stil, dass man nur aus triftigem Grunde fernbleibt und sich dann selbstverständlich beim Gastgeber entschuldigt.

Es sind viele Tätigkeitsschwerpunkte vertreten.

Es hat in der Gruppe immer einen Kieferchirurgen und einen Kieferorthopäden gegeben. Selbstverständlich gehört neben dem Allgemeinspektrum auch qualifizierte Parodontologie dazu.

Der Gastgeber hält ein Fach-Referat seiner Wahl.

Das Thema wird in der Regel beim voraus gehenden Treffen angekündigt. Die Vortragsweise steht dem Referenten frei. Die Dauer beträgt zwischen 15 und 45 Minuten. In der Regel werden Dias, Folien, neuerdings auch vermehrt PowerPoint eingesetzt. Normalerweise gibt es auch ein zusammenfassendes Skript. Über das Referat wird anschließend diskutiert.

Ab ca. 21 Uhr werden Fälle aus der Praxis besprochen.

Durch möglichst einartikulierte Modelle und Röntgenbilder gut dokumentierte Fälle werden von den Teilnehmern vorgestellt und diskutiert. Diesen Erfahrungsaustausch, das ernsthafte Bemühen um die beste machbare Lösung, die fachliche wie emotionale vertrauensvolle Teilnahme aller am Gelingen oder Scheitern von Therapieverläufen über größere Zeiträume hinweg gibt es nur in Studiengruppen. Sie stellen den eigentlichen Kernpunkt der Studiengruppenarbeit dar.

Verschiedenes/Feedback

Berichte über Besuche von Fortbildungen, Erfahrungen mit neuen Materialien, Berichtswertes aus der Praxis (Helferinnen – Steuerberater – Technik – Abrechnung – Gutachter – gemeinsame Materialbestellung – Umgang mit der KZV etc.)

Ende spätestens um 22.30 Uhr

Zusammenfassung:

1. Nicht das Wissen, sondern das Handeln der Teilnehmer steht im Zentrum der Gespräche.
2. Alle Teilnehmer sind gleichberechtigt (Peer Group). Es gibt einen interkollegialen Rahmen, der einen völlig anderen Charakter hat als ein loser „Stammtisch“.
3. Jeder bringt seine eigene Expertenschaft ein. Alle haben ähnliche Probleme, die aber individuell unterschiedlich erfahren werden.
4. Durch den engen Praxisbezug wird Erfahrungswissen nachvollziehbar und aufgewertet.
5. Die Themen werden von den Teilnehmern selbst gewählt.
6. Es besteht Kontinuität, was Teilnehmerzahl und Themen angeht.
7. Arbeitsgrundlage ist eine verbindliche Systematik. Sie wird, jedenfalls in unserem Qualitätszirkel, nicht als einengend, sondern als tragende Struktur empfunden, die aber auch offen für Veränderungen ist. (Anm.: in unserer Gruppe in Oldenburg hat es über fast zwei Jahrzehnte kaum Veränderungen der Teilnehmerstruktur und des Ablaufs gegeben.)

Empfohlene Literatur:

Micheelis, Walther, Szecsenyi: Zahnärztliche Qualitätszirkel Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuchs; Institut der Deutschen Zahnärzte; Band 18

Dr. Roland Ernst, Edewecht

Pressemeldung

zur gesundheitspolitischen Situation in Bayern

DAZ fordert Rücktritt des FVDZ-Landesvorstandes Bayern

Köln, den 19. März 2004 - Seit dem 25.02.2004 führt ein Staatskommissar die Geschäfte der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern (KZVB), nachdem diese Körperschaft wiederholt die bayerischen Zahnärzte zu rechtswidrigem Verhalten (z.B. zur Erhebung der Praxisgebühr auch bei Vorsorgeuntersuchungen) aufgefordert und bekundet hatte, das Gesundheitsreformgesetz GMG nicht umzusetzen. Um gegen die Entmachtung der zahnärztlichen Selbstverwaltung zu protestieren, veranstaltet der Landesverband Bayern des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) seither so genannte „MittwochsDemonstrationen“, die das öffentliche Ansehen der Zahnärzteschaft nachhaltig und in nicht hinnehmbarem Ausmaß beschädigen. Den Gipfel stellte bisher die Versammlung am 3. März 2004 vor dem Zahnärztheus in München dar. Auf ihr zogen Freiverbändler durch ein Transparent mit der Aufschrift „Staatskommissar = Nazimethoden“ die Blicke auf sich; verschiedene regionale und überregionale Zeitungen und Körperschaftsorgane berichteten darüber. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), ein zahnärztlicher Berufsverband, verurteilt aufs Schärfste das Verhalten des

FVDZ und wendet sich zugleich auch gegen die Beschlüsse und Aktivitäten, mit denen die Einsetzung des Staatskommissars un- ausweichlich wurde.

Es zeugt von fehlendem Geschichtsbewusstsein und beleidigt zutiefst die Opfer des Nationalsozialismus, wenn das Eingreifen der bayerischen Staatsregierung mit „Nazimethoden“ verglichen und der Staatskommissar mit einem Runen-S geschrieben wurde. Die Urheber und Verantwortlichen gaben hier ihre geistige Herkunft preis. Genauso erschreckend verfehlt waren die plakatierten Vergleiche mit der Niederschlagung des Prager Frühlings 1968 durch die Sowjet-Armee.

Mit diesem ungeheuerlichen Vorgehen, das den absoluten Nullpunkt zahnärztlicher Standesvertretung in Bayern markiert, haben die Organisatoren und Teilnehmer der Demonstrationen den Zahnärzten in Bayern und bundesweit einen Bären dienst erwiesen. Die Entschuldigung seitens des FVDZ-Landesverbandes kam viel zu spät und war zudem unglauwbüdig. Standesvertreter, die sich mit derartigen Botschaften an die Öffentlichkeit wenden, haben

den Vertretungsanspruch für den Berufsstand verwirkt. Der DAZ fordert daher den geschlossenen Rücktritt des bayerischen FV-Vorstandes unter Dr. Thomas Thyroff. Dieser Schritt würde anderen Kollegen die Chance geben, durch demokratisches Verhalten den Freien Verband wieder auf den Boden der Verfassung zurückzuholen.

Die Einsetzung des Staatskommissars in der KZV Bayern war keineswegs Ziel des DAZ. Da aber nur noch so sichergestellt werden konnte, dass die KZV als selbstverwaltete Körperschaft erhalten bleibt, begrüßt unser Verband in dieser Phase das entschlossene und schnelle Handeln der Staatsregierung zum Vorteil der Mehrheit der bayerischen Zahnärzte. Er unterstützt ferner die Bemühungen der Staatsregierung, die Verwaltung so bald wie möglich wieder in zahnärztliche Hände zu geben. Obwohl auch der DAZ Teilen des GMG kritisch gegenübersteht, ist er bereit, bei der Umsetzung der Reformen mitzuwirken und auf die verbleibenden Gestaltungsspielräume Einfluss zu nehmen.

Für Rückfragen: Dr. Eberhard Riedel, DAZ-Vorsitzender

Die GKV zukunftssicher machen - Hersbrucker Gespräche der AOK Bayern zeigen Perspektiven

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens war das Hauptthema der diesjährigen 20. Hersbrucker Gespräche, die die AOK Bayern am 1. und 2. April unter hochkarätiger Beteiligung in ihrem Bildungszentrum bei Nürnberg veranstaltete. Neben verschiedenen Rednern aus dem bayerischen AOK-Vorstand kamen als geladene Gäste u.a. die Professoren Bert Rürup, Karl Lauterbach und Jürgen Wasem zu Wort. Dabei war aus allen Beiträgen herauszuhören, dass das Gesundheitswesen nicht allein durch eine Neuorganisation der Einnahmeseite bzw. eine Reform der Mittelverteilung zu sanieren sei, sondern gerade auch interne Einsparreserven mit Hilfe konkreter Qualitätssicherung genutzt werden müssen.

Einleitend wies Bayerns AOK-Vorstandsvorsitzender Dr. Helmut Platzer auf die verzerrte öffentliche Diskussion der Probleme des Gesundheitswesens hin, die es schwer mache, vernünftige Reformansätze, zu denen es keine Erkenntnisdefizite, wohl aber Entschlossenheitsdefizite gäbe, durchzusetzen. Er bekräftigte seine Auffassung, die auch von verschiedenen eher gemäßigten Ärzte- und Zahnärzterverbänden zu hören ist, das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) habe neben gewaltigem Ärger durchaus großes innovatives Potential freigesetzt, das den Krankenkassen ermögliche, Weiterentwicklungen aus eigener Kraft voranzutreiben.

Nach Prof. Rürup, Ökonom, Kanzlerberater und Chef der gleichnamigen Kommission, steht das deutsche Gesundheitssystem nicht vor dem Kollaps. Es sei allerdings um ein Drittel teurer als die umliegenden europäischen Gesundheitssysteme im Durchschnitt, biete dafür aber, bedingt durch fehlende standardisierte Qualitätskontrollen, nur durchschnittliche bis mangelhafte Qualität. Ähnlich wie Platzer meinte Rürup, dass das GMG deutlich besser sei als alle vorherigen Reformgesetze und sicher auch Wirksamkeit entfalten werde. Nunmehr müsse allerdings die bislang offengebliebene Frage der Finanzierung geklärt werden, zu der die Kommission zum Umbau der Sozialsysteme am 15. Juli 2004 ihre Vorschläge präsentieren werde.

Rürups Konzept der ‚Kopfpauschalen‘, die er nun eleganter ‚Pauschalprämien‘ oder ‚Gesundheitsprämien‘ nannte, sieht vor, dass alle gesetzlich Versicherten die gleiche Pauschale einzahlen und dafür von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine einheitliche Grundleistung erhalten. Weiteren Versicherungsschutz kann jeder auf Wunsch gesondert abschließen, während in Härtefällen der Steuerzahler für die Prämien aufkommen soll. Rürup verspricht sich durch die Abkoppelung der Gesund-

heits- von den Arbeitskosten deutliche Impulse für den Arbeitsmarkt, Wachstum und sinkende Beiträge für die GKV und verweist somit auf die Zukunftstauglichkeit seines Konzepts.

Die ideologischen Gegensätze zu den Reformvorschlägen Prof. Lauterbachs, Mediziner, Gesundheitsökonom und Berater der Gesundheitsministerin, traten hier offen zutage. Denn Lauterbach sieht im Rürupschen Konzept große Gerechtigkeitslücken und will nicht hinnehmen, dass sich nur der Wohlhabendere die bessere Gesundheitsversorgung leisten kann. So gäbe es durch die pauschale Einheitsprämie nur eine Umverteilung, die gut verdienende Singles bevorzuge, während Familien mit Kindern mehr belastet würden. Lauterbach hält auch nichts von einer Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten, wovon er keine Impulse für den Arbeitsmarkt erwartet. Vielmehr glaubt Lauterbach, mit seinem Konzept der ‚Bürgerversicherung‘ mehr soziale Gerechtigkeit verwirklichen zu können. Danach sollen die Beiträge zur Krankenversicherung, vergleichbar einer Steuerabgabe, von allen Bürgern, also auch den bislang privat versicherten, geleistet werden und sich dann nicht mehr nur auf Arbeitseinkünfte, sondern auch auf alle anderen Einkunftsarten beziehen. Die Jedem zustehenden Gesundheitsleistungen sollen demgegenüber wiederum für alle gleich und einkommensunabhängig sein.

Uneins waren beide Experten auch in der Frage der Wirksamkeit von Prävention. Während Rürup ausführte, Prävention könne Gesundheitskosten nicht senken, da nach dem Prinzip der konkurrierenden Risiken die durch Prävention jeweils vermiedenen Erkrankungen nur durch andere ersetzt würden, wies Lauterbach auf das eher langfristig wirksame Präventionspotential hin, das nicht unterschätzt werden dürfe. Auch der Einfluss des technischen Fortschritts auf die Kostenbelastung des Gesundheitswesens wurde nicht einheitlich bewertet: Während Rürup glaubt, dass technischer Fortschritt das System in Zukunft nur teurer machen wird, führte Lauterbach aus, dass, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, trotz aller neuer Technik bislang keine Verteuerung des Gesundheitswesens eingetreten sei, sondern vielmehr technische Neuerungen und Vereinfachungen die Kostenentwicklung gedämpft hätten.

Einen bedeutenden Beitrag zur Qualitätssicherung leisten nach Lauterbach die von ihm favorisierten Gesundheitszentren und die integrierte Versorgung. Auf meine Nachfrage, wie hoch er den Wert der individuellen Patientenbetreuung in freier Praxis einschätze, antwortete Lauterbach differenziert, dass er bei den Gesundheits-

zentren in erster Linie an interdisziplinäre Zusammenschlüsse von Fachärzten denke, während er gerade im zahnmedizinischen Bereich die Einzelpraxis als vorteilhaft und zukunftsfähig einschätzt. Lediglich freie Facharztpraxen müssten abgebaut werden, damit für die verbleibenden Ärzte bessere Existenzbedingungen bestünden.

Prof. Wasem, Berater der Herzog-Kommission, war angesichts des Expertenstreits der lachende Dritte und bot selbstbewusst Wetten an, dass der von ihm favorisierte dritte Weg letztlich im Bundesgesetzblatt stehen werde. Wasem widmete sich gezielt der Schnittstelle von gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Die PKV hat zwar einerseits durch die Wahlmöglichkeiten eine entsolidarisierende Wirkung zu Lasten der GKV, leistet aber andererseits im Gesundheitswesen einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag bei der Leistungsanspruchnahme durch die PKV-Versicherten. Da aber der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV nur begrenzt funktioniert, zielt Wasems Vorschlag darauf ab, es zwar im Prinzip bei der bisherigen Finanzierung zu belassen, die PKV jedoch in den Risikostrukturausgleich innerhalb der GKV einzubeziehen, der ab 2007 auf eine direkte Morbiditätsorientierung umgestellt wird. Zusätzlich muss es nach Wasem eine aufkommensneutrale Reform der Vergütung der Leistungserbringer nach dem Motto ‚Gleiches Geld für gleiche Leistung‘ geben, was nichts anderes als die Angleichung des Honorarhöhen zwischen BEMA und GOZ bedeutet. Nur so würde es zu mehr Solidarität aller Krankenversicherten in Deutschland kommen und der Anreiz für wirtschaftliches Verhalten der Krankenversicherer erhöht werden.

Wasem wehrte sich gegen den Vorwurf, dass nach seinem Konzept einer Einheitskasse der Weg bereitet werde. Allerdings konnte er nicht leugnen, dass von Seiten der privaten Versicherungswirtschaft erhebliche Widerstände zu erwarten sind, da die PKV-Unternehmen wegen der bei ihnen versicherten ‚guten Risiken‘ hohe Summen zu zahlen haben werden. Der Einigkeit von Rürup und Lauterbach wenigstens in der Ablehnung seiner Vorschläge war sich Wasem gewiss.

Das Qualitätsproblem auf Seiten der Leistungserbringer, vom Behandlungsfehler bis zum Betrug, wurde von Prof. Georg Nagler, Vorstandsmitglied der AOK-Bayern, facettenreich und eindringlich abgehandelt. Er ließ die schätzungsweise bis zu 400.000 Fälle vermuteter Behandlungsfehler in Deutschland genauso wenig aus wie die bestehende Überversorgung durch ‚Krankheitsfindung‘ sowie die überzogene Inanspruchnahme fragwürdiger Heilbehandlungen nach vorausgegangener

Verunsicherung weiter Bevölkerungskreise durch die Laienmedien. Breiten Raum widmete er auch der teilweise gezielten Desinformation seitens vieler Pharmafirmen zur Vermarktung neuer Präparate, die entweder nicht wirklich neu oder sogar unwirksam sind. Die AOK hat zur besseren Betreuung ihrer Versicherten im Jahre 2001 den Service 'Clarimedis' ins Leben gerufen, durch den bundesweit 20 Ärzte zusammen mit 60 AOK-Angestellten durchgehend zur Beratung zur Verfügung stehen. Bei vermuteten Behandlungsfehlern wiederum greifen weitere Angebote.

Ein anderer Beitrag behandelte die Wirt-

schaftlichkeit und Qualität bayerischer Pflegeheime, die die AOK seit zwei Jahren in einem umfangreichen Pilotprojekt unter die Lupe nimmt. Es zeigte sich eindrucksvoll, dass einzelne weniger kostenintensive Pflegeheime mit zahlenmäßig weniger Fachkräften teilweise bessere Ergebnisse erzielten als solche mit viel Fachpersonal, das heißt, dass die Qualität nicht einfach nur vom kostenintensiven Personalaufwand abhängt. Daher musste die Frage, ob die teuren Pflegeheime auch die guten sind, nach ersten Erkenntnissen mit nein beantwortet werden, so dass eine nun folgende Gesamtuntersuchung um so notwendiger ist.

Prof. Lauterbach selbst war es schließlich, der der AOK Bayern nahe legte, mit Zahnärzten in Bayern versuchsweise Direktverträge auf qualitätsgesicherter Basis abzuschließen. Bei den 20. Hersbrucker Gesprächen konnte die AOK Bayern jedenfalls mehrfach unter Beweis stellen, dass ihr an einer sachlichen und konstruktiven Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen gelegen ist. Dabei geht es um das gemeinsame Ziel von Krankenkassen und Leistungserbringern, das Vertrauen neuer und alter Versicherter und Patienten zu gewinnen und zu erhalten.

Dr. Eberhard Riedel, München

Grenzen einer zahnmedizinischen Grundversorgung im Solidarsystem

Der DAZ hat sich begründet für den Erhalt einer zahnmedizinischen Grundversorgung innerhalb der GKV ausgesprochen. Notwendigen Einsparungen im Gesundheitswesen darf sich aber auch die Zahnheilkunde nicht verschließen. Daher ist es an der Zeit – gerade als Alternative zu Totalausgrenzungstendenzen – die Grenzen einer unabdingbaren Grundversorgung neu zu bestimmen. Hierbei sollten sowohl zahnmedizinische als auch sozialmedizinische Aspekte Berücksichtigung finden. Der neue BEMA und die hierzu gehörigen Richtlinien haben diesbezüglich bereits erste Fakten geschaffen, die – angesichts der angekündigten weiteren Reformen – bewertet werden müssen.

Auch die Frage Kostenerstattung oder Sachleistung sollte nicht willkürlich entschieden werden: es ergibt sich bei näherer Betrachtung eine sinnhafte Zuordnung einzelner Leistungsbereiche. Ebenso sind die Aspekte einer größtmöglichen Therapiefreiheit auf der einen Seite und des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung auf der anderen durchaus vereinbar, wenn die Instrumente Gewährleistungsregelungen und Patientenberatung sinnvoll eingesetzt werden.

Für eine moderne, präventionsorientierte Zahnheilkunde können folgende Ziele beschrieben werden, für die jeweils eine unverzichtbare Minimalumsetzung vorge schlagen wird:

a) Primärprävention

Kollektiv-Prophylaxe

Die Speisesalzfluoridierung ist eine Prophylaxemaßnahme mit unschlagbar gutem Kosten/Nutzen-Verhältnis. Sie sollte in Lebensmittelherstellung („Brot Salz“) und Kantinen eingeführt werden.

Kommentar der Redaktion: die Ausweitung der Fluoridsalzanwendung liegt momentan auf Eis. Erst müssen die neuen

EU-Regelungen zu Lebensmittelzusätzen abgewartet werden.

Gesundheitsförderung

Hier bestehen gravierende Defizite in der Breitenversorgung (unzureichende Gruppenprophylaxe), die in einem großen Anteil der Bevölkerung zu unzureichenden Voraussetzungen für den Selbsterhalt der Zähne führen und die Übernahme des „Schweizer Modells“ ethisch unmöglich machen. Lücken klaffen insbesondere bei der Gesundheitserziehung Jugendlicher¹ und bei der Aufklärung werdender/junger Eltern².

Individual-prophylaxe

Präventive Beratung bei Erwachsenen ist sinnvoller Weise im BEMA Privatleistung geblieben, da sie nicht verordnet, sondern nur bei Eigeninteresse geleistet werden kann. Eine einmalige kostenfreie Mundhygieneberatung im Rahmen der Elternbefähigung zur Betreuung der Kinderzähne wäre allerdings wünschenswert.

Die weitgehende Ausgrenzung der einfachen „Zahnsteinentfernung“ ist akzeptabel, da ihr nur ein sehr begrenzter präventiver Nutzen zugemessen werden kann. Eine aufwändige „professionelle Zahnreinigung“ für alle Erwachsenen wäre aber innerhalb einer Grundbetreuung nicht bezahlbar.

Bezüglich der Individualprophylaxe bei Kindern ist die zwei mal jährliche Plaqueentfernung und Fluoridierung (IP4) weiterhin knapp bemessen. Insbesondere während der Zeiten des Molarendurchbruchs sind 6-monatige Abstände für ein sicheres Fissurenmanagement unzureichend. Die risikoabhängige Option auf zwei weitere Sitzungen muss als unzureichend bewertet werden, da sie erst bei schon vorliegender Karies greift.

Die begrenzte Eigenverantwortlichkeit von Kindern und das Subsidiaritätsprinzip ver-

langen eine Schwerpunktverlegung der IP2 Positionen von der Instruktion/Motivierung von Kindern zur Befähigung der Eltern für Nachpflege, Instruktion und Kontrolle im Grundschulalter. Die Beibehaltung der FU-Positionen wird begrüßt.

Die Abschaffung der IP3 muss als schwerster Fehler des neuen BEMA überhaupt gewertet werden und zeugt von einem tiefen Unverständnis präventionspädagogischer Grundsätze: Eine Putzinstruktion oder auch Ernährungsberatung ist ohne zeitnahe Erfolgskontrolle in Wochenfrist wenig wirksam. Erfahren das Kind/die Eltern erst nach 6 Monaten, was es die ganze Zeit immer noch falsch gemacht hat, ist dies nur demotivierend.

b) Sekundärprophylaxe

Kariesfrüherkennung und -behandlung, Vitalitätserhalt, Defektversorgung

Die sehr verbreitete Milchzahnkaries deutet auf eine Unterversorgung wegen fehlender Inanspruchnahme, aber auch unzureichender Betreuung hin. Der neue BEMA bietet Anreize zur Verbesserung durch die risikoabhängige Intensivbetreuung (IP4), aber auch durch die Anhebung der Füllungspositionen. Weitere Anreize sowohl für die Eltern (Sanierungsbonus), aber auch für die Zahnärzte (Sondervergütung zeit- aufwändiger Gewöhnungssitzungen bei Kleinkindern) wären wünschenswert.

¹ Das Thema Zahngesundheit wird schwerpunktmäßig in der Grundschule, letztmalig in der Orientierungsstufe behandelt, leider aber nicht mehr in einem Alter, wo die Kinder Eigenverantwortung und Körperbewusstsein entwickeln

² Nicht die Zahnärzte, nicht das Kind, sondern nur die Eltern können Kinderzähne sicher gesund erhalten. Eltern sind aber nur dann hierzu kompetent, wenn sie eine suffiziente Pflege- technik im eigenen Mund beherrschen.

Die Beibehaltung der Regelungen zur Fissurenversiegelung wird als angemessen betrachtet: sie sind weiterhin nur für Molaren abrechenbar; für erweiterte (minimalinvasive) Versiegelungen ist weiterhin die Parallelabrechnung mit einer Füllung möglich.

Eine zukünftige Ausgrenzung konservierender Leistungen (nach dem „Schweizer Modell“ ab dem 18. Lebensjahr) ist prinzipiell denkbar. Zur Zeit erfüllt der Staat aber auch nicht annähernd die Vorleistungen bezüglich der Prävention bei Kindern/Jugendlichen, die ihn dazu berechtigen würden, von den erwachsenen Bürgern mehr finanzielle Eigenverantwortung einzufordern! Der Zustand bei der Gruppenprophylaxe ist desolat, im Schulalter so gut wie nicht vorhanden, so dass bedeutende Risikogruppen, die den Zahnarzt ja nicht aufsuchen, keinerlei Prophylaxe erhalten. Die schulzahnärztliche Betreuung leidet an zunehmender personeller Verknappung. Die verbindliche Aufnahme einschlägiger Lehrinhalte in die Lehrpläne aller Altersstufen ist nicht gegeben, ein gemeinsames tägliches Zähneputzen nach dem Pausenfrühstück ist zumindest für das Grundschulalter verbindlich zu fordern.

Einzelzahnrestauration

Die Versorgung umfangreicher Defekte ist schon lange nicht mehr in vollem Umfang GKV-Leistung, da die Kosten für eine Einzelkrone nur ca. hälftig übernommen werden. Vorgaben hinsichtlich der Versorgungsform sind angesichts der heute fließenden Übergänge von klassischen Füllungen über Keramik-Composit-Kombinationsversorgungen zu indirekten Versorgungen aus unterschiedlichen Materialien nicht mehr akzeptabel; im Frontzahnbereich sind ästhetisch und funktionell befriedigende Wiederherstellungen auch bei größeren Defekten mit direkten Verfahren möglich bis hin zur direkten „Kunststoffkrone“. Daher wird im Zuge der kommenden Umgestaltungen die Einführung einer neuen Position F5 empfohlen, die direkte Versorgungen mit Wiederherstellung der gesamten Inzisalkante bei Frontzähnen bzw. mehr als einem Höcker bei Seitenzähnen abdeckt. Diese würde zugleich die Bezugsleistung darstellen, nach der (Teil-) Kronenversorgungen bezuschusst werden.

Parodontitisfrüherkennung

Die Einführung der parodontalen Screening-Untersuchung wird begrüßt.

Parodontalsanierung und Rezidivprophylaxe

Die Regelungen bezüglich der Parodontitis-therapie (Priorität geschlossener Verfahren, Begutachtung des Vorbehandlungserfolgs) werden insgesamt begrüßt: Der Erfolg der Parodontalbehandlung ist in hohem Maße von den Eigenbemühungen des Patienten abhängig. Diese bestimmen auch den Umfang der regelmäßigen Nachsorge. Diese wie auch die Mundhygieneberatung bleiben Privatleistung.

c) Tertiärprophylaxe

Ästhetische und kaufunktionelle Rehabilitation durch Zahnersatz

Ein Lückenschluss im sichtbaren Bereich ist aus sozialen Gründen erforderlich. Der Ersatz von Seitenzähnen ist nur in soweit erforderlich, wie er sich ernährungsphysiologisch und zum Erhalt/Schutz der Kiefergelenkstrukturen begründen lässt. Hier konnte nachgewiesen werden, dass eine zur Prämolarenokklusion verkürzte Zahnreihe in der Regel ausreicht. Somit dürfte in Zukunft der Ersatz von Molaren nur noch bei Vorlage besonderer Gründe (z.B. fehlender Prämolare, Kiefergelenkserkrankung, Elongationsgefahr eines wertvollen Antagonisten) als Grundleistung gesehen werden.

Die Grundleistung nur auf herausnehmbare Versorgungen zu beschränken, ist hingegen wissenschaftlich nicht haltbar. Festsitzende Lösungen haben - gerade bei unzureichender Eigenfürsorge - gegenüber klammerverankertem ZE deutlich bessere Langzeitprognosen. Klammerverankerungen sind im Frontzahnbereich weder ästhetisch noch funktionell befriedigend. Für begrenzte anteriore Lücken sind Brücken daher sowohl unter medizinischen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten zu bevorzugen. Bereits heute werden hierfür nur anteilig Kosten übernommen und die Zahl der zu ersetzenden Zähne ist auf 4 pro Brücke begrenzt. Bezüglich Auswahl und Zahl der Ankerzähne sollten die bisherigen Richtlinien weiter gelten. Auch hier wäre ein Zuschuss pro Ankerzahn analog der „F5“ (s. oben) denkbar. Kunststoffverblendete festsitzende Arbeiten sollten aufgrund der ungünstigeren Haltbarkeitsdauer nicht bezuschussungsfähig sein.

Bei stark reduziertem anteriorem Restgebiss ist eine klammerverankerte Prothese medizinisch nicht ausreichend, wenn die Schubkräfte der Sättel die Klammerzähne überlasten. Daher muss auch kombinierter Zahnersatz bezuschussungsfähig bleiben. Die BEMA-Regelungen bezüglich Teleskopen sind unverändert und weitgehend praktikabel. Die vollständige Herausnahme von primären Verblockungen (Geschiebelösungen) hat jedoch zu innerhalb der Richtlinien unlösbaren Fällen geführt: Z.B. können hohe intrudierende Kräfte bei ungünstiger Restzahnverteilung eine Abstützung auf mehr als zwei verblockten Zähnen zwingend erforderlich machen.

Implantationen sollten bei Zahnlosen mit stark reduziertem Tegment, die trotz bereits optimierter Prothesen nicht zurecht kommen, auf der Grundlage von Begutachtungen anteilig bezuschusst werden.

Technische Weiterentwicklungen lassen eine generelle Therapiefreiheit wünschenswert erscheinen, wobei durch Vorgabe entsprechender Gewährleistungsfristen die Langzeitauglichkeit sichergestellt werden muss. Die Möglichkeit der Vorbegutachtung wird ausdrücklich begrüßt.

Wurzelerhalt durch endodontische Behandlung

Die Kostenübernahme endodontischer Behandlungen muss der Einschätzung des kaufunktionellen Nutzens des fraglichen Zahnes folgen. Für Molaren muss zusätzlich eine eingeschränkte Erfolgsprognose in der Größenordnung von 70% berücksichtigt werden. Die Einschränkungen des neuen BEMA bezüglich der Molaren wird daher als moderat und akzeptabel gewertet. Die Verschärfung der Erfolgskriterien in den Richtlinien folgte aktuellen Forderungen der DGZMK und ist zeitgemäß. Aufgrund der vielen unbeeinflussbaren Erfolgsfaktoren kann auch in Zukunft für endodontische Behandlungen keine Gewährleistung verlangt werden.

Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Funktion

Funktionsanalytische Leistungen stellen einen mit vielen Dogmen belasteten Bereich mit begrenzter Evidenz, also auch eingeschränktem Kosten-Nutzen-Verhältnis, dar. Andererseits können Funktionsstörungen massive Beschwerden verursachen, Funktionstherapie mittels Schienen muss daher weiter zur Grundversorgung gehören. Im Bereich der Diagnostik sollte ähnlich dem PSI ein einfaches Funktionsscreening über eine Konsensuskonferenz festgelegt und eingeführt werden.

Gesunderhaltung der Mundschleimhaut

Eine Kontrolle der Schleimhäute wird zusammen mit der Karies- und Parodontitiskontrolle erbracht. Deren Behandlung ist abgesehen von Prothesendruckstellen ein seltenes Ereignis und darf nur auf der Grundlage einer Diagnosedstellung und Begründung erfolgen.

Allgemeine Überlegungen und Forderungen:

1. Es ist im Interesse der Volksgesundheit, dass Kontrolluntersuchungen über alle Altersgruppen hinweg regelmäßig in Anspruch genommen werden. Der neue BEMA berücksichtigt dies in sofern, als dass a) diagnostische Kernleistungen zu zahlungsfrei und auch ohne den Aufwand einer einzureichenden Rechnung erfolgen und b) weiterhin Bonusregelungen Anwendung finden.
2. Auch eine Kinderbetreuung (inklusive der Elternberatung) sollte weiterhin als Sachleistung bzw. durch Direktabrechnung erbringbar sein.
3. Die Beseitigung akuter Schmerzzustände sollte ebenfalls ohne Zuzahlung oder andere Hürden verfügbar sein. Hierzu zählen die Zahnextraktion inklusive Nachsorgebehandlungen, die endodontische Estversorgung pulpitischer Zähne, die Beseitigung von Druckstellen. Die Praxiseintrittsgebühr wird aus diesem Grunde abgelehnt, sie

widerspricht übrigens auch dem Ziel einer kostenfreien Zweitmeinung bei umfangreichen (ZE-)Planungen.

4. Der Kontrollnutzen von Patientenquotierungen wird auch vom DAZ bezweifelt: Die erwünschte Kontrolle erfolgt sicherer bei Kostenerstattung, die aber wie aufgeführt nicht für alle Bereiche sinnvoll ist

5. Um eine größtmögliche Therapiefreiheit zu erreichen, sollten einschränkende Vorgaben für Behandlungsverfahren reduziert werden. Um im Gegenzug qualitätsbelastender Therapiebeliebigkeit entgegenzutreten, kämen erhöhte Gewährleistungsfristen in Betracht. Zweitens sollte ein kostenloses, patientennahes Beratungs- und Begutachtungswesen entwickelt werden, das von Kammern und Kassendachverbänden gemeinsam getragen und weiterentwickelt wird. Vorbegutachtungen sind für den PA- und ZE- Bereich bereits im BEMA verankert.

6. Die eklatante Mehrbelastung für die Patienten muss sozial abgefedert sein. Andererseits sollte die engere Grenzziehung der Mindestversorgung dazu führen, dass nicht mehr der Sozialhilfeempfänger eine Versorgung erhält, die sich andere nicht mehr leisten können.

Dr. Jörg Hendriks

Der neue BEMA – Erste Erfahrungen

Ich meine, rechtzeitig und ausreichend wurde Deutschlands Zahnärzteschaft über die Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen und über die Änderungen der Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung, die sei dem 1. Januar 2004 in Kraft sind, informiert. Und wer glaubt, dass ihm die von den örtlichen KZV'en zur Verfügung gestellten Informationen und Unterlagen nicht ausreichen, findet auf den Internetseiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (www.kzbv.de) noch heute alle Neuerungen in Form von Synopsen, BEMA alt – neu, die hervorragend geeignet sind, Ihnen und Ihren Mitarbeitern die Einarbeitung in den neuen Bema zu erleichtern.

Hinzu kommen die immer wieder aktualisierenden Rundschreiben der KZV'en, die Klarheit verschaffen, wo unterschiedliche Auslegungen möglich sind, beziehungsweise wo der Gesetzgeber praxisferne Regelungen beschlossen hatte. Auch wenn das Thema „Praxisgebühr“ keinen Bezug zum neuen Bema hat, so zeigt gerade dieser Komplex, dass erst die viel zu spät geforderten Probeläufe die Schwachstellen dieses Wahnsinns aufgezeigt haben.

Da war so manche teure und zeitaufwendige Informationsveranstaltung der KZV'en, auf denen oftmals auch nur vom Blatt abgelesen werden konnte, absolut unnötig.

Sicherlich ist es auch nach den ersten vier Monaten noch zu früh, erste Erfahrungen mit dem neuen BEMA schon abschließend zu bewerten. Wir haben noch keine Erkenntnisse, welche finanziellen Auswirkungen die neuen Bewertungszahlen auf die Abrechnung des 1. Quartals 2004 im Bereich konservierende und chirurgische Zahnheilkunde tatsächlich haben, weil diese Quartalsabrechnung noch nicht vorliegt.

Auch im Zahnersatzbereich wurden in den ersten Monaten des Jahres zuerst noch viele Heil- und Kostenpläne nach den alten Richtlinien abgearbeitet. Somit ist es sicherlich zu früh, ein Fazit über die veränderte Situation abzugeben. Erste eigene Erfahrungen und Erkenntnisse sollen Anregung sein, auf der Basis des DAZ-Forums einen Erfahrungsaustausch unter den Lesern zu provozieren, der durchaus hilfreich sein kann bei der Bewältigung der Fragen um die sogenannten außervertraglichen Leistungen und Mehrkostenregelung, die uns der neue BEMA aufzwingt oder ermöglicht.

Ohne zusätzliche Kommentierung möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen aus der geltenden Gebührenordnung für Ärzte lenken. Diese Auflistung von zahnärztlichen Leistungen aus der GOÄ beinhaltet folgende Abschnitte:

I. Abrechnung zahnärztlicher Leistungen aus der geltenden Gebührenordnung für Ärzte.

II. Zahnärztliche Leistungen, die nicht nach der GOÄ, sondern nach dem Bema abgerechnet werden.

III. Zahnärztliche Besuchsleistungen unter Berücksichtigung der GOÄ- Zuschläge.

IV. Abrechnung von Wegegeld und Reiseentschädigungen.

Hier gilt wie so oft, dass man nicht alle Einzelheiten auswendig kennen, sondern wissen muss, wo Infos über Leistungen bei der Abrechnung nachzulesen sind. Die alte GOÄ findet keine Anwendung mehr.

Im übrigen können nur dort Fragen und Probleme auftreten, wo Leistungen, die die Zahnärzte weiterhin erbringen wollen oder müssen, oder die die Patienten als medizinisch sinnvolle Behandlung wünschen, aus dem Leistungskatalog der GKV ganz gestrichen wurden oder nur noch bei bestimmten Konstellationen erbracht werden dürfen. Das erfordert mehr denn je das Gespräch mit dem Patienten, wobei die Zahnärzteschaft gut beraten ist, ein scheinbar gewonnenes Mehr an Liquidationsfreiheit nicht

schamlos auszunutzen. Ich denke dabei stellvertretend an den Wegfall der Begrenzung des Steigerungsfaktors 2,3 bei der Mehrkostenberechnung.

Ich frage aber auch, ob nunmehr eine Vollverblendung der Zähne im sichtbaren Bereich in Zukunft auch ein Mehr an zahnärztlichem Honorar erbringen muss. Da ist die Beantwortung der Frage nach den Möglichkeiten der Berechnung einer zweiten Zahnsteinentfernung unproblematischer. Entweder Sie begnügen sich in der zweiten Sitzung mit dem Kassenhonorar (jetzt 16 Punkte mal Punktwert), oder Sie schrauben die Zeit zurück und liquidieren 18 Punkte mal Punktwert, oder Sie liquidieren nach der GOZ für jeden Zahn, den Sie nun wirklich säubern. Oder Sie überzeugen den Patienten, dass ihm nur eine professionelle Zahnreinigung (PZR) eine Mundgesundheit einbringt, mit der Sie ihm bei regelmäßiger Betreuung gleichzeitig eine längere Gewährleistung der eingegliederten Arbeiten garantieren werden. Ich erinnere an die Selbstverpflichtung im Projekt Qualitätssicherung des DAZ.

Nach Einführung des neuen Bema mit den inzwischen bekannten Veränderungen beim Zahnersatz verleitete der Wegfall der Geschiebepositionen viele Zahnärzte zu der eigenartigen Aussage, nun müsse der Patient die gesamten Kosten selber tragen. Das ist so nicht richtig. Lediglich der Kassenzuschuss entfällt seit Beginn des Jahres. Einen Großteil des Zahnersatzes und auch der manchmal darin enthaltenen Kosten für die Geschiebepositionen hat der Patient schon immer selbst gezahlt. So wird in Zukunft der Zahnarzt auch unter den neuen Bedingungen hochwertigen partiellen Zahnersatz anfertigen können, wenn er sein Honorar in der GOZ den Kassenbedingungen des Vorjahres anpasst und gleichzeitig bei den Material- und Laborkosten bewusster kalkuliert und gegebenenfalls nicht immer die Höchstpreisliste der BEL II ausnutzt.

Ich möchte mich an dieser Stelle nicht in weiteren Einzelheiten des neuen BEMA verstricken. Nehmen Sie sich als Praxisinhaber/in die Zeit und studieren Sie ernsthaft die Teile des BEMA, die für Ihre zahnärztliche Tätigkeit relevant sind. Überlassen Sie nicht das Feld Ihren Mitarbeiterinnen. Zum Beispiel zeigt eine vorläufige Auswertung von Planungsgutachten, dass die meisten Mitarbeiterinnen beim Aufstellen eines HKP's für Brückenzahnersatz nicht zwischen den Positionen 20b und 91b unterscheiden, wenn diese Brücke mehrere Pfeiler hat, die nicht an den fehlenden Zahn angrenzen.

Ich eröffne die Diskussion und bitte um Hinweise und praxisnahe Tipps für das nächste Forum unter:
pnachtweh@t-online.de oder
Fax 030/3255610.

Dr. Peter Nachtweh, Berlin

Zahnmedizin ist Teil der Medizin und der GKV!

Stellungnahme der DAZ-Studiengruppe Berlin-Brandenburg

Die zahnärztlichen Spitzenorganisationen haben im Dezember vergangenen Jahres ihre Forderung nach Ausgliederung der Zahnbehandlung aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erneuert. Sie sehen darin die Zukunft der Zahnärzteschaft und der Patienten. Sie versprechen sich von der Privatisierung eine freiere Berufsausübung mit höheren Honoraren ohne Einschränkung der Therapiemöglichkeiten und ohne staatliche Kontrollen.

Die offiziellen Aussagen der Funktionäre erwecken den Eindruck, die zahnärztliche Basis teile diese Meinung. Dem möchten wir hiermit deutlich und unmissverständlich widersprechen.

Bei Gesprächen in Kollegenkreisen, während der Zusammenkünfte in den Verbänden und auf Fortbildungsveranstaltungen kommt ein anderes Bild zustande. Die Zahnärzte an der Basis sehen mit Entsetzen und Verständnislosigkeit dem Wirken ihrer Funktionäre zu. Sie halten es für schädlich und überflüssig, die Zahnmedizin, die sie als Teilgebiet der Medizin betrachten, von der GKV abzutrennen. Mehr als 75% der Umsätze der Zahnarztpraxen in den neuen Bundesländern und 50% in den alten Bundesländern kommt von den Gesetzlichen Krankenkassen. Jeder Zahnarzt kann mit Blick auf diese Zahlen und seine Praxisbesonderheiten die entsprechenden Schlussfolgerungen ziehen.

Bei einer Umfrage der KZV unter Berliner Zahnärzten im vergangenen Jahr lehnte eine deutliche Mehrheit der Kollegen die

Herausnahme der Zahnheilkunde rundweg ab. Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, wie weit sich die standespolitische Führung auf Bundesebene von der zahnärztlichen Basis entfernt hat.

Auch für die Patienten wird die Situation schön geredet. Die Menschen würden mehr für ihre Mundgesundheit und für Vorbeugung tun, wenn sie die Kosten für ihre Zahnbehandlung spüren würden. Die Privatisierung eröffne den Zugang zu modernen Therapieformen. Der mündige Patient könne sich eine Art Therapie der Wahl zusammenstellen. So die Visionen der Funktionäre.

In den Praxen sieht es dagegen so aus, dass die Patienten, schon verunsichert durch das GMG, die nächsten auf sie zukommenden Neuerungen misstrauisch beobachten. Mehr als früher muss der Zahnarzt die finanzielle Situation des Patienten berücksichtigen. Zeitungsberichten zufolge ist die Zahlungsmoral stark zurückgegangen.

Wir sind gegen die Ausgrenzung der Zahnmedizin aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil

- wir in den vorangegangenen Jahren unsere Patienten im Rahmen der GKV auf angemessenem Niveau behandeln konnten,
- die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen zu erbringen und vom Patienten bezahlen zu lassen, auch innerhalb der GKV schon besteht,

• wir nicht glauben, dass der Ausstieg aus der GKV die finanzielle Situation der meisten Zahnarztpraxen verbessern wird, sondern dass es zu einem Rückgang der Nachfrage kommen wird,

• Leistungsausgrenzungen zur Unterversorgung der Einkommensschwächeren und der Menschen in schwierigen Lebenslagen führen,

• die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ein notwendiger, integraler Bestandteil der Medizin ist und bleiben soll. Dies soll gewährleistet werden sowohl durch die enge Einbindung in die medizinischen Fakultäten der Universitäten als auch durch den bewussten Verzicht auf Schritte, die weg von der Zahnmedizin als einem freien Beruf hin zu einem Gewerbe führen.

• der Begriff „Freier Beruf“ mit der Selbstverpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl und mit der Verantwortung für die Gesundheitsfürsorge verbunden ist und schließlich, weil

• die Zahn- und Mundgesundheit einen wesentliche Voraussetzung für Gesundheit und Lebensqualität darstellt.

DAZ-Studiengruppe Berlin-Brandenburg
Dr. Eva Hübner, Berlin

100 Tage Gesundheitsreform - das Ministerium bringt ein „Schwarzbuch“ heraus

Nach nervenaufreibenden Monaten mit Protesten von Leistungserbringern, Patienten- und Sozialverbänden zieht Bundesgesundheitsministerin Schmidt eine positive Bilanz. An erster Stelle lobt sie die Beitragssatzsenkungen einiger Kassen, denen sie ehrlicher Weise die Beitragserhöhungen, die zum Teil bereits im Vorgriff auf die Reform erfolgten, gegenüberstellen müßte. Vor allem aber müßte Ulla Schmidt die Kostensteigerungen erwähnen, mit denen die Patienten seit Jahresbeginn zusätzlich belastet sind - durch Leistungsausschlüsse, durch mehr Selbstbeteiligung, durch die Praxisgebühr. Hinzufügen müsste sie außerdem noch, dass viele Krankenkassen Millionenberge von Schulden vor sich herschieben. Die werden sicher nicht ohne Zutun der Beitragszahler abgebaut werden können.

Alles in allem hat die Ministerin wahrscheinlich wenig Beifall bekommen für ihr Loblied auf die ersten 100 Reformtage. Wobei viele

Menschen wahrscheinlich sogar Verständnis haben für Sparmaßnahmen. Aber sie haben kein Verständnis dafür, dass ihnen Einschnitte und Mehrbelastung als Erfolg und Entlastung verkauft werden sollen.

Frau Schmidts Staatssekretärin Caspers-Merk hatte da vielleicht schon Publikums- und Presse-Wirksames mitzuteilen als ihre Chefin, als sie das „Schwarzbuch gegen die Gesundheitsreform“ vorstellte. Unter dem Titel „... auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten“ werden auf 68 Seiten verschiedene Dokumente präsentiert, von der E-Mail bis zum Zeitungsausschnitt, die den böswilligen Umgang von Leistungserbringern mit dem neuen Gesetz belegen sollen. Dabei ergibt sich schon bei flüchtigem Durchblättern, dass die Zahnmedizin, obwohl nur eine von zahlreichen Disziplinen, das meiststrapazierte Gebiet des ministeriellen Werkes ist. Tatsächlich kann man diese Erfahrung öfter machen:

bei öffentlicher Schelte stehen die Zahnärzte häufig oben an. Sind sie durchweg die schlechteren Menschen?

Mit Sicherheit nicht. Obwohl sie bzw. ihre Standesvertreter einiges zum angeschlagenen Image der Berufsgruppe beigetragen haben, sollte man sich bestimmte strukturelle Bedingungen ansehen. Zahnmedizin ist zwar nur ein Gebiet der Medizin neben anderen, aber eines, mit dem ganz viele Bürger, ja nahezu alle, regelmäßig konfrontiert sind, wogegen mit anderen Fachgebieten immer nur Untergruppen der Bevölkerung zu tun haben. Zahnmedizin ist - in aller Munde. Gleichzeitig ist sie der Bereich, in dem schon seit längerem hohe Eigenanteile bezahlt werden mussten und müssen. Wo viel Geld aufzubringen ist, entstehen eher Unzufriedenheit und Konflikte, als wenn ganz selbstverständlich alles von der Kasse übernommen wird. Zudem hat die Politik - von den tonangebenden Zahnarztfunk-

tionären immer wieder dazu eingeladen – Zahnmedizin zu ihrem Experimentierfeld gemacht. Mehrfach veränderte und oft nicht bis zu Ende durchdachte Gesetze haben die Bürger verunsichert und begünstigen vorschnelle Verurteilungen. Insgesamt bedeutet der inzwischen in Gang gesetzte Prozess der „Liberalisierung“ der für gesetzlich Versicherte geltenden Regelungen nicht nur den Rückbau des Solidarprinzips. Sondern er bringt es mit sich, dass die „Grauzonen“, in denen die Grenze zwischen Recht und Unrecht verschwimmt, sich ausweiten. Zugleich wächst die Bereitschaft, sich dieser Grauzonen zu bedienen. Wenn's allerdings zu krass wird, dann ist die Empörung immer groß, auch bei denen, die die Graubereiche toleriert oder mit ausgebaut haben.

Aber zurück zum Schwarzbuch des Ministeriums. Die seitenlang ausgebreiteten Beispiele sind uns zum Teil bekannt: Bayerns Zahnärzten hat die eigene KZV empfohlen, die Praxisgebühr auch bei Vorsorgeterminen zu fordern. Zahnärzte haben ihre Patienten gedrängt, sich für Kostenerstattung zu entscheiden. Es wurde der Eindruck erweckt, der Eintrag ins Bonusheft sei nur in Verbindung mit einer Privatleistung möglich. Zahnärzte behaupteten, die Kassenbehandlung sei gegenüber dem Vorjahr verschlechtert (was keine bloße Erfindung ist).

Die spektakulärsten Vorfälle wurden aus Bayern gemeldet, wo es bekanntermaßen zum Einzug eines Staatskommissars in die KZV kam. Neben den bayerischen Zahnärzten sind noch die Kieferorthopäden zu trauriger Berühmtheit gelangt. Seit Jahresbeginn hat sich das Ministerium wiederholt an die Öffentlichkeit gewandt und darauf hingewiesen, dass kieferorthopädische Behandlung weiterhin Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist und als Sachleistung gewährt wird. Kein Patient dürfe zur Kostenerstattung und zu zusätzlichen teuren Privatleistungen gedrängt werden. Es dürfe auch nicht Druck über die Terminvergabe ausgeübt werden, indem an sozialversicherte schulpflichtige Kinder nur Termine während der Schulzeit vergeben werden, während die Nachmittagsstunden für Privatpatienten reserviert bleiben.

Wie das Ministerium in seinem Schwarzbuch kommentiert, handelt es sich nicht um ein Fehlverhalten einzelner Vertreter der Zunft, sondern um „eine bundesweit angelegte, systematische Aktion der Kieferorthopäden mit dem Ziel eines kollektiven Ausstiegs aus der Gesetzlichen Krankenversicherung“.

Wer die Entwicklung während des vergangenen Jahres verfolgt hat, für den war das Vorgehen der Kieferorthopäden keine Überraschung. So lautete der Aufmacher des Kieferorthopädie Info 04/2003: „Kostenerstattung: Der Einstieg in den Ausstieg aus der GKV“. Im Inneren des Heftes, das der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) herausgibt, wird in allen Einzelheiten die Argumentation pro Kostenerstattung und Privatbehandlung ausgebreitet. Und wem das noch nicht

reicht, der kann sich z.B. zu einem BDK-Seminar anmelden „Wie Sie Ihre Patienten für die Wahl der Therapiefreiheit und für ein persönliches Investment begeistern“. Diese Verbandsstrategie hat nur nachrangig mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zu tun. Ihre ideologischen Wurzeln finden sich im seit Jahren vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) propagierten GKV-Ausstiegs-Konzept. Dass aber heute der Zuspruch unter den zu über 90% im BDK organisierten Kieferorthopäden so groß ist, erklärt sich aus vertraglichen Veränderungen, die Mitte 2003 zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den Krankenkassen verabschiedet wurden. Die Kieferorthopäden antworteten mit systematischen Versuchen, Patienten bzw. ihre Eltern zu Privatleistungen zu veranlassen.

Worum ging es? Gemäß einem Gesetzesauftrag aus dem Jahr 2000 wurde der Leistungskatalog für gesetzlich Versicherte, der BEMA, neu strukturiert und modernisiert. Dabei sollte angesichts der schwierigen Finanzlage der GKV kein zusätzliches Geld in die Zahnmedizin gepumpt, sondern nur das vorhandene anders verteilt werden. Die hohen Anteile der KFO-Praxen am gemeinsamen Honorarkuchen waren in der Vergangenheit so manchem Zahnarzt ein Dorn im Auge. Zeitmess-Studien lieferten die Grundlagen für eine neue Gewichtung der zahnärztlichen Kassenleistungen. Die Kieferorthopädie wurde daraufhin in einem Ausmaß abgewertet, das den gemessenen Zeiten entsprechen mag, für einen Betrieb jedoch von heute auf morgen kaum zu verkraften ist. Wieso haben die Kieferorthopäden, über Jahrzehnte hinweg eine Gruppe mit sehr guter Lobby, diese Abwertung hingenommen? Immerhin hatten sie auch Argumente auf ihrer Seite, so ihre deutlich verlängerte Ausbildung und besondere personelle und apparative Aufwendungen.

Es fragt sich, ob hier der Wunsch bestimmter Zahnärztevertreter, die GKV zu einem Auslaufmodell zu machen, mit im Spiel gewesen ist. Die Zahnärzteschaft insgesamt ist schwer zu mobilisieren. Warum nicht an ihrer Stelle die kleine, relativ homogene Gruppe der Kieferorthopäden in den Kampf um Kostenerstattung und Privatisierung schicken – als Speerspitze des GKV-Ausstiegs? Auf jeden Fall kam die Ausweitung der Kostenerstattung auf alle gesetzlich Versicherten wie gerufen. Sie hat nur noch den einen Schönheitsfehler, dass nämlich nicht der Behandler die Kostenerstattung wählt – sondern der Patient.

Das Schlusskapitel des „Schwarzbuches“ ist der Praxisgebühr gewidmet. Da geht es um einen Lebensretter, der medizinische Hilfe brauchte und erst mal auf die Gebühr hingewiesen wurde, und um ein Vergewaltigungsoffer, das mehrere Stunden lang unbehandelt blieb, weil die Klinik erst nach Erhalt der 10 Euro aktiv werden wollte.

Solches Tun wird als ungesetzlich und inhuman kritisiert und soll hier nicht beschönigt werden. Aber die Frage muss erlaubt sein, ob nicht die Erfinder der Praxisgebühr mindestens eine Mitschuld trifft. Der Bericht aus Berlin (Seite 25) zeigt, dass die Gebühr z.B. Menschen mit geringem Einkommen und besonderen Problemen durchaus den Zugang zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erschwert. Solche Fälle findet man in der Dokumentation des Ministeriums nicht und schon gar nicht das Angebot, dass die Praxisgebühr ohne weitere bürokratische Akte ausgesetzt werden könnte.

Nach der „Schwarzbuch“-Lektüre bleibt der Eindruck: mehr Seiten als Inhalt. Da hat jemand ein paar Zeitungsschnipsel und Briefe auf den Scanner gelegt, für eine weiter gehende Analyse hat's nicht mehr gereicht. Weder gibt es Überlegungen zu Ursachen und Hintergründen noch den Versuch, das Geschehen zu quantifizieren. Wenn z.B. bei Millionen von Arzt-Patienten-Kontakten eine Handvoll Negativbeispiele einer bestimmten Art auftreten, dann haben die möglicherweise gar nichts mit Obstruktionsverhalten gegenüber dem GMG, sondern mit auch sonst und in allen Lebensbereichen auftretenden Mängeln bei einzelnen Personen zu tun. Insofern wäre es wichtig, nicht nur einzelne Fälle anzureißen, sondern Zahlen mitzuteilen.

Mit solchen Argumenten soll Fehlverhalten von Beteiligten im Gesundheitssystem nicht beschönigt werden. Seitdem die Verteilungskämpfe zunehmen, wird mit immer rauheren Bandagen gekämpft. Und die im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung Tätigen muss bedenklich stimmen, dass gerade die Beschwerden gegenüber Zahnärzten (einschl. Kieferorthopäden) so zahlreich und massiv sind. Auch wenn es der Ministerin gelegen kommen mag, mit der Kritik an den Leistungserbringern von manchen Unzulänglichkeiten der Gesundheitsreform abzulenken, enthebt das die Zahnärzte nicht der Mühe, sich mit den berichteten Fakten auseinanderzusetzen und über Abhilfe nachzudenken.

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Zusatz nach Redaktionsschluss: Nachdem das Ministerium zunächst sein „Schwarzbuch“ per Pressekonferenz und Internet ausgiebig zu verbreiten suchte, wurde es plötzlich zurückgezogen. Offensichtlich ist inzwischen auch den politisch Verantwortlichen im BMGS klar geworden, dass sich mit einem solchen Konglomerat zufällig zusammengelaubter, ungeprüfter und weitgehend unkommentierter Meldungen eher der Absender disqualifiziert, als dass seine Kritik ernst genommen werden kann. Ich persönlich habe es als Zumutung empfunden, dass eine oberste Bundesbehörde überhaupt mit einem formal und inhaltlich so unzulänglichen Produkt vor die Öffentlichkeit tritt. Es ist, wie gesagt, jetzt vom Tisch. Meinen Forum-Beitrag ziehe ich jedoch nicht zurück, weil es in ihm um meines Erachtens problematische Entwicklungen im zahnärztlichen Bereich geht, die - auch ganz unabhängig vom „Schwarzbuch“ - Beachtung erfordern.

Zahnmedizinische Prophylaxe

- ein Erfolgsmodell ohne Altersgrenzen

Vor gut 100 Jahren in Dresden durchgeführte zahnärztliche Reihenuntersuchungen ergaben, dass 97% aller untersuchten Kinder an Karies litten. 31,7% aller untersuchten Zähne waren kariös und im Durchschnitt wies jedes Kind 7,7 kariöse Zähne auf [1]. Auch wenn die Untersuchungen in methodischer Hinsicht dem oralepidemiologischen Standard unserer Tage nicht entsprachen, zeigten sie doch das enorme Ausmaß der Erkrankung. Eine andere Information aus Berlin-Neukölln des Jahres 1912 bezeugt noch dramatischere Verhältnisse: Danach konnten 28,8% der Kinder wegen Zahnschmerzen nicht richtig schlafen [2].

Erfolge und Defizite der Kariesprophylaxe

Vor diesem Hintergrund sind die Erfolge der modernen Kariesprophylaxe beträchtlich. Die letzte deutschlandweite Erhebung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) [3] ergab für Zwölfjährige eine durchschnittliche Kariesprävalenz von 1,2 DMFT, was allein für die zurückliegenden elf Jahre einem Rückgang von 70% entspricht. Immerhin 42% der Zwölfjährigen haben heutzutage ein kariesfreies Gebiss [3, 4]. Viele Faktoren dürften zu diesem Erfolg beigetragen haben. Neben der zunehmenden Verbreitung von fluoridhaltigem Speisesalz, das im Jahre 2003 in Deutschland einen Marktanteil von über 60% erreicht hat, sind die Fissurenversiegelung als wirksames Instrument der Individualprophylaxe sowie die Fluoridierung im Rahmen der Gruppenprophylaxe zu nennen. Möglicherweise hatten auch andere präventive Maßnahmen, wie die Gesundheitserziehung im Rahmen von Gruppen- und Individualprophylaxe und das vergrößerte Angebot zahnfreundlicher Süßwaren (Logo: Zahnmännchen mit Schirm), einen Einfluss auf die Kariesentwicklung. Er dürfte allerdings vergleichsweise gering gewesen sein.

Angesichts des dramatischen Kariesrückganges der letzten Jahre mit dem daraus resultierenden hohen Niveau oraler Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen könnte man annehmen, dass die Karies in dieser Altersgruppe weitgehend besiegt ist und dass weitere präventive Anstrengungen nicht mehr erforderlich sind. So verlockend diese Vorstellung in Zeiten leerer Kassen ist, so gefährlich ist sie auch. Angesichts weiter bestehender kariogener bzw. kariestfördernder Einflussfaktoren wie hohem Zuckerkonsum und unzureichender Mundhygiene muss davon ausgegangen werden, dass die Karies zwar weitgehend „unter Kontrolle“ ist, aber keineswegs endgültig besiegt. Deshalb ist zu befürchten, dass das Kariesniveau sofort wieder ansteigt, wenn die präventiven Maßnahmen nicht mit der gleichen Konsequenz wie bisher weiter verfolgt werden.

Bei den Erwachsenen ist die Entwicklung leider nicht so günstig wie bei den Kindern

und Jugendlichen. Nach der letzten bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat es, gemessen an dem DMFT, in den letzten 20 Jahren keinen Rückgang der Karies gegeben [5]. Im Jahre 1978 lag der durchschnittliche DMFT für 35- bis 44-Jährige in der damaligen Bundesrepublik bei 17,0, während er in der DDR im Jahre 1979 bei 14,1 lag. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Einwohnerzahlen der damaligen beiden deutschen Staaten ergibt sich daraus ein gewichteter Mittelwert von etwa 16,4, was ziemlich exakt dem im Jahre 1999 für das vereinte Deutschland gefundenen Wert von 16,1 DMFT entspricht [5]. Für die Gruppe der 65 bis 74-Jährigen wurden im Jahre 1999 erstmals bevölkerungsrepräsentative Daten erhoben. Diese ergaben, dass von den zu Grunde gelegten 28 Zähnen bei dieser Altersgruppe 23,6 kariös geschädigt waren (DMFT) [6]. Diese Daten zeigen, dass in der Kariesprävention bei Erwachsenen und älteren Menschen ein erheblicher Handlungsbedarf besteht. Falsch wäre es, zu glauben, man bräuchte nur zu warten, bis die Präventionserfolge aus dem Kindes- und Jugendalter in das Erwachsenenalter „hineingewachsen“ seien, denn es spricht vieles dafür, dass die Erfolge der Prophylaxe verloren gehen, wenn sie nicht kontinuierlich lebensbegleitend fortgesetzt wird [7].

Welche präventive Strategie ist die richtige?

Häufig wird die Argumentation für Prophylaxe mit gesundheitsökonomischen Argumenten unterlegt. Gemeinhin herrscht in der Bevölkerung der Glaube vor, dass Prävention preiswerter als Therapie sei, weshalb die Befürworter der Prävention dieses Argument gerne benutzen. Es ist aber ein zweischneidiges Argument. Erstens ist Prävention nicht generell preisgünstiger als Therapie. Ein Beispiel hierfür ist die Totalprothese, die deutlich weniger kostet als jahrzehntelange Individualprophylaxe und in der Regel nur geringe Folgekosten verursacht. Zweitens ist es unethisch, Gesundheit gegen Krankheit auszuspielen, was eine ökonomisch akzentuierte Argumentationsweise zwangsläufig mit sich bringt. Eine solche Argumentation wird schließlich in der Frage münden: „Bis zu welchem Lebensalter lohnt es sich noch, in die Gesundheit eines Menschen zu investieren?“ So zynisch diese Sichtweise klingt, die Anfänge ihrer Realisierung sind in manchen Ländern schon gemacht und werden auch in Deutschland diskutiert. Als Mediziner sollten wir uns an dieser Diskussion nicht beteiligen. Wir sind für die Gesundheit der Bevölkerung verantwortlich und nicht für die Finanzen. Deshalb sei hier ein Wort des englischen Sozialepidemiologen Geoffrey Rose zitiert: „Es ist besser gesund zu sein als krank oder tot. Das ist der Anfang und das Ende des einzig wahren Arguments für Präventivmedizin. Es ist ausreichend.“ [8]. Andererseits sind wir natürlich verpflichtet,

verantwortungsbewusst mit den Ressourcen der Allgemeinheit umzugehen. Deshalb müssen wir, wenn es mehrere gleichwertige Möglichkeiten gibt, Gesundheit zu schaffen oder zu erhalten, die preisgünstigste auswählen. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Kosten-Kosten-Effizienz der verschiedenen Organisationsformen der Prophylaxe. Es ist also dargestellt, wieviel Kosteneinheiten in der Therapie durch die Investition einer Kosteneinheit in der Prophylaxe gespart werden können. Demnach ist die Kollektivprophylaxe durch Trinkwasserfluoridierung oder fluoridiertes Speisesalz am effizientesten. Mit einem Euro, der hier investiert wird, können zwischen 30 und knapp 80 Euro in der Therapie gespart werden [9, 10]. Etwas niedriger liegt die Kosten-Kosten-Effizienz, die von der British Fluoridation Society berechnet wurde. In Newcastle konnten durch den Einsatz von durchschnittlich 0,45 Euro in der Trinkwasserfluoridierung die Therapiekosten bei fünfjährigen Kindern um über 11 Euro gesenkt werden, entsprechend einem Kosten-Kosten-Quotienten von ca. 25 [11]. Immer noch deutlich zu Gunsten der Prophylaxe, wenn auch auf niedrigerem Niveau, fällt die Berechnung dieser Relation für die Gruppenprophylaxe aus. Hier können zwischen 2,4 und 5,1 Euro in der Therapie mit dem Einsatz eines Euro in der Prävention eingespart werden. Es gibt sogar ein Beispiel für Gruppenprophylaxe mit noch günstigerer Kosten-Kosten-Relation. Marthaler hat berechnet, dass in der Schweiz bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr Therapiekosten in Höhe von 1050 Schweizer Franken durch den Einsatz von etwa 100 Sfr in der Gruppenprophylaxe gespart werden können [12]. Das entspricht einem Kosten-Kosten-Quotienten von 10,5 und erreicht fast die Effizienz der Kollektivprophylaxe. Weit weniger günstig fallen derartige Berechnungen für die Individualprophylaxe aus. Nach Saekel [10] fällt ihre Kosten-Kosten-Bilanz mit einem Quotienten von 1,1 bis 2,1 nur noch knapp zugunsten der Prävention aus. Rübiger sieht sie hingegen mit Quotienten von 0,71-0,87 schon knapp im Minus [9]. Derartige Berechnungen dürfen jedoch keinesfalls den Stellenwert der Individualprophylaxe in Frage stellen. Vielfach ist sie nämlich das einzige Instrument, mit dem sich Zahngesundheit erreichen lässt und darf deshalb - wenn Gesundheit grundsätzlich als schützenswertes Gut anerkannt wird - nicht nur an verhinderten Kosten gemessen werden. Die Frage, welche präventive Strategie die richtige ist, kann also mit „die preisgünstigste“ beantwortet werden, wenn Alternativen zur Verfügung stehen. Andererseits kann es auch vernünftig sein, präventive Maßnahmen zu ergreifen, die im Vergleich zur Therapie sogar kostenintensiver sind, nämlich dann, wenn es keine Alternative zum Erreichen von Gesundheit gibt.

Welche Zielgruppen eignen sich für die Gruppenprophylaxe?

Gruppenprophylaxe ist grundsätzlich immer da möglich, wo Menschen in Gruppen zusammen kommen. Schulen und Kindergärten sind naturgemäß als erstes zu nennen, weil dort prinzipiell alle Kinder

bis zum Ende der Schulpflicht präventiv betreut werden können. Wahrscheinlich gibt es noch einen zweiten Grund, weshalb die Gruppenprophylaxe ganz besonders auf Kindergärten und Schulen fokussiert ist. Es ist die Annahme, dass das Erlernen präventiven Verhaltens und die Anwendung präventiver Maßnahmen im Kindesalter lebenslange Zahngesundheit ermöglichen. Diese Annahme stimmt jedoch nur teilweise. Heute hat sich der Erkenntnis durchgesetzt, dass lebenslange orale Gesundheit nur durch lebenslang ausgeübte präventive Maßnahmen gewährleistet werden kann. Die in Deutschland eingeführte kollektive Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz erreicht automatisch alle Altersgruppen, reicht jedoch für die vollständige Kariesprophylaxe nicht aus. Deshalb müssen zusätzliche Maßnahmen Anwendung finden und es lohnt sich angesichts der oben ausgeführten Effizienz-Berechnungen darüber nachzudenken, welche Bevölkerungsgruppen außer den Kindern mit der Gruppenprophylaxe erreicht werden können.

Gruppenprophylaxe bei Senioren

Nach der Berliner Altersstudie leben ca. 8,4% der über 69-Jährigen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe [13]. Auf Deutschland hochgerechnet entspricht das ca. 950.000 Menschen, die als Zielgruppe für die Gruppenprophylaxe grundsätzlich in Frage kommen. Hinzu kommen ca. 570.000 Personen, die in Pflegeheimen leben [14]. Angesichts der demographischen Entwicklung ist in Deutschland in den kommenden Jahren mit einer deutlichen Zunahme dieser Zahlen zu rechnen [14].

Da alte und pflegebedürftige Menschen die zur Vorbeugung von Karies und Parodontitis erforderlichen Maßnahmen häufig nicht mehr selbst ausüben können, erscheint es sinnvoll, sie im Rahmen der Gruppenprophylaxe zu betreuen. Welche Maßnahmen kommen dafür in Frage? Nach Powell et al. werden heutige Empfehlungen für Prophylaxeprogramme bei älteren Menschen von Studien an Kindern extrapoliert [15]. Dies erscheint angesichts der völlig verschiedenen Ausgangssituationen bei Kindern und alten Menschen jedoch nicht gerechtfertigt.

Welche Programme sind effizient?

Schou et al. haben in einem Heim mit 201 Bewohnern, die im Durchschnitt 82 Jahre alt und allesamt Prothesenträger waren, dreimal im Abstand von jeweils einem Monat ein Programm zur Gesundheitserziehung durchgeführt [16]. Diese Maßnahme erfolgte jeweils in Gruppen zu fünf bis sechs Personen und richtete sich entweder nur an die Heimbewohner (Gruppe A), nur an die Betreuer (Gruppe B) oder die Betreuer und die Heimbewohner zusammen (Gruppe C). In einer Kontrollgruppe D erfolgte überhaupt keine Gesundheitserziehung. Vor Beginn (T1) und 2 Monate nach Ende des Programms (T2) fanden eine

zahnärztliche Untersuchung sowie ein

Interview statt, um den Erfolg des Programmes an Hand klinischer (Mundhygiene, Prothesenstomatitis) und kognitiver Parameter zu bestimmen. Zwischen den vier Gruppen konnte kein Unterschied bezüglich Mundhygiene und Prothesenstomatitis gefunden werden. Die Prävalenz der Prothesenstomatitis war zum Zeitpunkt T2 signifikant höher als zu T1. Nur die Hälfte der Probanden konnte sich zu T2 an das Programm erinnern, mehr als die Hälfte davon wusste wiederum nicht, ob sie das Programm gut fanden oder nicht. Die Studie zeigte also alles in allem keine Wirksamkeit der untersuchten Programme zur Gesundheitserziehung. Die Untersucher zogen aus diesen Ergebnissen die Schlussfolgerung, dass eine Differenzierung zwischen Patienten mit und ohne geistige Einschränkung wichtig sei. In einer anderen Untersuchung verglichen Powell et al. die Wirksamkeit verschiedener Prophylaxemaßnahmen mit der Effektivität von Gesundheitserziehung [15]. Es handelte sich hierbei um 297 bezahnte Heimbewohner im Alter von über 60 Jahren, die auf fünf Gruppen aufgeteilt über einen Zeitraum von drei Jahren verschiedenen Programmen unterzogen wurden. In den fünf Gruppen wurden folgende Maßnahmen realisiert:

1. konventionelle Betreuung ohne Prophylaxe (Kontrollgruppe)
2. Gesundheitserziehung zweimal pro Jahr für jeweils zwei Stunden
3. wöchentliche Spülung mit Chlorhexidin 0,12%
4. 1. plus Applikation von Fluorid-Lack (5% NaF) zweimal pro Jahr
5. 2. plus zweimal pro Jahr deep scaling

Als Ergebnis zeigte sich für die gepoolten Gruppen 3-5 im Vergleich zu den Gruppen 1 und 2 in Bezug auf die Kronenkaries ein relatives Risiko von 0,73 und für Wurzelkaries von 0,77. In beiden Fällen wurde eine statistische Signifikanz knapp verpasst. Es kann jedoch davon gesprochen werden, dass sich zumindest eine Tendenz zu Gunsten der Programme 3-5 zeigte.

Deutlicher war das Ergebnis in einer anderen Studie, in der bei 116 bezahnten Heimbewohnern alle sechs Monate eine professionelle Zahnreinigung incl. Scaling und Wurzelglättung durchgeführt wurde [17]. Darüber hinaus wurden die Pflegekräfte 45 Minuten lang von einer DH in Prävention geschult. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ergab sich in der Beobachtungszeit von 18 Monaten bei der Sekundärkaries ein statistisch signifikant geringerer Zuwachs von 2,7 Prozentpunkten (Baseline: 3,1% der Risikoflächen kariös; Abschlussuntersuchung: 5,8% der Risikoflächen kariös) im Vergleich zu 8,5 in der Kontrollgruppe (Baseline: 4,4%; Abschluss: 12,9%). Bei der aktiven Wurzelkaries wurde in der Testgruppe ein signifikanter Rückgang festgestellt (von 19,4% auf

15,3%), während in der Kontrollgruppe keine Veränderung zu beobachten war. Wallace et al. konnten in einer Studie an älteren Menschen über 48 Monate zeigen, dass mit täglichen Fluoridspülungen (0,05%) oder der halbjährlichen Anwendung eines Fluoridgels (1,2%) die Inzidenz der Wurzelkaries im Vergleich zu einer Placebogruppe deutlich reduziert werden kann [18]. Während der Karieszuwachs in den beiden Testgruppen nur bei 0,26 bzw. 0,27 DMFS lag, betrug der entsprechende Wert in der Placebogruppe 0,91 DMFS. Die Wirksamkeit einer täglich angewandten Fluoridspüllösung konnte auch von Überschär und Günay in einer Studie über 16 Monate belegt werden [19]. Während in der Placebogruppe der Root Caries Index (RCI) um 15,7% zunahm, waren es in der Testgruppe nur 6,0%.

Schlussfolgerungen

Aus den hier dargelegten Fakten ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Eine steigende Zahl von Menschen in Alten- und Pflegeheimen macht deren organisierte oralpräventive Betreuung wünschenswert, die derzeit nicht bzw. kaum existiert.
- Evidenzbasierte Maßnahmen zur Kariesprävention in Gruppen bei alten Menschen sind vorhanden.
- Gesundheitserziehung ist bei alten Menschen mit eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit nicht zielführend.
- Wirksame präventive Maßnahmen bei alten Menschen (Hauptproblem Wurzelkaries) sind
 - o Fluoridspüllösung (0,05%) 1-2x/Tag
 - o Fluoridgel (1,2%) 2x/Jahr
 - o PZR incl. deep scaling und Wurzelglättung (risikoorientiert)
- Weitere Maßnahmen wie die wöchentliche Spülung mit Chlorhexidin (0,12%) und die halbjährliche Anwendung eines Fluoridlackes (5% NaF) sind in ihrer Wirksamkeit noch nicht abschließend belegt.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer
 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
 (Leiter: Prof. Dr. W. H.-M. Raab)
 Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf

Tel.: 0211-811 9880
 Fax: 0211-811 9244
 Email: zimmer@med.uni-duesseldorf.de

Eine umfangreiche Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden.

Privat-Dozent Dr. Stefan Zimmer

Kosten-Kosten-Effizienz für verschiedene Organisationsformen der Prophylaxe.

	Kollektivprophylaxe	Gruppenprophylaxe	Individualprophylaxe
Saekel 2003 [10]	78,6	5,1	1,1-2,1
Raebiger 1989 [9]	Ca. 30	2,4-3,85	0,71-0,87

Ein Erfolg für den DAZ:

Kariesprophylaxe beim Essen findet immer mehr Zuspruch

Fluoridiertes Speisesalz jetzt das am meisten gekaufte Haushaltssalz

Immer mehr Bundesbürger machen von der Möglichkeit der Kariesprophylaxe direkt beim Essen Gebrauch, wie dies mit fluoridiertem Speisesalz möglich ist. Denn auch 2003 ist der Anteil dieses Salzes am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz um weitere fünf Prozent auf jetzt insgesamt rund 60 Prozent gestiegen. 12 Jahre nach Einführung dieses Salzes, das als Jodsalz mit Fluorid erhältlich ist, verwendet somit mindestens jeder zweite Haushalt dieses gesundheitsfördernde Kombinationssalz.

Nach Angaben der deutschen Salzindustrie ist Jodsalz mit Fluorid heute in jedem Lebensmittelgeschäft erhältlich. Einzelne Discounter führen sogar nur dieses Salz. Doch auch in anderen Geschäften steht Jodsalz mit Fluorid dominant im Regal, sodass Verbraucher bevorzugt danach greifen. Preisunterschiede, die noch vor Jahren kaufentscheidend sein konnten, spielen nach Angaben der Salzhersteller heute keine Rolle mehr, da Salz allgemein sehr preiswert ist und der Kunde sich mit Jodsalz mit Fluorid zugleich ein Speisesalz mit doppeltem Gesundheitsnutzen ins Haus holt.

Mitentscheidender Faktor für den steilen Aufwärtstrend von Jodsalz mit Fluorid dürften nach Ansicht der Informationsstelle für Kariesprophylaxe u. a. die seit März 2000 gültigen Fluoridzufuhrempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sein, die als Basisempfehlung die kombinierte Verwendung von fluoridierter Zahnpasta und fluoridiertem Speisesalz beinhalten. Doch auch die Empfehlungen von Zahn- und Kinderärzten, von Prophylaxekräften, Ernährungsberatern, Medien und anderen Multiplikatoren beeinflussen die positive Entwicklung dieses Salzes seit Jahren wesentlich.

Ein kariesvorbeugender Effekt geht nach Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer, dem Sprecher des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, vor allem von der lokalen Wirkung von fluoridiertem Speisesalz aus, da die darin enthaltenen Fluoride bereits während des Essens mit den Zähnen in Kontakt kommen. Dies bewirkt, dass die Widerstandsfähigkeit der Zähne gegen zahnschädliche Säuren gestärkt wird und sie durch Einlagerung von Mineralien ständig von neuem „remineralisiert“ werden.

Aufgrund der vorliegenden klinischen Erfahrung ist davon auszugehen, dass bei täglicher Zufuhr von fluoridiertem Speisesalz in Kombination mit der täglichen Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta in den empfohlenen Dosierungen eine Hemmung des Karieszuwachses bis zu 50 Prozent erreicht werden kann. Die Wirkung hängt dabei im Einzelfall u. a. vom individuellen Kariesrisiko ab und inwieweit eine gewissenhafte und regelmäßige Zahnpflege und Fluoridzufuhr befolgt wird.

Jodsalz mit Fluorid trägt aber gleichzeitig auch zur Verbesserung der Jodversorgung bei, die nach Angaben des Arbeitskreises Jodmangel in Deutschland erst zu zwei Dritteln gedeckt ist. Jod wird von der Schilddrüse zur Produktion der lebensnotwendigen Schilddrüsenhormone benötigt, die wiederum wesentlichen Einfluss auf viele Stoffwechselfvorgänge und somit auf die Gesundheit und das Wohlergehen haben. Allein schon aus diesem Grund empfehlen Experten im Haushalt die ausschließliche Verwendung von Jodsalz mit Fluorid.

DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Groß Gerau

Statement des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle Kariesprophylaxe) zur Bedeutung der Fluoridprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz und fluoridhaltigen Zahnpasten

Aufgrund der vorliegenden klinischen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass bei täglicher Zufuhr von fluoridiertem Speisesalz in Kombination mit der täglichen Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta in den empfohlenen Dosierungen eine Hemmung des Karieszuwachses in Größenordnungen bis zu 50% erreicht werden kann. Die Wirkung im Einzelfall hängt dabei ab u.a. vom individuellen Kariesrisiko sowie der Qualität und Quantität der individuellen Compliance.

Generell ist davon auszugehen, dass **die kombinierte Gabe fluoridierten Speisesalzes und fluoridierter Zahnpasta die wesentliche Basis für eine gleichermaßen effektive wie effiziente Kariesprophylaxe unter bundesdeutschen Rahmenbedingungen** darstellt und einen höheren Grad an Kariesfreiheit bewirkt als eine der genannten Maßnahmen allein. Eine Ausweitung der Personengruppen, die sowohl von der täglichen Anwendung fluoridierten Speisesalzes (bislang ca. 60%) als auch der täglichen Mundhygiene mit fluoridhaltigen Zahnpasten (bislang ca. 90%) profitieren, ist daher aus fachlicher und gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll und erstrebenswert. Die Fokussierung auf die genannten Maßnahmen scheint nicht zuletzt auch deswegen gerechtfertigt, weil auf diese Weise alle Bevölkerungsschichten, unabhängig von Alter, sozialem Status und Kulturkreis, erreicht werden. Das bestehende hohe Niveau an Kariesfreiheit bei bundesdeutschen Kindern und Jugendlichen bleibt so auch künftig erhalten. Zusätzlich werden die Voraussetzungen für eine Verbesserung der Mundgesundheit bei Erwachsenen und Senioren optimiert, eine auch angesichts der demographischen Entwicklung dringende Notwendigkeit!

Buchbesprechungen

Rudolf Beer, Michael A. Baumann und Andrej M. Kielbassa
Taschenatlas der Endodontie
 233 Seiten, 780 Abbildungen
 Georg Thieme Verlag, 2004
 34,95/SFr 57,80
 ISBN 3-13-125381-9

Dieser vor kurzem herausgegebene Taschenatlas besticht durch sein ausgefeiltes didaktisches Konzept, denn für die 110 Themen wurde jeweils eine Doppelseite verwendet. So befinden sich auf der linken Seite die knapp formulierten, instruktiven Texte und auf der rechten Seite die makellose Grafiken und Fotos von hohem Informationsgehalt.

Jede Bildtafel in diesem Taschenatlas der Endodontie erweckt derart das Interesse, dass der Blick des Betrachters unwillkürlich auf den linksseitigen Text gelenkt wird. Als Beispiel für den hohen Informationsgehalt möchte ich nur die Seiten 138 und 146 erwähnen, wo die maschinelle Wurzelkanalaufbereitung mit Profile und Protaper Schritt für Schritt beschrieben u. n. d. kritisch gewürdigt wird. Eine derart verständliche und logisch nachvollziehbare Beschreibung dieser Aufbereitungssysteme ist nicht einmal dem Hersteller Maillefer mit seinen DIN A 5 großen (wirren) Faltblättern gelungen. Die Autoren dieses Taschenatlas' benötigen jeweils nur eine Doppelseite im Taschenbuchformat - und der Leser ist im Bilde! Unvoreingenommen geben die Autoren auch ihre Erfahrungen weiter, in welchen schwierigen Situationen der Wechsel in ein anderes Kanalaufbereitungssystem oder Material sinnvoll ist.

Das Inhaltsverzeichnis ist in 11 farbig markierte Gruppen unterschiedlichen Umfangs unterteilt, beginnend (selbstverständlich) mit Histologie des Endodonts, Diagnostik usw., und schließt mit den Themen: Revision von Misserfolgen und postendodontische Versorgung. In diesem Atlas werden alle relevanten, modernen optischen und maschinellen Hilfsmittel und Materialien sowie auch „Althergebrachtes“ kritisch gewürdigt.

Vermisst habe ich ein Stichwortverzeichnis der (anglo-) amerikanischen Fachausdrücke und deren deutsche Interpretation, denn ein Englisch-Lexikon gibt uns nicht immer das wieder, was amerikanische Kollegen darunter verstehen. Beispielsweise wird der Begriff „Flare-up-Rate“ im Kapitel „antibakterielle Zwischeneinlagen“ in Langenscheidts 900-seitigem English-Power-Dictionary mit „aufflammen, auflodern“ wiedergegeben. Wenn ich den Text im vorliegenden Buch aber richtig interpretiere ist dabei eher ein „nichtaufflackern“ gemeint. Wozu beispielsweise soll auch die Verbreitung eines so anspruchsvollen Wortes, wie „Nightguard-vital-Bleaching“ gut sein, wenn dieses (das ist wohl damit gemeint) „Home-Bleaching“ ohnehin

auch am helllichten Tag und bei avitalen Zähnen angewandt werden kann.

Abgesehen von diesem zu verschmerzenden Mangel ist dieser Taschenatlas der Endodontie eine großartige Hilfe, die eigenen Kenntnisse und Arbeitsweisen kritisch zu überprüfen um endodontische Behandlungen in Zukunft mit noch größerem Erfolg durchzuführen.

Dr. Steffen Wander, München

Wolfgang Stelzenmüller, Jan Wiesner Therapie von Kiefergelenkschmerzen

286 Seiten, 388 Abbildungen, 69 Tabellen
gebunden Georg Thieme Verlag, 2004
119.-/SFr 181. ISBN 3-13-131381-1

Im selben Verlag ist bereits erschienen das Werk "Kiefergelenkschmerzen?", von Axel Bumann und Ulrich Lotzmann. Nunmehr präsentieren der Physiotherapeut Wolfgang Stelzenmüller und der homöopathisch tätige Zahnarzt Jan Wiesner mit 5 weiteren kieferorthopädisch und kieferchirurgisch tätigen Co-Autoren ihren multidisziplinären Ansatz und ihre Behandlungskonzepte für Zahnärzte, Kieferorthopäden und Physiotherapeuten. Die sieben Autoren möchten ihre jahrelangen Erfahrungen auf diesem Gebiet jenen Praktikern vermitteln, die sich mit der Diagnostik und der Therapie des temporomandibulären Gelenkes beschäftigen. Es wird ein schlüssiges Gesamtkonzept vorgelegt, welches auch dem Einsteiger erlaubt, die Gesundheit des Kiefergelenkes im Einklang mit den übrigen funktionellen Systemen des Körpers zu bringen. Aber auch HNO-Ärzte und Neurologen werden vieles in neuem Licht sehen und möglicherweise jahrelang gehegte Überzeugungen in Frage stellen müssen. Der Zahnarzt Jan Wiesner behandelt in drei Kapiteln die Grundlagen der Schmerzdiagnostik, der Therapie kranio-mandibulärer Dysfunktionen und die Organisation der zahnärztlichen Behandlung, während die Kieferorthopädin Claudia Ricken parallel dazu über die Diagnostik von Erkrankungen des Kiefergelenkes und deren kieferorthopädische Behandlungsmöglichkeiten informiert. Es folgt ein 12 Seiten langer Überblick über chirurgische Behandlungskonzepte von Dysgnathien der chirurgisch tätigen Autoren Rolf Davids und Wolfgang Kater. In vier nachfolgenden, größeren Kapiteln beschreibt der Physiotherapeut Wolfgang Stelzenmüller seine fachlichen Ansätze bei der Behandlung der CMD mit Befund-, Dokumentations- und Funktionsanalysebogen FAL 2 sowie zahlreiche Anwendungsbeispiele. Bemerkenswert hierbei, dass der Autor auch die Verordnungsmöglichkeiten durch den Zahnarzt nicht außer Acht lässt. Im wahrsten Sinn des Wortes erfährt der Leser von Kopf bis Fuß alles, was für eine CMD-Erkrankung Relevanz hat. Fast am Ende des Buches

folgen noch eine zehnteilige Abhandlung der Kieferorthopäden Douglas E. Toll und Matthias Hoffmann zu bildgebenden Verfahren mit besonderer Hervorhebung der Magnetresonanztomographie und zu guter Letzt sieben Fallbeispiele aus der Praxis, geschildert von W. Stelzenmüller und J. Wiesner.

Abgesehen von den hervorragenden Fotos, Grafiken, Tabellen, Formularen und Checklisten sind besonders die im Text eingblendeten Felder hervorzuheben: rosa für „Mögliche Fehlerquellen“ und gelb umrandet für „Praxishinweis“.

Das Buch ist spannend, reizt zu Widerspruch und medizinischem Disput.

Dr. Steffen Wander, München

Farbatlanten der Zahnmedizin Herbert F. Wolf, Edith M. und Klaus H. Rateitschak Parodontologie

3. erweiterte und überarbeitete Auflage,
Thieme Verlagsgruppe 2004
532 Seiten, 1870 meist farbige Abb., Leinen
ISBN: 3-13-655603-8
Preis: 229 Euro, 345 CHF

Muss man ein Buch empfehlen, das zu den »schönsten Büchern der Bundesrepublik« gewählt wurde (1984) und 1986 in Amerika »Winner of the Medical Book Awards Competition« war? Man sollte es, um es auch denjenigen Kollegen ans Herz zu legen, die bisher möglicherweise vom hohen Preis abgeschreckt wurden. Um es vorweg zu nehmen: Kann man schon die ganze Reihe der Thieme »Farbatlanten der Zahnmedizin« als S-Klasse zahnmedizinischer Fachbücher bezeichnen - das betrifft die Bildausstattung (1800) und exzellenten Grafiken ebenso wie das ästhetische Layout und den verständlichen Text - so ist es besonders dieser Band, der in der 3., vollständig überarbeiteten und erweiterten Auflage von Inhalt und Ausstattung her seinem stolzen Gewicht von 4 kg entspricht. Ein sehr detaillierter umfangreicher Teil befasst sich mit der Strukturbiologie, der Ätiologie und Pathogenese von Gingivitis und Parodontitis. Es folgen fast 100 Seiten über Erkrankungsformen, Diagnostik und Prophylaxemöglichkeiten. Und im Bereich der Therapie wird alles dargestellt, was man als Prophylaxehelferin, Zahnarzt oder Oralchirurg gegen Parodontalerkrankungen tun kann - von der Initialbehandlung durch die Zahnbürste des Patienten selbst bis zur Rezessionsdeckung mit Bindegewebs-transplantaten oder durch GTR. Dazu gehört auch die bildliche Darstellung aller notwendigen Instrumente wie Nahtmaterial, Schienen und Verbände. Selbst bei gezielter Suche wird sich kaum feststellen lassen, dass eine Information, eine Methode oder irgendein Hilfsmittel vergessen wurde. Das Buch zeigt (wieder einmal), was man alles

in der Parodontologie machen könnte, was man machen sollte und was man keinesfalls tun darf, z.B. die Augen vor parodontalen Risiken verschließen, bevor man Zahnersatz eingliedert. Andererseits kann man sich aber damit trösten, dass neben den wunderbar abgeschlossenen Behandlungsfällen, die das Buch dokumentiert, sicher auch die vielen Frustfälle stehen, bei denen alle Kunst umsonst war. Auch die Cracks kochen schließlich mit Wasser. Die haben aber dem dentalen practicus vulgaris sicherlich eines voraus: sie sind mit konsequenter Systematik an ihre Fälle herangegangen - und wenn man gute Medizin machen will, muss man eben konsequent und systematisch arbeiten - und das demonstriert das Buch auf eindrucksvolle Weise.

Dr. Hanns-W. Hey
München

Pasler, Friedrich A. / Visser, Heiko Taschenatlas der zahnärztlichen Radiologie

Thieme Verlagsgruppe 2003
348 Seiten, 798 teils farbige Abbildungen
ISBN: 3-13-128991-0
Preis: 39,95 Euro, 67 CHF

Dieser Taschenatlas enthält - trotz seiner Handlichkeit - eine solche Fülle an Tipps, Anleitungen und Informationen über die richtige Anwendungen der Röntgentechnik und die Interpretation der Bilder, dass es eigentlich keine Fehler mehr geben dürfte - konsequente Umsetzung und Minimalisierung des »menschlichen Faktors« vorausgesetzt. Ein bisschen zu kurz scheint mir die einzige Seite über die Strahlenexposition des Patienten geraten: Da nur selten 11 bzw. 20 (digitale) Zahnfilme gemacht werden, wären die Dosisangaben für ein oder zwei Zahnfilme realistischer und ein Vergleich mit der natürlichen Tagesbelastung oder der im Flugzeug oder Gebirge für den Patienten einsichtiger. Nicht jeder hat schließlich das größere Buch der gleichen Autoren aus dem gleichen Verlag (Zahnmedizinische Radiologie), da steht das besser drin. Außerdem bezweifle ich nach wie vor, dass man mit Bissflügelaufnahmen eine frühe Approximalkaries besser erkennen kann als mit klinischen Mitteln - eine Frage, über die Praktiker streiten können, die aber mit der Qualität dieses Buches nichts zu tun hat. Die lässt, was Umfang, Ausstattung und die Konzentration der Informationen betrifft, keine Wünsche offen. Mit diesem Atlas kann jeder seinen Blick schulen, um auch exotischere Befunde einer weiteren Spezialdiagnostik zuzuführen. Wer weiß, was man schon alles hätte früher erkennen können! Sehr empfehlenswert!

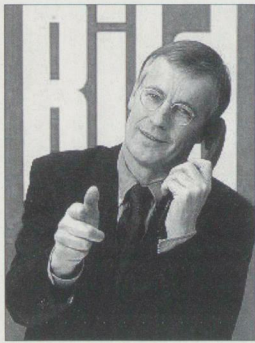
Dr. Hanns-W. Hey, München

Einladung des DAZ & des VDZMs zur gemeinsamen

Frühjahrstagung

am 15./16. Mai 2004
in Frankfurt/Main

Wie geht's weiter mit der Zahnmedizin in Deutschland?



Angesichts von Milliardendefiziten in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden einschneidende Reformen beschlossen, auch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Noch ist längst nicht

allen Zahnärzten und Patienten klar, was auf sie zukommt: durch den seit 2004 geltenden neuen BEMA, durch das zukünftige Festzuschuss-System im Bereich Zahnersatz, durch die Veränderungen in der Selbstverwaltung. Dr. Jürgen Fedderwitz, amtierender Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, wird über die aktuelle Situation informieren und die Vorschläge der Landesvertretung für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems zur Diskussion stellen.

Am Nachmittag präsentiert Prof. Dr. Willi-Eckart Wetzel, Direktor der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde der Universität Gießen, neuere Erkenntnisse seines Fachgebietes. Trotz aller Prophylaxebemühungen gibt es in Deutschland



Kinder mit gravierenden, zum großen Teil durch falsche Trink- und Ernährungsgewohnheiten bedingten Defekten bereits im Milchgebiss. Prof. Wetzel zeigt die Folgen unbehandelter Schäden für die Gebissentwicklung auf und gibt einen Überblick über praxistaugliche Therapiekonzepte.

Sie sind herzlich zu beiden Themen und auch dazu eingeladen, den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und - im Rahmen einer Kurzpräsentation - sein Projekt Qualitätssicherung näher kennenzulernen! Es grüßt Sie

Dr. Eberhard Riedel
DAZ-Vorsitzender



Programm

Ort: Bürgerhaus Bornheim

Freitag, den 14. Mai 2004

ab 20⁰⁰ Uhr gemütliches Beisammensein in der Gaststätte Horizont, Egenolfstr.39, Ecke Friedberger Landstraße in Frankfurt-Nordend, Tel. 069/432523

Samstag, den 15. Mai 2004

10⁰⁰ Uhr Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Wiesbaden:

Die Zukunft der Zahnheilkunde in der Gesetzlichen Krankenversicherung

12³⁰ Uhr

Kurzpräsentation des DAZ-Projektes Qualitätssicherung
Die Teilnahme an der Vormittags-Veranstaltung ist beitragsfrei!

13⁰⁰ Uhr

Mittagspause

14⁰⁰ -18⁰⁰ Uhr

Prof. Dr. Willi-Eckart Wetzel, Universität Gießen:
Das frühe Milchzahntrauma und seine schwerwiegenden Folgen

ab 20⁰⁰ Uhr

gemütliches Beisammensein in Frankfurter Kneipe
Ort wird noch bekanntgegeben.

Sonntag, den 16. Mai 2004

9³⁰ -14⁰⁰ Uhr DAZ-Ratssitzung (Bürgerhaus)

9³⁰ -14⁰⁰ Uhr VDZM-Versammlung(Bürgerhaus)

Organisatorische Hinweise

Tagungsort: Bürgerhaus Bornheim

Ansburger Str. 24, 60385 Frankfurt, Tel 069/943403-0, Fax 069/943403-30

Anreise: Das Bürgerhaus Bornheim liegt im Nordosten Frankfurts im Stadtteil Bornheim, nahe der Berger Straße.

- Mit der U-Bahn U4 von der City (Hbf) aus in Richtung -Seckbacher Landstr., Haltestelle Höhenstraße

- Mit der Straßenbahn Linie 12 ab Konstablerwache bis Haltestelle Bornheim-Mitte

- Mit dem Auto:

a) Autobahnausfahrt Offenbach: über Kaiserlei Brücke, Ratsbrücke

b) Autobahnausfahrt Bad Homburg: über Preungesheim

c) Autobahnausfahrt Nordwest: Miquelallee

Hotels / Infos (frühe Reservierung nötig!)

- Hotel Am Zoo, Alfred-Brehm-Platz 6, 60316 Frankfurt, Tel. 069/94993-0

- Hotel Mercator, Mercatorstr. 38, 60316

Frankfurt, Tel 069/490691, Fax 069/490217

- Hotel Rüth, Saalburgallee 22, 6038 Frankfurt,

Tel 069/446322, Fax 069/442668

- Verkehrsamt der Stadt Frankfurt,

Tel 069/2123-8800, Fax 069/2123-78890

Tagungsbeitrag: Die Teilnahme nur am Vormittag ist beitragsfrei.

40 EUR berufstätige Zahnärzte/innen
30 EUR berufstätige Mitglieder v. DAZ
o. VDZM
20 EUR Studenten/innen
10 EUR studentische Mitglieder v. DAZ
o. VDZM

Die Veranstalter erkennen die Leitsätze und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung sowie die Punktebewertung nach BZÄK und DGZMK an. Für den Nachmittag mit Prof. Wetzel werden Fortbildungs-Punkte vergeben.

Weitere Infos beim
DAZ, Belfortstr. 9, 50668 Köln,
Tel 0221/973005-45,
Fax 0221/7391239

E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de,
www.DAZ-Web.de

Prof. Dr. Willi-Eckart Wenzel

1957-1966 Berufstätigkeit als Gärtner und schulische Weiterbildung
1966-1971 Studium der Zahnmedizin an der Philipps-Universität Marburg
1971-1976 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in den Abteilungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Parodontologie in Marburg; Erlangung der Fachgebietsbezeichnung "Oralchirurgie"
Autodidakte Weiterbildung auf den Gebieten der Kinderzahnheilkunde und Zahnmedizinischen Psychologie

1976-1981 Berufung zum Dozenten für Zahnerhaltungskunde an die Justus-Liebig-Universität Gießen; Oberarzt in der Abteilung für Zahnerhaltungskunde, Ernennung zum Professor auf Zeit (1979)

1981-1986 Berufung auf die Professur für Kinderzahnheilkunde; Gründung und Leitung des selbständigen Funktionsbereiches "Präventive- und Kinderzahnheilkunde"

1986 Gründung und Leitung der Abteilung Kinderzahnheilkunde
seit 2000 Direktor der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde

1990-2003 Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Gießen
Promotion Die Beeinflussung der Syntheserate von Hydrolasen im Pankreas normal- und eiweißarm ernährter sowie adrenalectomierter Ratten durch Prednisolon. Med Diss, Marburg 1973 (Zentrum für Innere Medizin)

Habilitation Ursachen und Beeinflussungsmöglichkeiten der Angst vor der zahnärztlichen Behandlung bei Kindern. Med Habil, Gießen 1980

Ehrungen Otto-Loos-Preis der Landes Zahnärztekammer Hessen 1978
Preise Abzeichen mit Goldrand der Akademie Praxis und Wissenschaft in der DGZMK 1979
Tholuck-Medaille des Arbeitskreises Zahnmedizinische Information 1997
Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde 2003

Dr. Jürgen Fedderwitz

Amtierender Vorsitzender der KZBV

Geburtsdatum: 25.07.1950
Studium der Zahnmedizin: 1969 - 1974
Ort des Staatsexamens: Mainz
Niederlassung in eigener Praxis seit: 1980
Mitglied des Vorstandes der KZBV seit: 1994
Vorstandsreferent für: Politische Kontakte, Haushalt und Finanzen
Sonstige Ehrenämter: Vorsitzender der KZV Hessen

bitte hier abtrennen

bitte hier abtrennen

Rückantwort

- Ich melde mich für die Vormittagsveranstaltung am 15.05.2004 mit Dr. Fedderwitz an.
- Ich komme zur Fortbildung am 15.05.2004 mit Prof. Dr. W.-E. Wetzel.
- Ich komme zur DAZ-Ratssitzung am 16.05.2004 in Frankfurt.
- Ich bitte um Zusendung von Infos über den DAZ.
- Ich bitte um ein kostenloses Probe-Exemplar der Zeitschrift DAZ-Forum.

.....
Datum, Unterschrift

Für eine umfassende Studienreform

Zuerst komme die Reform des Medizinstudiums, und dann gehe es an die Zahnmedizinische Studienreform. So hieß es lange Zeit. Unterdessen ist die Approbationsordnung (AO) für Ärzte in Kraft getreten (01.10.2002). Vieles wurde grundlegend überarbeitet. Prüfungen werden teilweise nicht mehr in Einzelfächern, sondern fachübergreifend abgehalten. „Integrierte Unterrichtsveranstaltungen“ und „problemorientiertes Lernen“ wurden eingeführt. Die Studierenden arbeiten Fallbeispiele in eigenständiger Lernerarbeit durch. Bei den Fächereinhalten gab es Änderungen; zum Beispiel ist der Biochemie-Unterricht um die Molekularbiologie erweitert worden. Das und vieles Andere sind lobenswerte Errungenschaften. Und nun kann es wohl auch an die Studienreform in der Zahnmedizin gehen. Da, wo es Überschneidungen und Abstimmungsbedarf zwischen Mediziner- und Zahnmedizinerbildung gibt, kann man sich jetzt auf die neue Ärzte-AO beziehen.

Die zahnärztliche Approbationsordnung besteht seit 1955 und ist seither nur geringfügig verändert worden. Die deutsche Ausbildung erfüllt zwar formal die EU-Anforderungen, aber die Gewichte der Inhalte sind falsch verteilt. Viel zu viel zahntechnische Betätigung raubt Zeit für Arbeit am Patienten und die eigentlich zahnärztliche Ausbildung. Die „Mini-Zahntechnikerlehre“ mit insuffizienter Ausstattung bedeutet keine praxisnahe „psychomanuelle Schulung“ – es sei denn, der Zahnarzt entschiede sich, am Patienten mit dem Handstück zu arbeiten. Qualitätsbewertung von Zahnersatz oder die Zusammenarbeit mit dem Techniker werden nicht gelehrt. Vertreter der Zahnärzteschaft zögern allerdings, den Technik-Überhang zu stützen, weil sie fürchten, Zahnärzte könnten dann die Berechtigung zur Führung eines Praxislabors verlieren. Das ist eine ausgesprochen defensive Haltung, denn selbstverständlich gäbe es Rechtskonstruktionen, mit denen das Praxislabor erhalten würde. Soviel Kre-

ativität darf von einem „freien Beruf“ wohl verlangt werden.

Gravierende Defizite

Im Studium kommt die Patientenbehandlung zu kurz. Die strikte Trennung von vorklinischen und klinischen Inhalten verhindert problemorientiertes Lernen. Gebiete wie Kinderzahnheilkunde, Psychologie, Prävention, Soziale Zahnheilkunde und Alterszahnheilkunde werden vernachlässigt, ebenso wissenschaftliche Herangehensweise, kritisches Denken, Literaturbeschaffung und -auswertung, Evidenzorientierung.

Kein Wunder, dass die Studierenden als „Kunden“ der Universität die Qualität ihrer Ausbildung mit einer 3,6 auf der Schulnotenskala bewerteten und erhebliche Veränderungen der Ausbildungsstruktur forderten. Dieses ergab die aufwändige Umfrage der *DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform (AG Studienreform)*. Sie befragte an allen westdeutschen Universitäten die Studierenden des zehnten Semesters zu Studienqualität und Reformwünschen (Strippel und Bögner, Zahnärztliche Mitteilungen 83, 2/93, 50-59, 1993). Das war vor gut zehn Jahren; aber auch heute würde das Ergebnis wohl nur an wenigen Standorten anders aussehen.

Letzte Mini-Änderung

Die Studienreformdebatte war Anfang der 1990er Jahre durch den Einigungsvertrag BRD-DDR in Schwung gekommen, der vorsah, Kinderzahnheilkunde in die Approbationsordnung aufzunehmen. Die „kinderstomatologische“ Ausbildung war in der DDR gut ausgebaut. Für die westdeutsche Vereinigung der Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) stellte die Forderung nach Aufwertung der Kinderzahnheilkunde allerdings ein Ärgernis dar, weil bestehende Besitzstände der vier „großen“ Fächer zugunsten des neuen

Faches hätten (ein wenig) eingeschränkt werden müssen. Die wortführenden Vertreter der Zahnerhaltungs- und Zahnersatzkunde wandten sich entschieden gegen jede Beschränkung ihres Anteils. Die VHZMK sorgte dafür, dass bei ihrem 1991er Beschluss zur Anpassung der Approbationsordnung nur zwei ostdeutsche Professoren stimmberechtigt waren, und bündelte die Aufwertungsbestrebungen der auch in Westdeutschland äußerst seltenen Kinderzahnheilkundler ab. Bei der Gelegenheit wollten die „Zahnerhalter“ auch gleich Sezessionsbewegungen der Parodontologen vorbeugen und die Prävention mit vereinnahmen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG), zuständig für den Erlass der AO, folgte bedauerlicherweise den Vorschlägen der VHZMK. Es verfügte Ende 1992, dass „eine Vorlesung in Zahnerhaltungskunde“ nunmehr auch „Primärprophylaxe, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde“ zu umfassen habe. Im gleichen Zuge wurden diese Fächer der Zahnerhaltungsprüfung einverleibt. Nur ganze 14 Stunden Kinderzahnheilkunde-Vorlesung wurden eingeführt und keine in der Approbationsordnung ausgewiesene praktische Ausbildung – das war's. Was für ein trauriger Zustand im Vergleich zum Ausland, wo Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und Prävention/Public Health seit langem als eigenständige, gewichtige Fächer zum Kanon gehören! Das Ministerium hätte einen wegweisenden Entwurf vorlegen sollen, und wenn die Länder im Bundesrat unerwünschte finanzielle Auswirkungen gefürchtet hätten, hätten sie die Sache ja in den Vermittlungsausschuss tragen können.

Grundsächlicher Reformbedarf

Immerhin sah und sieht das Ministerium einen grundsätzlichen Reformbedarf der Zahnmediziner-Ausbildung. 1993 arbeitete auf seine Veranlassung eine Sachverständigen-

bitte hier abtrennen

bitte hier abtrennen

ABSENDER

(Name, Adresse, Tel, Fax, E-Mail):

Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstr. 9

50668 Köln

Fax 0221/7391239

digengruppe daran, die Reformkonzepte verschiedener Beteiligter abzustimmen. An der so genannten „10er-Gruppe“ sind neben VHZMK, Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Freiem Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe Studienreform, die Studierenden, die Bundesländer und die Planungsgruppe Medizin der Zentralen Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) beteiligt.

Als Ergebnis liegen zwei ausgearbeitete, vom Ansatz her unterschiedliche Reformmodelle auf dem Tisch: das der VHZMK und das der AG Studienreform. Vom letztgenannten Konzept hat der FVDZ noch eine Variante erstellt. Auch er sieht die Mängel der Ausbildung, an deren Ende keineswegs ein „praxisfertiger“ Zahnarzt steht. Jedoch fehlt ihm offensichtlich der Impuls, sich der Beharrungsstrategie der Mehrheits-Professoren entgegenzustellen.

Zwischen VHZMK und AG Studienreform war aber dennoch vielfach Konsens möglich. So besteht Übereinstimmung über die Ziele des Studiums, die Vorschaltung eines einmonatigen Praktikums, die Verbesserung der Betreuungsrelation Assistent : Student (statt bisher 1 : 6 künftig 1 : 3), die Erweiterung der Stundenzahl auf ca. 5000 und die Einführung von neuen Vorlesungen und Kursen in Zahnmedizinischer Prävention und Gesundheitswissenschaften, Assistenz in zahnmedizinischen Behandlungskursen, Diagnostik und Behandlungsplanung, Zahnärztlicher Psychologie/Psychosomatik und Zahnärztlich-chirurgischer Propädeutik. Mündliche und praktische staatliche Prüfungen sollen nach dem 2., 4., 6. und 10 Semester abgehalten werden.

Ansonsten geht der VHZMK-Vorschlag die Umstrukturierung nur sehr halbherzig an. Er hält die Trennung zwischen Vorklinik und Klinik aufrecht; die Patientenbehandlung setzt erst sehr spät ein, und die Betätigung der Studierenden im Zahntechnik-Labor nimmt noch immer zu großen Raum ein.

Wissenschaftler gegen Experimente

Ein schönes Beispiel dafür, wie die Spitzenorganisationen der Hochschullehrer und des Berufsstands mit Reformchancen umgehen, war die Sache mit der Modellklausel. Eine Vorschaltnovelle der Ärzte-Approbationsordnung eröffnete 1999 die Möglichkeit, einen Medizin-Modellstudiengang einzurichten. Durch diese Neuregelung konnten innovative Entwicklungen und alternative Studiengänge auf den Weg gebracht werden, auch wenn sie von einigen sonst zwingenden Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte abwichen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bot der zahnmedizinischen 10er-Gruppe an, für die zahnärztliche Approbationsordnung per Vorschaltnovelle ebenfalls eine entsprechende Klausel zu schaffen. Professoren, BZÄK und FVDZ winkten ab. Zu aufwändig, so ein Modellstudiengang.

Das Geld reiche ohnehin nicht für die Ausbildung – woher sollten da die zusätzlichen Mittel für Experimente kommen! (Im Berliner Modell kommen sie von der Robert-Bosch-Stiftung und vom Bundesforschungsministerium.) Einzig die AG Studienreform war für die Modellklausel. Sie argumentierte, Reformstudiengänge seien kein Zwang; vielmehr könnten interessierte Universitäten inhaltliche und strukturelle Änderungen erproben und dadurch an Profil gewinnen. Die AG legte einen Entwurf für die Modellklausel-Regelung vor; die zahnmedizinische Klinik der Charité äußerte Interesse an der Durchführung eines Modellstudiengangs.

Reforminitiativen gehen immer von *wenigen*, besonders stark motivierten Teams aus und nicht etwa von einer Mehrheit der Professorenschaft. Das Gesundheitsministerium zog aus den ablehnenden Voten der wenig innovationsfreudigen Hochschulvertreter in der 10er Gruppe das Fazit, es bestehe kein Interesse der Zahnmedizin-Lehrkräfte an dem Aufbruch zu neuen Ufern und ließ den Gedanken der Modellklausel fallen. Wieder eine vertante Chance! Ohne Not wurden Möglichkeiten für verbesserte Lehre aufgegeben. Keine Experimente nötig, sondern nur Standard-Ausbildung? Wenn das so wäre, könnte die Zahnmedizin wirklich bald an Fachhochschulen angesiedelt werden.

Aktueller Stand

Immerhin kann nun nach der Novellierung der Ärzte-AO für die Zahnärzte-AO die nächste Runde beginnen. Die Bundeszahnärztekammer hatte von jeher die Positionierung den Interessenvertretern der Hochschullehrer überlassen und es vermieden, den Professoren hineinzureden – wohl um dafür auf anderen Feldern, z.B. der GOZ, ihrerseits keine Einmischung fürchten zu müssen. Fürs erste hat sie nun zu einem „Koordinierungsausschuss AO-Z“ eingeladen, bei dem DGZMK/VHZMK und Freier Verband mit von der Partie sind. Wird die „Leitung“ der Veranstaltung durch die BZÄK zu mutigen Neuentwicklungen führen? Die Erfahrungen der Vergangenheit sprechen eher dagegen.

Die AG Studienreform fordert auf jeden Fall eine echte Reform und will sich nicht mit dem kleinsten gemeinsamen Nenner der vier großen Klinikfächer zufrieden geben. Ihr Vorschlag sieht vor:

- Zahnerhaltende Maßnahmen (Zahnfüllungen und Parodontologie) werden schon im 2. Semester in der Simulationseinheit („Phantomkopf“) geübt; erst in späteren Semestern folgen komplexe Prothetikübungen.
- Eine mehrtägige propädeutische Prüfung am Phantomkopf nach dem 2. Semester prüft die praktischen „psychomanuellen“ Fähigkeiten anhand der typischen zahnärztlichen Tätig-

keiten (Füllungstherapie); das dient auch der Prüfung, ob die Studierenden überhaupt die Voraussetzungen für den Beruf mitbringen (Studieneingangsprüfungen wären auch gut; die Universitäten sollten sich die Studierenden selbst aussuchen können, was auf die weitgehende Abschaffung des ZVS-Verfahrens hinausläuft).

- Präventive Zahnheilkunde wird mit größerem Stundenumfang und Übungen am Patienten eingeführt.
- Den Studierenden werden im Fach Gesundheitswissenschaften die gesellschaftlichen Einflüsse auf Mundgesundheit und -krankheit verdeutlicht; sie werden über Praktika mit dem Berufsfeld Öffentlicher Gesundheitsdienst vertraut, und ihnen werden Strategien zur Gesundheitsförderung und zur Verminderung sozialer Ungleichheit nahegebracht.
- Einer der bisher drei vorklinischen Zahntechnik-Kurse entfällt; die Studierenden führen aber dennoch alle zahntechnischen Arbeiten einmal im Techniklabor eigenhändig durch.
- Vorklinische und klinische Inhalte werden in einer „logischen“ Reihenfolge angeordnet.
- Früh kommen die Studierenden in Kontakt mit Patienten und üben zunächst Mundhygieneinstruktionen und Zahnreinigungen; schrittweise werden sie an invasive und komplexe Behandlungsmaßnahmen herangeführt.
- Statt wie bisher vier Semester arbeiten die Studierenden sechs Semester am Patienten, davon fünf mit invasiven Maßnahmen wie Füllungstherapie.
- In den klinischen prothetischen Kursen wird mehr am Patienten und weniger im Labor gearbeitet (nur die „zahnärztlichen“ Labortätigkeiten werden durchgeführt).
- Patientenurse in Prothetik, Zahnerhaltung, Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Alterszahnheilkunde laufen nicht wie bisher blockweise in verschiedenen Semestern, sondern erstrecken sich über zwei oder drei Semester, wodurch die Studierenden – wie in der späteren Praxis – auf allen zahnärztlichen Gebieten gleichzeitig arbeiten.
- Der Anteil der Kieferorthopädie wird abgesenkt, aber kieferorthopädische Diagnostik verstärkt gelehrt (es soll nicht wie derzeit der Eindruck erweckt werden, der Zahnarzt könne umfassend kieferorthopädisch therapeutisch tätig werden; mit der Reform muß gleichzeitig eine Verbesserung der Weiterbildung in Kieferorthopädie erfolgen).

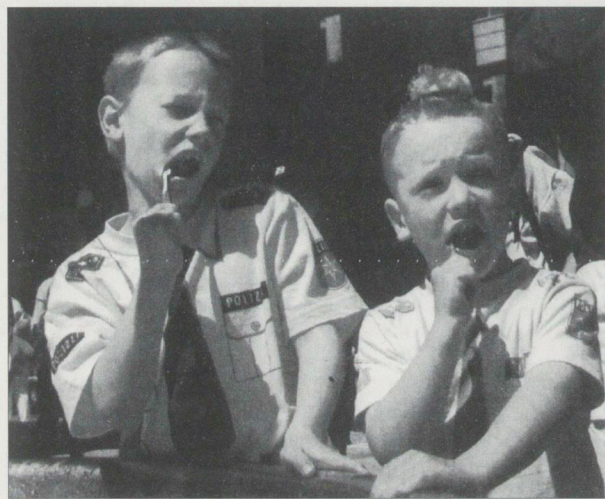
- In den vorklinischen und klinischen Prothetik-Prüfungen werden keine zahntechnischen Arbeiten von den Studierenden selbst angefertigt, sondern nur eingegliedert; ebenfalls wird in der Prüfung nicht mehr die Herstellung von kieferorthopädischen Geräten verlangt.
- Parodontologie und Kinderzahnheilkunde werden eigenständige Fächer.

Insgesamt hat die AG Studienreform ein Konzept vorgelegt, das an Bewährtem festhält, gleichzeitig aber unnötigen Ballast abwirft und zukunftsweisende Elemente einbringt. Eine inhaltlich verbesserte Ausbildung und die verbesserte Betreuungsrelation leisten einen Beitrag zur Qualitätssicherung der zahnmedizinischen Versorgung. Wenn die Mundgesundheit der Bevölkerung verbessert werden soll, erfordert das besser ausgebildete Zahnärzte. Für dieses Ziel braucht es jedoch gesundheitspolitisches Wollen. Deshalb müssen sich Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern mehr einbringen. Die Sache ist zu wichtig, um sie einer einzelnen Interessengruppe zu überlassen.

Nicht zuviel bewegen, keinen Abteilungsquadratmeter und keine Assistentenstelle abgeben – das ist die Devise der Mehrheit in der Dental-Professorenenschaft. Also bleibt es Aufgabe der AG Studienreform, die Dinge voranzutreiben. Sie möchte ihren Studienplan aktualisieren, mit der AO Ärzte abgleichen, die neuen Finanzierungsformen abwägen („Kostennormwert“ anstelle der Kapazitätsverordnung), Vorschläge des Wissenschaftsrats aufgreifen, die früheren Annahmen von einem Bedarfsrückgang bei Zahnärzten kritisch überprüfen und vor allem die Gesundheitspolitik aktivieren.

Bei dieser ehrenamtlichen Tätigkeit sind weitere Mitstreiter willkommen. Auch Studierende können sich in DAZ und VDZM für die bessere Ausbildung – zumindest ihrer Nachfolger – einsetzen!

Dr. med. dent. Harald Strippel, M.Sc.
 Wrangelstr. 17a
 45472 Mülheim an der Ruhr
 schaestrip@aol.com



„Danke - mit Ihnen auch!“ Gruppenprophylaxe in Berlin

Alle wissen es: die Zahngesundheit in Deutschland hat sich in den letzten Jahren erheblich gebessert. Zahlen finden sich u.a. im Gutachten zur Gruppenprophylaxe 2000 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Im Land Berlin ist im Zeitraum 1995-2000 bei den 12-Jährigen der DMFT-Wert von 2,6 auf 1,25 gesunken, bzw. es ist ein Anstieg der naturgesunden Gebisse von 27 auf 54,8% zu verzeichnen. Im kommenden DAJ-Gutachten 2004 erwarten wir eine weitere Kariesreduktion.

Angesichts dieser Entwicklung ist es anrührend, die öffentliche Anhörung im Deutschen Bundestag 1988 zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) nachzulesen. Dort berichtete der geladene zahnmedizinische Experte Dr. Büttner, Basel, über die Karies Eindämmung von mindestens 50% in der Schweiz aufgrund des Exportmodells Jugendzahnpflege aus Deutschland. Dieses sei mittlerweile „verkümmert oder verkümmert worden“. Weshalb nun eine konsequent durchgeführte Prävention (Gruppenprophylaxe plus Individualprophylaxe) mit straff organisiertem Unterbau dringend notwendig sei. „Individualprophylaxe verfeinert, was Gruppenprophylaxe aufgebaut hat,“ resümierte Büttner seine Schweizer Erfahrung.

Noch in den 80er Jahren zählte Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Kariesraten im Kindesalter. Gruppenprophylaxe wurde 1989 - ebenso wie die Individualprophylaxe - erstmals verpflichtende gesetzliche Aufgabe im Sozialgesetzbuch V. Heute, 15 Jahre danach, hat die Gruppenprophylaxe ihren festen Platz in Kindergärten und Schulen. Die in der Prophylaxe Tätigen bilden sich pädagogisch-didaktisch fort. In Kindergärten und Schulen wird mit kognitiven und emotionalen Lernmethoden gearbeitet. Die Verzahnung von Gruppen- und Individualprophylaxe gilt heute als offizielle zahnärztliche Leitlinie, und das steigende Gesundheitswissen der Kinder und Jugendlichen wird in Zahnarztpraxen positiv wahrgenommen.

An den Erfolgen haben unbestritten Viele mitgewirkt: Gesetzliche Krankenkassen, Zahnärzteschaft und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Landesarbeitsgemeinschaften, Hochschulen, Zahnpflegemittel-Industrie und Medien, Elternhaus, Kindergarten und Schule. Wem welcher Erfolgsanteil prozentual zukommt, ist nicht messbar. Wer aber die Nr. 1 bei der Förderung der Mundgesundheit darstellt, wissen wir. Es ist die breitenwirksame Anwendung von Fluoriden - in Zahnpasten, Gelen, Lacken, Spüllösungen, fluoridiertem Speisesalz (wobei dessen Marktanteil seit seiner Ein-

führung 1992 in Deutschland heute über 60 % des gesamten Speisesalzabsatzes an Haushaltsgebinden beträgt).

Hauptgeldgeber bei der **Finanzierung der Prophylaxe** sind die gesetzlichen Krankenkassen. Deren Ausgaben für zahnmedizinische Prophylaxe insgesamt beliefen sich im Jahr 2002 auf ca. 420 Mio Euro, davon ca. 34 Mio Euro für Gruppenprophylaxe, ca. 317 Mio Euro für Individualprophylaxe, ca. 55 Mio Euro für Fissurenversiegelung und ca. 12 Mio Euro für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (Angaben des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen).

Zur speziellen Berliner Situation

Der entscheidende Schritt zur institutionalisierten Gruppenprophylaxe, wie wir sie heute kennen, fand mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches Teil V (§ 21) am 1.1.1989 statt. Im Folgejahr wurde in Berlin ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, die Rahmenvereinbarung gemäß § 21 SGB V, zwischen dem Land Berlin mit seinen bezirklichen Zahnärztlichen Diensten, den gesetzlichen Krankenkassen und der Berliner Zahnärzteschaft geschlossen. Danach wurde die Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG) als e.V. vollzogen. Nach Schweizer Vorbild wurden mehrmalige Gruppenprophylaxe-Impulse für die bis zu 12-Jährigen vorgesehen. Zahnärzthelferinnen wurden eingestellt und für die Gruppenprophylaxe geschult, ein Geschäftsführer gewonnen, und in einem Stufenkonzept vom Kindergarten bis zur 6. Klasse war bis 1998 eine flächendeckende Betreuung für ca. 330.000 Berliner Kinder gewährleistet. Bis zu 4mal im Jahr wurden die Kindergartengruppen, bis zu 3mal im Jahr die Schulklassen aufgesucht. Ab 1996 wurde zusätzlich die aufsuchende Fluoridierung in Kindereinrichtungen und Schulen in sozialen Brennpunkten der Stadtbezirke entwickelt.

Heute arbeiten 75 halbtags angestellte Mitarbeiterinnen und einige Honorarzahnärzte in der praktischen Gruppenprophylaxe, zusätzlich 5 Kräfte inklusive Geschäftsführer in der Verwaltung. Sie sind zuständig für die ca. 100.000 Kindergartenkinder und ca. 200.000 Schüler/innen. Das Land Berlin mit den jugendzahnärztlichen Teams der 12 Bezirke beteiligt sich am gesundheitserzieherischen Teil der Gruppenprophylaxe. Ihr Schwerpunkt liegt aber auf den zahnärztlichen Vorsorge-Untersuchungen.

Seit 2000 hat sich die Lage für die LAG deutlich verändert.

1. Infolge Novellierung des § 21 SGB V (Einbezug der 12-16-Jährigen mit hohem

Kariesrisiko) sind die Aufgaben gewachsen.



2. Der Öffentliche Gesundheitsdienst befindet sich in stetigem Personalabbau.

3. Die Finanzmittel der LAG erfahren keinen Zuwachs.

Angesichts dieser Gegebenheiten haben wir uns zu einer Ressourcen-Umverteilung hin zu einem mehr bedarfsorientierten Handeln entschieden und entsprechende Beschlüsse gefasst. **Die Grundlinie heißt: wo viel Karies ist, muss mehr getan werden als dort, wo die Mundgesundheit gut oder optimal ist.** Das bedeutet: wir haben uns vom Gießkannenprinzip der Anfangsjahre (bis zu 4 Prophylaxe-Impulse pro Gruppe und Jahr) gelöst. So haben wir - entsprechend zahnärztlichen Untersuchungsbefunden und unter Zuhilfenahme des Berliner Sozialstruktur-Atlas - ein bedarfsorientiertes Gesamt-Berliner Konzept in 4 Programm-Abstufungen erarbeitet. Dabei unterstützten uns zwei kompetente Institute, das Institut für Medizinische Dokumentation und Gesundheitsberichterstattung der Senatsgesundheitsverwaltung und das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin.

Die erwähnten Programme 1-4 basieren auf Sozialfaktoren und auf Kariesbetroffenheit (Mittelwerte aus kariösen und sanierten Gebissen), so wir über zahnärztliche Befunde verfügen. Programm 1 gilt Kindern und Jugendlichen mit guten zahngesundheitlichen Befunden und günstigen Sozialdaten, Programm 4 denen mit schlechter Gebissgesundheit und ungünstigen Sozialdaten. Die Programme 2 und 3 liegen dazwischen. Die Zahl der Einrichtungen pro Programm differiert stark. Erfasst sind Kindergärten, Grundschulen, Sonderschulen und weiterführende Schulen.

Grundkonsens ist, dass in allen Stadtbezirken mit Programm 4 (höchster Betreuungsbedarf) begonnen und sich aufsteigend nach oben zu den guten Befunden hochgearbeitet wird. Vorgesehen ist, dass die Gruppen / Klassen der Programme 3 und 4 dreimal im Jahr aufsuchend fluoridiert werden (Anwendung von Fluoridkonzentraten). Die Kinder in den Programmen 1 und 2 erhalten keine Fluoridierung.

In allen 4 Programmen sind **Vorsorge-Untersuchungen** durch den ÖGD mit Unterweisung und **pädagogische Prophylaxe-Impulse** durch LAG-Mitarbeiterinnen vorgesehen. Pädagogische Prophylaxe im

Programm 1 findet einmal jährlich, in den Programmen 2-4 zweimal jährlich statt. Jeder Prophylaxe-Impuls beinhaltet eine systematische Zahnputzübung, selbstverständlich unter Verwendung von Fluoridzahnpaste. In der pädagogischen Prophylaxe selbst - altersgerecht und mit Herz und Verstand dargeboten - legen wir großen Wert auf das emotionale Lernen. Die LAG Berlin hat dazu Konzepte entwickelt und beteiligt sich bundesweit aktiv an Fortbildungsprogrammen. Als Fluoridkonzentrat wird weitgehend el-mex fluid verwendet, in einigen Fällen auch Lack. Elmex fluid wird auf die Zahnbürste aufgetropft und von den Kindern unter Aufsicht der Prophylaxehelferinnen selbst eingebürstet. Diese Anwendung ist nicht delegationspflichtig. In jedem Fall muss eine schriftliche elterliche Einverständniserklärung vorliegen.

Mit der strukturellen Umstellung des bisherigen Prophylaxeprogramms auf die Bedarfsorientiertheit und mit dem Einbezug der 12-16-Jährigen sind wir erst am Anfang. Ob wir realisieren können, was wir uns vorgenommen haben, muss die Praxis zeigen. Was die LAG Berlin immer gekennzeichnet hat, gilt auch hier: wir klammern uns nicht an eingefahrene Bahnen. Wo Veränderungen geboten sind, wird verändert. Unser Ziel, mehr Mundgesundheit zu erreichen, ist lohnend und bedeutet Lebensqualität.

So werden wir mit Schwung und Optimismus an der weiteren Reduktion der Karies mitwirken. Beflügelt wird unser Optimismus durch die Unterstützung von Schulleitungen und Lehrerschaft auch an weiterführenden Schulen und das Verhalten der Jugendlichen selbst:

sie machen mit in der Gruppe, sie fädeln in der Gruppe, sie färben ihre Zahnbeläge in der Gruppe an und begutachten sie gegenseitig. Sie putzen selbst in der Gruppe gemeinsam ihre Zähne.

Voraussetzung, dass dies gelingt, sind allerdings sachkundige, flotte, motivierende und fröhliche Prophylaxehelferinnen - und die haben wir!

„Die Arbeit mit Euch hat Spaß gemacht,“ sagte neulich beim Abschied von einer 9. Klasse eine LAG-Prophylaxehelferin. „Danke - mit Ihnen auch!“, war die Schüler-Antwort.

Dr. Erika Reihlen, Berlin

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte in Berlin rudert zurück

In einem Rundschreiben an die Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte fordert der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (Landesverband Berlin) mit markigen Worten zur Verteidigung der letzten „Reste der Selbstverwaltung“ auf. Wurde vor Wochen noch die vollständige Privatisierung des Gesundheitswesens und die Wiederher-

stellung der direkten Patientenbeziehung gefordert, will man jetzt „zum Wohle unserer Patienten und zum Erhalt unseres Berufsstandes“ vehement für den Schutz der in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gewachsenen Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung kämpfen.

Dieses durchsichtige Manöver soll die Kollegenschaft von der tiefen Zerissenheit ablenken, in die sich der Freie Verband mit seinen Bremer Beschlüssen hineinmanövriert hat. Mit seinen verbalen Attacken gegen sog. „Staats-KZVen“ hatte der FVDZ versucht, die berühmte Lufthoheit über die zahnärztlichen Stammtische zu erlangen. Nun dämmert es auch einigen regionalen Berliner Vertretern dieses „meinungsführenden Vereins“, dass die überwiegende Mehrheit der Kollegen den verbalen Verheißungen des Freien Verbandes erneut nicht trauen könnte und sich nicht dazu verlocken lassen werde, auf die existenzsichernden, weil regelmäßigen Zahlungsflüsse via KZV zu verzichten.

Der plötzliche Sinneswandel eines Teils der Berliner FVDZ-Vertreter lässt aber auch vermuten, dass nebenbei noch eine andere und weitaus profanere Motivationslage das abrupte Wendemanöver einiger Mitglieder des Berliner FVDZ-Landesverband bestimmt. Alle Verfasser des „Protestbriefes zur Rettung der Selbstverwaltung“ sind selbst durch Posten und Pöstchen mit der von ihnen vor kurzem noch als obsolet bezeichneten KZV bzw. Kammer verbunden.

Dass diese Verbindungen vom Vizepräsidenten der Zahnärztekammer Berlin, Dr. Jürgen Gromball, als dem exponiertesten Verfasser des Protestbriefes, gerne auch zur Verfolgung ganz privater Interessen genutzt werden, kann dem Protokoll der Delegiertenversammlung der Berliner Zahnärztekammer vom 20.11.2003 entnommen werden.

Dort heißt es: (...) *Herr Nachtweh fragt, ob es richtig ist, dass Herr Gromball für seine Privatinitiative in irgendeiner Form Stempel oder Briefköpfe der Zahnärztekammer verwendet hat (...). Herr Gromball führt aus, dass er einen privaten Förderkreis zum Wiederaufbau des Stadtschlusses gegründet habe, in den die Zahnärztekammer nicht involviert ist. Im Rahmen der Gründung des Förderkreises habe er Interessierte und Sponsoren auf Kammerbogen angeschrieben. Das durch diese Aktion entstandene Briefporto(!) wurde der Zahnärztekammer umgehend erstattet. Er räumt ein, dass die Verwendung des Kammerbogens(!) nicht ganz glücklich war.*

Vor diesem Hintergrund mag jede(r) Kollegin(e) selbst entscheiden, ob dieses Verhalten dem eines ehrlichen Maklers für den Erhalt der gemeinsamen Selbstverwaltung entspricht.

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)
Dr. Helmut Dohmeier, Berlin

Sozialreform bringt erreichte Erfolge zum Kippen: Zahngesundheit armer und behinderter Bürger Berlins scheitert immer öfter an neuen Hürden

Presseinformation des „Berliner Hilfswerk Zahnmedizin“ vom 29.02.04 „Was wir tun konnten, um behinderten, obdachlosen, drogenabhängigen Berlinern eine zahnmedizinische Grundversorgung oder Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten anzubieten, das haben wir vor drei Jahren mit der Gründung des Berliner Hilfswerks Zahnmedizin angeschoben und seither geleistet“, sagte Dr. Christian Bolstorff, Vorsitzender des Hilfswerks und Präsident der Zahnärztekammer Berlin am 25.2.04 bei der Pressekonferenz zu den Folgen der Sozialreformen für Berlin. „Aber jetzt sind wir machtlos. Wir können noch so viel sammeln, einwerben und kämpfen: Gegen die staatlich verordnete Praxisgebühr kommen wir nicht an – und müssen miterleben, wie sie zu einer meist unüberwindbaren Hürde für diese besondere Patientenklitel wird.“ Die ohnehin unter finanzieller Bedrängnis stehenden Projekte zur zahnmedizinischen Grundversorgung stünden in einer derzeit nicht lösbarer Falle: Behandle man dort Patienten ohne Sozialversicherungsnachweis kostenlos, erhalte das Projekt keine Gelder für den Fortbestand der Maßnahmen – diejenigen Patienten aber, deren Behandlung über die KZV abgerechnet werden könne, müssten 10 Euro Praxisgebühr leisten und kämen daher kaum noch. Dr. Bolstorff: „Diese Menschen haben keine 10 Euro übrig, um beim Zahnarzt guten Tag zu sagen und Vorsorge machen zu lassen: Bei diesen Patienten ist immer Behandlung und zahnmedizinische Hilfe nötig!“ Ob diese Patienten bei der Planung der Reform schlicht vergessen oder bewusst ausgeschlossen wurden, wage er nicht zu beurteilen, immerhin habe es anfangs eine spezielle Regelung gegeben: „Anfang Dezember noch hieß es, die Praxisgebühr für die Sozialfälle betrage 1 Euro, wenige Tage später wurde sie auf 10 Euro wie für jeden Bürger mit sicherem Einkommen hoch gesetzt. Dass das nicht gut geht, haben wir schon geahnt. Die Sozialreform zeigt: Den sozial Schwachen geht es schlechter denn je zuvor. Was wir fordern, ist daher klar und einfach: Mindestens der Zwang zur Praxisgebühr für unsere Patienten, die meist auf der Straße leben, muss weg. Sofort!“

Das **Berliner Hilfswerk Zahnmedizin**, ein gemeinnütziger Verein, wurde im Mai 2001 von Mitgliedern der Zahnärztekammer und der Zahnärzteschaft Berlins gegründet, um das Einwerben von Spenden und Spendengeldern zu erleichtern, die sozialen Brennpunkten zugute kommen sollen. „Wir sind Teil dieser Gesellschaft“, sagte Dr. Bolstorff, „wir zeigen dort Engagement, wo in unserer Gesellschaft echte Not und zahnmedizinische Defizite herrschen.“ Es könne nicht sein, dass die mühsamen Erfolge der vielfältigen Bemühungen um soziale Randgruppen „nun mit dem 10-Euro-Fuß platgetreten werden!“ Er appellierte an die Bundespolitik, sich diese Probleme vor Augen zu halten und eine verbindliche Lösung zu schaffen.

Die Praxisgebühr hat auch Konsequenzen für die zahnmedizinische Behandlung von Drogensüchtigen in Zusammenarbeit mit **Fixpunkt e.V.** Drogenkonsumenten leiden neben anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen häufig auch unter einem desolaten Zahnstatus, Ursachen sind ein erhöhtes Risiko für Karies durch die Drogen selbst, durch bestimmte Ernährungsgewohnheiten, fehlende Kenntnisse über die Entstehung von Karies und Zahnbetterkrankungen, massive Angst vor Zahnarztbesuchen, fehlende Krankenversicherung oder offene Haftbefehle. Viele Drogenabhängige haben erhebliche Schwierigkeiten, Termine auszumachen und einzuhalten, Wartezeiten zu tolerieren, und sie sind oft auch nicht „wartezimmerfähig“.

Mit dem „Zahnmobil“ (einem umgebauten Krankentransporter) haben Drogenabhängige ein niedrigschwelliges, szenenahes Angebot zur zahnärztlichen Versorgung mit Notfallbehandlung, Beseitigung akuter Schmerzzustände, zahnmedizinischer Beratung zu Prophylaxe und Behandlungen, Möglichkeit zum Zähneputzen, Versorgung mit Zahnpflegeartikeln u.a. – Ziel ist die (Wieder)Eingliederung in die zahnärztliche Regelversorgung. Das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin unterstützt das Projekt u.a. durch die Bereitstellung einer transportablen zahnärztlichen Behandlungseinheit sowie mit Hilfen für Verbrauchsmaterial. Das Projekt wird sehr gut angenommen. Die Zahnärztin, die im „Zahnmobil“ arbeitet, hat eine Ermächtigung der KZV. Die sowieso schon hohen Schwellen zur Inanspruchnahme einer notwendigen zahnärztlichen Leistung werden jetzt durch die vorgeschriebene Praxisgebühr weiter erhöht. Ein großer Teil der Patienten ist in ständiger ärztlicher Behandlung und muss die Praxisgebühr auch beim Arzt bezahlen und (teilweise erhebliche) Zuzahlungen z. B. für Methadon oder Medikamente zur Behandlung einer Hepatitis C oder einer HIV-Infektion. Kostenlose Behandlung bei Nicht-Versicherung aber nimmt dem gesamten Projekt die ohnehin karge Existenzsicherung. Die Zukunft der zahnmedizinischen Grundversorgung ist daher massiv bedroht – ebenso wie die Zahngesundheit der Drogenabhängigen.

Ähnlich wie die Drogenabhängigen geraten auch die Obdachlosen, die in Zusammenarbeit mit **MUT Gesellschaft für Gesundheit** betreut werden, in Schwierigkeiten durch die Praxisgebühr.

Nach offiziellen Angaben leben derzeit ca. 9000 Menschen ohne festen Wohnsitz in Berlin. Die Dunkelziffer ist weit höher. Die Notwendigkeit einer niederschweligen zahnmedizinischen Versorgung dieser Menschen ist heute unbestritten. Seit Juni 1999 wird in der Praxis Berlin-Lichtenberg, seit Dezember 2001 auch am Ostbahnhof regelmäßig täglich zahnärztliche Grund- und Erstversorgung geleistet mit teilweise erheblicher Unterstützung durch das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin. Seit Oktober 2000 ist die MUT ermächtigt zur Teilnahme

an der kassenzahnärztlichen Versorgung. Die neue 10-Euro-Praxisgebühr ist eine schier unüberwindliche Hürde für die Obdachlosen. Beispiel: Allein an einem Tag verließen in der zweieinhalbstündigen Sprechstunde gleich vier Patienten unbehandelt die Praxis, da sie nicht zahlen konnten und nicht mit Rechnung und Mahnung belastet werden wollten. Viele Patienten erklären seit Jahreswechsel, die 10 Euro nicht zahlen zu können, und verlassen trotz Schmerzen und ersichtlicher (teils auch akuten) Erkrankung unbehandelt die Praxis. Andere Patienten wollen eine Behandlung, sagen aber, kein Geld zu haben – was Einnahmeverluste für die Praxi bedeutet. Auch Prozeduren wie Vorstellung bei einem Gutachter vor prothetischer Versorgung schaffen diese Patienten in aller Regel nicht, die notwendige prothetische Versorgung wird nun meist nicht mehr in Anspruch genommen. Die Bilanz der ersten Wochen nach der Reform: Zunahme schwerer Zahnerkrankungen infolge Nichtbehandlung.

Auch der **Berliner Arbeitskreis Zahnärztliche Behindertentherapie** berichtet von negativen Konsequenzen. Der Arbeitskreis sichert neben vielem anderen regelmäßige zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen auch bei Erwachsenen des betroffenen Personenkreises (vor Ort in Einrichtungen sowie in Praxen) und unterstützt Kolleginnen/Kollegen in Form von Erfahrungsaustausch, Zusammenarbeit und Fortbildungsmöglichkeiten. Im Jahr 2003 wurde mit Mitteln des Berliner Hilfswerks Zahnmedizin eine Neuauflage des Berliner Zahnärztlichen Praxisführers für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten herausgebracht und – auch mit Sachspenden zahlreicher Dentalfirmen – in jedem Berliner Stadtbezirk ein Demonstrationskoffer mit Materialien und Produkten für die spezielle Zahn- und Mundhygiene von Patienten mit Behinderungen und Senioren bereitgestellt. Behinderte sind oft nicht in der Lage, ihre Zähne ausreichend zu pflegen. Bei vielen Menschen mit Behinderungen müssen zahnärztliche Behandlungen in Intubationsnarkose durchgeführt werden. Der erhöhte Aufwand dieser Betreuung sowie die dringend notwendigen lebenslangen Prophylaxemaßnahmen können nicht durch diese Patientenklitel selbst finanziert werden. Der Berliner Arbeitskreis Zahnärztliche Behindertentherapie fordert daher ein spezielles Abrechnungskonzept, das eine kostendeckende Behandlung von Schwerstbehinderten, auch in Intubationsnarkose ermöglicht und die zahnärztliche Prophylaxe bei behinderten Erwachsenen sichert. Dr. Imke Kaschke: „Es gilt, die Misere in ein Konzept umzuwandeln, das Behinderten und schwer zu Behandelnden trotz begrenzten Budgets, restriktiven Richtlinien und bürokratischen Hemmnissen eine menschenwürdige Versorgung ermöglicht.“

Ansprechpartner: Dr. Bolstorff, Berlin
Kontaktadressen bei der DAZ Geschäftsstelle erhältlich

Bericht vom Dresdner Forum

Gesundheitsexperten uneins über Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Der 11. Strategie-Workshop fand diesjährig unter der Federführung der KZV'en Sachsen und Tübingen am 23. und 24. April in Dresden als ‚Dresdener Forum‘ statt. Dem Thema ‚Reformbedarf nach der Reform‘ stellten sich sowohl namhafte zahnärztliche Standespolitiker als auch Vertreter aus Gesundheitspolitik, Krankenversicherung und Wissenschaft.

Wie auch schon im Vorjahr moderierte der Vorsitzende des Sachverständigenrates Prof. Eberhard Wille, Volkswirtschaftslehrer der Uni Mannheim. In seinem Eingangsstatement führte er vor Augen, wie durch die regelmäßigen gesetzgeberischen Eingriffe in der Vergangenheit die Relation von Einnahmen und Ausgaben im Gesundheitswesen jeweils abgestimmt werden konnte, und betonte, dass es unmöglich sei, etwa durch eine andere Gesundheitspolitik wesentlich nachhaltigere Finanzierungsstrukturen zu schaffen. Es werde langfristig auch nicht möglich sein, die bestehenden Budgetzwänge aufzuheben, ohne die er eine ganz erhebliche Ausweitung der Gesundheitskosten befürchtet. Allerdings forderte er die Abschaffung globaler Budgets und eine intelligentere Aufteilung der Mittel nach Regelleistungsvolumina.

Ein ganz akuter Bedarf, nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Art der Finanzierung des Gesundheitswesens zu reformieren, besteht nach Willes Ansicht allerdings nicht. Vielmehr müsse erst mittel- bis langfristig die Beitragsgestaltung angepasst werden. Die Praxisgebühr kritisierte Wille als zweifelhaftes Steuerungsinstrument. Dieser konstant zu entrichtende Betrag führt neben einer Nichtinanspruchnahme von Leistungen genauso dazu, dass pro Quartal möglichst viele Leistungen in Anspruch genommen werden, damit sich die einmal gezahlte Gebühr amortisiert. Wille regte stattdessen eine Selbstbeteiligung an, die mit der Höhe der Inanspruchnahme prozentual steigt.

Die anwesenden Gesundheitspolitiker waren sich offenbar darin einig, dass die finanzielle Mehrbelastung der Bevölkerung bislang eher sehr moderat ausgefallen sei und noch deutlich unter der vieler anderer europäischer Länder liege. Es wurde von Seiten der Vertreter der Politik Verwunderung laut, dass bei den Leistungserbringern bereits 115 Tage nach Inkrafttreten des GMG über eine Anschlussreform debattiert werde, allerdings das GMG selbst noch nicht einmal in allen seinen Details ausgestaltet bzw. in Kraft sei. Sowohl

Franz Knieps vom Bundesministerium für Gesundheit wie auch die sächsische Sozialministerin Helma Orosz verurteilten den teilweise unsachlichen Umgang mit dem GMG, wie er besonders erschreckend durch die bayerischen Zahnärzte dokumentiert werde, und mahnten eine funktionierende Selbstverwaltung an, die das GMG anwenden und dessen langfristige Effekte abwarten müsse. Einig waren sich beide auch darin, dass das Gesetz bisher schlecht kommuniziert wurde: Weder hätte es die Bundesregierung geschafft, den Bürgern die Notwendigkeit und die Vorteile zu verdeutlichen, noch sei es der Selbstverwaltung gelungen, die Leistungserbringer in ausreichendem Maße zu motivieren.

Der Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse, Dr. Eckhart Fiedler, kritisierte die durch Fehlinformation entstandene falsche Erwartungshaltung der Bevölkerung. So sei den Bürgern von der Regierung ein rasch fallender Beitragssatz als Ausgleich für die Zusatzbelastungen in Aussicht gestellt worden, was aber den Krankenkassen angesichts noch vorhandener Defizite und Schulden nicht zuzumuten sei. Fiedler betonte, dass ohne das GMG der durchschnittliche Beitragssatz heute bereits bei 15,0% gelegen hätte, sodass die Wirkung des Gesetzes bisher nur in der Vermeidung einer Beitragssatzerhöhung lag.

Fiedler plädierte für die Bürgerversicherung als Finanzierungsgrundlage der Zukunft. Dass dabei die Privatversicherungen den gleichen Bedingungen zu unterwerfen seien wie die GKV, stieß beim Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Dr. Volker Leienbach, auf entschiedene Gegenwehr. Dieser wollte von einem Kontrahierungszwang sowie der Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich nichts wissen.

Breiter Raum wurde ebenfalls dem Thema Kostenerstattung gewidmet, das gerade von den anwesenden Zahnärztinnen und Zahnärzten wiederholt ins Gespräch gebracht wurde. Aufschlussreiche Diskussionsgrundlagen hierzu wurden in einem Referat von Prof. Günther Schneider, dem vorsitzenden Richter am sächsischen Landessozialgericht, geliefert. Er führte aus, dass im Unterschied zur PKV die Sachleistung das prägende Prinzip der GKV sei. Das Sachleistungsprinzip sei aber gleichzeitig ein Gegner von Wirtschaftlichkeit, da es nicht den sparsamen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen fördere. Da das Grundgesetz keine unabänderliche Sozialordnung vorschreibt, lässt es

auch offen, welcher Leistungsart sich die Sozialversicherung bedient. Hierbei kann eine Wechsel zur Kostenerstattung zwar die Verfassungsrechte der Versicherten berühren, die der Leistungserbringer aber nicht.

Eine schon vielerorts gerade von Zahnärzten praktizierte Behandlungsverweigerung außerhalb der Kostenerstattung erklärte Schneider für klar rechtswidrig. Er kritisierte in diesem Zusammenhang auch die jetzt im Gesetz verankerte Wahlmöglichkeit des Versicherten zwischen Sachleistung und Kostenerstattung und mahnte eine politische Entscheidung für das eine oder andere Prinzip an, wobei er der Kostenerstattung klar den Vorzug einräumte.

Während die Bundestagsabgeordnete und niedergelassene Gynäkologin Dr. Erika Ober (SPD) die Kostenerstattung nicht als Allheilmittel einstuft, zumal sie z.B. in der stationären Behandlung wegen der Direktabrechnung mit den Versicherungen ohne Transparenzeffekt bliebe, betonte Dr. Jürgen Fedderwitz, amtierender KZBV-Chef, dass die Sachleistung eine Einheitsversorgung fördere und den Versicherten den medizinischen Fortschritt oft vorenthalte. Dieses ließ wiederum BEK-Chef Fiedler als Argument für die Kostenerstattung nicht gelten und entgegnete, dass eine Vereinheitlichung der Therapie, zumal als Ergebnis von Evidenzbasierung, doch nachgerade wünschenswert und auch von Zahnärzten anzustreben sei.

In einem Schlussbeitrag stellte Bundeszahnärztekammerpräsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp heraus, dass bei der Honorierung zahnärztlicher Leistungen die Einheit des gesamten Fachgebietes wiederhergestellt werden müsse, und regte unter dem Prinzip der Kostenerstattung die Festlegung von Festzuschüssen über alle zahnärztlichen Leistungsbereiche an.

Die Fortsetzung des Strategie-Workshops, der auch in diesem Jahr Vertreter der Zahnärzteschaft mit führenden Verantwortlichen aus Politik, Krankenkassen und Wissenschaft zusammenbrachte und einen intensiven und fruchtbaren Gedankenaustausch unter allen Beteiligten ermöglichte, ist durch den Wegfall der KZV Tübingen im nächsten Jahr gefährdet. Es bleibt zu hoffen, dass der über die ersten zehn Jahre vom früheren Hauptgeschäftsführer der KZV Tübingen Horst Cox organisierte Workshop in der Zukunft trotzdem fortgesetzt werden kann.

Eberhard Riedel, München

Der DAZ stellt sich vor



Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit. Dabei beinhaltet Freiberuflichkeit Freiräume, aber auch Verpflichtungen für den Zahnarzt. Nach DAZ-Auffassung steht der Patient im Mittelpunkt des Praxisgeschehens. Nicht die Gewinnträchtigkeit einer Arbeit sondern die medizinische Indikation ist Richtschnur zahnärztlichen Handelns.

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert. Die Fortbildungsaktivitäten werden mit Blick auf die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung an den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer und den Kriterien für Punkt-Vergabe der BZÄK, DGZMK und APW orientiert.

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben informiert. Überregional gibt der DAZ die Zeitschrift DAZ-forum mit Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie Fachbeiträgen und Fortbildungsberichten heraus. Aktuelle Nachrichten und Dis-

kussionsbeiträge werden per E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen, Pressemeldungen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter www.daz-web.de abgefragt werden.

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er stellt Informationen zu vielen Fragen der Praxisführung zur Verfügung und offeriert in Verbindung mit dem NAV-Virchow-Bund seinen Mitgliedern weitere Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

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

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- den Erhalt einer fachlich umfassenden zahnärztlichen Basisversorgung innerhalb der GKV
- die Überwindung des Misstrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- den Erhalt und die demokratische Weiterentwicklung der zahnärztlichen Selbstverwaltungsorgane
- die Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Die Zahnheilkunde ist Teil der medizinischen Wissenschaft. Der DAZ wendet sich gegen Tendenzen zur Verflachung und Entwissenschaftlichung der Ausbildung.

Jugendzahnheilkunde & Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- verstärkte Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- strukturelle Veränderungen im Bereich der Kinderbehandlung mit dem Ziel, Kindern - und hier insbesondere Kindern aus benachteiligten Schichten - Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und zu einer Therapie auf aktuellem Stand zu eröffnen
- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

Qualität

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

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

Der DAZ etabliert ein eigenes Projekt zur Qualitätssicherung, um im Rahmen seiner Möglichkeiten konkret und praktisch zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung beizutragen und zugleich beispielhaft die positiven Seiten freiwilliger, von Zahnärzten selbst initiiert Qualitätssicherungsprogramme aufzuzeigen.

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

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

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



Die Berliner Unabhängigen Zahnärzte sind ein berufspolitischer Verein, auf den regionalen Bereich von Berlin begrenzt. Gegründet wurde er 1988, hervorgegangen aus der sog. "Löchte Liste", zur Förderung der Umsetzung einer modernen, zeitgemäßen Zahnheilkunde. Die bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nahezu allein agierenden berufspolitischen Gruppierungen waren erstarrt in veralteten Strukturen und innerparteilichen Streitigkeiten und ließen keine Hoffnung auf die längst überfälligen Veränderungen in der Standespolitik zu. Die Satzung von BUZ wurde am 18. Januar 1988 in der Gründungsversammlung verabschiedet und war Grundlage für die Eintragung als gemeinnütziger Verein. Folgende Ziele sind bis heute charakteristisch für unsere Arbeit:

1. Wahrung der beruflichen und sozialen Interessen der Zahnärzte.
2. Erhalt der Therapiefreiheit in der Zahnheilkunde.
3. Förderung der wissenschaftlichen Fortbildung.
4. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahngesundheit (LAG).
5. Beratung und Unterstützung der Vereinsmitglieder in den Organen der gesetzlichen Körperschaften.

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

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der Prophylaxeassistenten

derart auszubilden, dass im Rahmen der Delegation eine fundierte und an höchsten Qualitätsmaßstäben orientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgen konnte. Das Prophylaxeseminar ist beispielhaft in Form und Struktur für viele Ausbildungsstätten in ganz Deutschland geworden.

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

Mit der Festigung der Strukturen der Gruppenprophylaxe, einer beispielhaften Ausbildungsstätte für Prophylaxeassistentinnen und einem in Deutschland vorbildlichen wissenschaftlichen zahnärztlichen Fortbildungsinstitut haben BUZ wesentliche Ziele ihres Programmes erfolgreich umgesetzt. Die Standespolitik in Berlin wird seit der Gründung von BUZ wesentlich beeinflusst durch deren Präsenz in der Zahnärztekammer und durch die kritische und konstruktive Arbeit in der Vertreterversammlung der KZV.

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

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

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

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

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

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

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder

beitragsfrei

Assistenten ZÄ/ZA

122,71 Euro

Niedergel. ZÄ/ZA

148,07 Euro

Leserbrief

zum Artikel von Prof. Staehle, DAZ-Forum 82, Seite 29 ff

Sehr geehrte Damen und Herren,
ein wenig sauer aufgestoßen ist mir der Artikel von Prof. Staehle schon. Nicht wegen der unzweifelhaft fundierten Ansichten über Amalgam und dessen Lebensdauer, der wohl eher zweifelhaften Gesundheitsgefahr und der Gefahren durch unsachgemäßes Verarbeiten von Kompositen oder zu voreiliges Sanieren unserer Patienten um der Amalgamentfernung willen. Eher wegen der subtilen Unterstellung des geschätzten Kollegen, dass jede Amalgamsanierung eher dem eigenen Geldbeutel als der Gesundheit unserer Patienten dient - Thema Unterbezahlung. Für meinen Part als Feld-, Wald- und Wiesen Zahnarzt steht diese Ansicht in krassem Widerspruch zu den zahlreichen Fortbildungen, die ich besuchen durfte und deren Inhalte wir durchaus gewissenhaft in unser Praxiskonzept eingearbeitet haben. Unsere sicherlich noch unzulänglichen Beobachtungen - acht Jahre sind nicht repräsentativ genug - lassen zumindest den Schluss zu, dass Keramik bei entsprechend sorgfältiger Verwendung und Indikation den Patienten keinesfalls schlechter stellt als Amalgam: mir mit meinen vielleicht groben Fingern gelingt es mit der indirekten Versorgung besser, die Okklusion einzustellen, und die Ästhetik ist allemal hochwertiger. Abrasion, Farbveränderungen und Füllungsbrüche sind bei entsprechender Verarbeitung und Planung auch eher seltene Ausnahmen. Mir ist daher völlig unverständlich, warum ich bei Frakturen Amalgam mit Kompositen zusammenbatzeln sollte. Die Motivation und das Engagement des Kollegen in allen Ehren, aber so etwas hat in meinen Augen nichts mit hochwertiger Zahnheilkunde zu tun. Ich gestehe gerne, dass wir derartige Versorgungen als Notfallversorgung (sowohl in zeitlicher wie finanzieller Hinsicht) nicht vermeiden können. Ich möchte diese Kompromissbehandlung aber keinesfalls in den Stand einer konzeptkonformen Therapie erheben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Dr. Alexander Zill, Haar

...darauf antwortet Prof. Dr. Staehle

Offensive, risikoorientierte Prävention - Defensive restaurative Versorgung!

In den letzten Jahren hat sich ein Trend abgezeichnet, der sich voraussichtlich in Zukunft noch verstärken wird:

1. Metallische zahnärztliche Restaurationen aus Amalgam, aber auch aus Gussmetallen verlieren gegenüber zahnfarbenen Restaurationen stark an Bedeutung.

2. Situationen, die man früher nur mit indirekten, meist laborgefertigten Restaurationen angehen konnte, sind zunehmend auch mit direkt eingebrachten Restaurationen lösbar. Das Anwendungsspektrum adhäsiv verankerter, direkter Kompositrestaurationen wird immer größer. Es reicht von minimal-invasiven Füllungen in Kombination mit Versiegelungen über kavitätenbezogene Versorgungen der Klassen I bis V im Front- und Seitenzahnbereich bis hin zu kavitätenunabhängigen Restaurationen zur Zahnumformung bzw. Formkorrektur.

Darüber hinaus etabliert sich in der restaurativen Zahnheilkunde zunehmend ein Betätigungsfeld, das früher eher im Bereich der Notfallversorgung, der Kompromissbehandlung oder gar des „Pfuschs“ angesiedelt wurde, nämlich die Reparaturrestauration. Durch neue Entwicklungen ist hier jedoch ein grundlegendes Umdenken erkennbar. Es ist heute nämlich möglich, nicht nur an Schmelz und Dentin, sondern

darüber hinaus an verschiedenen, selektiv konditionierten Restaurationsoberflächen aus Amalgamen, Gussmetallen, Keramiken und Kompositen einen stabilen adhäsiven Verbund zu erzielen. Dies eröffnet neue Möglichkeiten, defekte Restaurationen, aber auch frakturierte Facetten oder Höckerabplatzungen intraoral anzugehen (Abb. 1 bis 4). Die DGZMK hat im Jahr 2003 die Bedeutung der Reparaturrestaurationen ausdrücklich gewürdigt (Heidemann, D., Hellwig, E., Hickel, R., Kläiber, B., Staehle, H. J.: Direkte Kompositrestaurationen – Erweiterte Anwendung im Front- und Seitenzahngebiet. Stellungnahme der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 58, 387-388, 2003).

Insbesondere jene Kollegen, die eine Versorgung mit indirekten Keramikrestaurationen gegenüber direkt eingebrachten Restaurationen favorisieren, sollten sich unbedingt mit den neuen Optionen der intraoralen Reparatur auseinandersetzen. Man sollte bereits im Beratungsgespräch den Patienten darüber aufklären, dass Keramikrestaurationen aufgrund ihrer Sprödigkeit gelegentlich frakturieren, wobei auch Höckerabplatzungen auftreten können. Die Patienten sollten vor der Versorgung darauf aufmerksam gemacht werden, dass in solchen Fällen nicht immer ein

vollständiger Austausch mit zusätzlichem Verlust von gesunder Zahnhartsubstanz notwendig, sondern auch eine zuverlässige Reparatur möglich ist. Dies gilt auch für metallische Restaurationen, deren Überlebensrate durch Reparaturen gesteigert werden kann.

Eine sorgfältig durchgeführte intraorale Reparatur ist eine hochwertige zahnärztliche Versorgung, die auch von Kollegen, die sich vorwiegend mit laborgefertigten Restaurationen beschäftigen, erlernt werden kann.

In der präventiven Zahnheilkunde wird zunehmend das Erkrankungsrisiko berücksichtigt, um im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes eine bedarfsgerechte Betreuung zu gewährleisten. Auch in der restaurativen Zahnheilkunde muss sich vermehrt eine Schaden-Nutzen-Abwägung durchsetzen. Dabei wird auch die Reparaturrestauration im Behandlungsspektrum des Zahnarztes den ihr gebührenden Platz finden. Wenn es möglich ist, die Überlebenszeit vorhandener Restaurationen substanzschonend und vergleichsweise kostengünstig zu erhöhen, dann sollten solche Optionen auch genutzt werden.

Prof. Dr. Staehle, Heidelberg



Abb. 1a Etwa 20 Jahre alte Gussmetallrestauration (Zahn 26) mit Randkaries am palatinalen Höckerabhang bei einer 40-jährigen Patientin. Keine Zeichen einer klinisch relevanten endodontischen, parodontalen oder funktionellen Irritation.



Abb. 1b Situation unter Kofferdam.



Abb. 1c Situation nach Kariesentfernung.

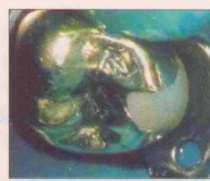


Abb. 1d Situation nach adhäsiver Reparaturrestauration aus Komposit. Beachte, dass diese Restauration mit vier verschiedenen Oberflächen (Schmelz, Dentin, Gussmetall, Befestigungszement) in Kontakt steht. Therapiealternative wäre u. a. die vollständige Entfernung der vorhandenen Versorgung und eine Neuanfertigung gewesen.

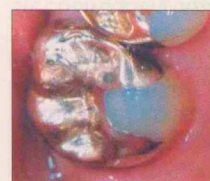


Abb. 1e Kontrolle nach vier Jahren. Unauffällige Situation.



Abb. 1f Kontrolle nach sieben Jahren. Weiterhin unauffällige Situation. Es gibt keinen Anhalt, dass die Versorgung wegen der Reparaturrestauration in ihrer Lebensdauer beeinträchtigt wäre.

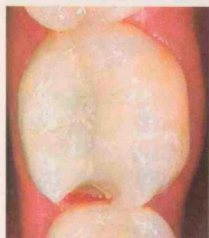


Abb. 2a Etwa sechs Monate altes Keramikinlay (Zahn 46) mit approximaler Randfraktur bei einer 20-jährigen Patientin. Keine Zeichen einer klinisch relevanten endodontischen, parodontalen oder funktionellen Irritation.



Abb. 2b Situation unter Kofferdam.



Abb. 2c Situation nach Präparation, Oberflächenenktiondionierung und Verkeilung der Matrize.

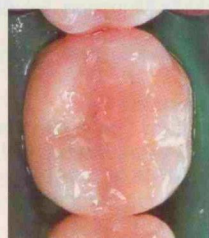


Abb. 2d Situation nach adhäsiver Reparaturrestauration aus Komposit. Beachte, dass diese Restauration mit vier verschiedenen Oberflächen (Schmelz, Dentin, Keramik, Befestigungskomposit) in Kontakt steht. Therapiealternative wäre u. a. die vollständige Entfernung der vorhandenen Versorgung und eine Neuanfertigung gewesen.



Abb. 2e Kontrolle nach zwei Monaten. Unauffällige Situation. Individuelle Auswahl von Interdentalraumbürsten geeigneter Größe zur optimalen approximalen Plaquebeseitigung.



Abb. 2f Kontrolle nach einem Jahr. Weiterhin unauffällige Situation. Es gibt keinen Anhalt, dass die Versorgung wegen der Reparaturrestauration in ihrer Lebensdauer beeinträchtigt wäre.



Abb. 3a Etwa ein Jahr altes Keramikinlay (Zahn 14) mit approximaler Randfraktur bei einem 26-jährigen Patienten. Keine Zeichen einer klinisch relevanten endodontischen oder funktionellen Irritation. Es besteht eine Gingivitis mit Bluten nach Sondieren.



Abb. 3b Situation nach Präparation und verkeilter Matrize.



Abb. 3c Situation nach adhäsiver Reparaturrestauration aus Komposit. Beachte, dass diese Restauration mit vier verschiedenen Oberflächen (Schmelz, Dentin, Keramik, Befestigungskomposit) in Kontakt steht. Therapiealternative wäre u. a. die vollständige Entfernung der vorhandenen Versorgung und eine Neuanfertigung gewesen. Nach Entfernung des Kofferdams wurde die Hygienefähigkeit mittels Interdentalraumbürsten kontrolliert.

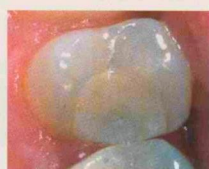


Abb. 3d Kontrolle nach fünf Jahren. Unauffällige Situation der Zahnhartsubstanzen, des Endodonts, des Parodonts und der Funktion. Es gibt keinen Anhalt, dass die Versorgung wegen der Reparaturrestauration in ihrer Lebensdauer beeinträchtigt wäre.

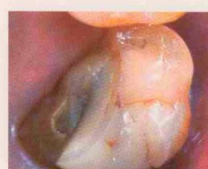


Abb. 4a Etwa 10 Jahre altes Keramikinlay mit palatinaler Höckerfraktur eines endodontisch behandelten Zahnes (Zahn 16) bei einem 54-jährigen Patienten. Keine Zeichen einer klinisch relevanten endodontischen bzw. periradikulären, parodontalen oder funktionellen Irritation.

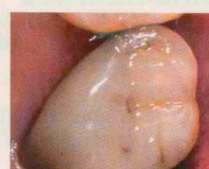


Abb. 4b Situation nach adhäsiver Reparaturrestauration aus Komposit. Beachte, dass diese Restauration mit vier verschiedenen Oberflächen (Schmelz, Dentin, Keramik, Befestigungskomposit) in Kontakt steht. Therapiealternative wäre u. a. die vollständige Entfernung der vorhandenen Versorgung und eine Neuanfertigung, ggf. unter Einbeziehung eines Stiftaufbaus, gewesen.

Nachsatz von Dr. Riedel

Wer von uns ist nicht dankbar für eine Erweiterung der Therapiemöglichkeiten mit den vorhandenen Mitteln? Der vorstehende Beitrag ermutigt uns dankenswerterweise, die eine oder andere Füllungsreparatur durchzuführen, die wir vielleicht bislang im Bereich unzulässiger Flickschusterei angesiedelt hätten, und damit die Adhäsionskräfte moderner Haftvermittler sowie die Belastbarkeit der Komposite auf eine neue Probe zu stellen.

Wirklich hilfreich ist diese Technik im Bereich adhäsiv befestigter Vollkeramikrekonstruktionen, sofern die Beseitigung eventueller Karies wirklich sichergestellt werden kann. Aus eben diesem Grunde würde ich für meinen privaten Gebrauch das Indikationsspektrum bei der Reparatur von Goldinlays etwas einschränken. Hier ist es mir nämlich oft nicht möglich, bei tiefen Randspalten oder Defekten wegen des Schattenwurfs der Goldfüllung einen kaum einsehbaren Spalt zwischen Inlay und Zahnbein als sicher kariesfrei zu erkennen. Oft klemmt bzw. klebt die Sonde genau an dieser Stelle, und es ist schwer zu entscheiden, ob sie in aufgeweichtem Dentin oder nur im gesunden Zementspalt feststeckt. Dann sollte m.E. doch eher das Inlay geopfert werden.

Kontaktadressen

Berlin-BUZ

Dr. Peter Nachtweh, Kaiserdamm 97,
14057 Berlin, Tel. 030 302 30 10
FAX 030 325 56 10,
E-Mail peter.nachtweh@buz-berlin.de;
Stefan Günther, Georg-Wilhelm-Str.3, 10711
Berlin, Tel. 030-890 928 76,
Fax 030-890 928 77,
E-Mail stefan.guenther@buz-berlin.de;
E-Mail helmut.dohmeier@buz-berlin.de

Berlin-DAZ

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

Baden-Württemberg

Dr. Wolfgang Schempf, Wilhelmstraße 3,
72764 Reutlingen, Tel. 07121 338551,
Fax 07121 338517, E-Mail w.i.schempf@web.de

Sachsen

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

Elbe - Weser

Dr. Till Ropers, Alter Marktplatz 2,
21720 Steinkirchen,
Tel. 04142 4277 Fax 04142 2059,
E-Mail ropers.gellrich@t-online.de

Freiburg

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

Hamburg

Thomas Murphy, Poppenbütteler
Chaussee 45, 22397 Hamburg,
Tel. 040 6074151, Fax 040 6074152
thomas@murphy-hamburg.de

Nordrhein

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

Oberbayern / München

Dr. Kai Müller, Hauptstr. 26,
82229 Seefeld/Obb., Tel. 08152/79645
E-Mail Dr_Kai_Mueller@web.de
Dr. Ursula Frenzel, Kidlerstr. 33,
81371 München, Tel. 089 773716,
Fax 089 74665749,
E-Mail ursulafrenzel@hotmail.com

Oberpfalz

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

Oldenburg

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

Rhein Hessen

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

Schleswig Holstein

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

Thüringen

Dr. Bernd Kröplin, Leine Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt,
Tel./ Fax 03606 619518,
E-Mail bukroepin@t-online.de

Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,
32657 Lemgo, Tel. 05261110166,
Fax 05261 92901,
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

DAZ-Geschäftsstelle

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

Termine

15./16.05.2004, Frankfurt/Bürgerhaus
Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung.
15.05.04 - 10.00 Uhr Gesundheitspolitischer
Vormittag zur „Zukunft der Zahnheilkunde
in der Gesetzlichen Krankenversicherung“,
Referent: Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzen-
der der Kassenzahnärztlichen Bundesver-
einigung, 12.30 Uhr Kurzvorstellung des
Projekts Qualitätssicherung des DAZ, 14.00
Uhr Fachvortrag über „Das frühe Milch-
zahntrauma und seine schwerwiegenden
Folgen“, Referent Prof. Willi-Eckart Wetzel,
Universität Gießen ; 16.05.04 - 9.00 Uhr
DAZ-Ratssitzung (Tel. 0221/973005-45)

02.06.2004, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof,
Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch (Tel.
030/3023010)

01.09.2004, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof,
Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch (Tel.
030/3023010)

22.09.2004, Hamburg: zentrale Auftaktver-
anstaltung zum Tag der Zahngesundheit
unter dem Motto „Gesund im Mund - vom
ersten Schluck an“ (Tel. 06151/894814)

25.09.2004, Berlin/Dietrich-Bonhoeffer-
Haus, Ziegelstr. 30: DAZ-Jahrestagung
- 10.00-13.00 Uhr Vortrags- und Diskus-
sionsveranstaltung mit Dr. Dr. Jürgen
Weitkamp, BZÄK-Präsident, über die
Zukunftsperspektiven der Zahnheilkunde
angesichts des Wandels der gesetzlichen
Rahmenbedingungen, 14.00-18.00 Uhr,
DAZ-Jahreshauptversammlung (Tel. 0221/
973005-45 - bitte vorher erkundigen, da
eine TERMINVERSCHIEBUNG nicht völlig
auszuschließen ist)

25.09.0224, bundesweit: Tag der Zahnge-
sundheit

17.11.2004, 20.00 Uhr, Berlin/Geschäfts-
stelle des NAV-Virchow-Bundes, Chaussee-
str. 119 b: Treffen der DAZ-NAV-Virchow-
Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg
zum Thema „Regeneration in der Parodon-
tologie“, Referent: Dr. Friedmann, Charité,
Abt. für Parodontologie und synoptische
Zahnmedizin (Tel. 030/9915108)

9./10.10.2004, Bonn, Andreas-Hermes-
Akademie: VDZM-Herbsttagung, voraus-
sichtlich zum Thema „Globalisierung und
soziale Systeme“ (Tel. 0228/211296)

12./13.11.2004, Frankfurt: Deutscher
Zahnärztetag

01.12.2004, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof,
Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch (Tel.
030/3023010)

**(Weitere Informationen unter Tel
0221/973005-45, Fax 0221/7391239,
Mail daz.koeln@t-online.de)**

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, (DAZ),
Belfortstr.9, 50668 Köln, Tel: 0221 97300545, Fax : 0221 7391239
Mail: DAZ.Koeln@t-online.de, Internet: www.DAZ-web.de
Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ),
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Tel: 030 3023010, Fax : 030 3255610
Mail: pnachtweh@t-online.de, Internet: www.buz-berlin.de

Redaktion

Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Jörg Hendriks, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Hanns- W. Hey,
Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Walter Schulze, Priv.DoZ.Dr.Stefan Zimmer
ViSdP: Dr. Ulrich Happ

Leitender Redakteur dieser Ausgabe:

Dr. Peter Nachtweh

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

Erscheinungsweise: 2 mal jährlich; Auflage: 2.400; Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 20.09.2004

Bezugsbedingungen: Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich, Jahresabo 12 Euro.
Für Mitglieder des DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten einzelne
Ausgaben des DAZ-forum auf Anfrage.

Anzeigenverwaltung, Mediadaten: Irmgard Berger-Orsag, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde,
Belfortstr.9, 50668 Köln, Tel: 0221 97300545, Fax: 0221 7391239, Mail: DAZ.Koeln@t-online.de
Druck: Druckerei Diet, 87474 Buchenberg, E-Mail druckerei-diet@t-online.de

Zahnmedizin in den brasilianischen Slums

Seit fünf Jahren gehören meine Tochter Mareikje und ich zum Kreis der Kollegen aus ganz Deutschland, die einmal im Jahr persönliche Interessen, d.h. den Sommerurlaub, in den Hintergrund stellen, um in den Favelas (=Slums) von Brasilien zu arbeiten.

Nachdem ich mit Dr. Utz Wagner aus Karlsruhe - Vorstand des Vereins „Zahnarzthilfe für Brasilien“ - in Kontakt trat, reiste ich 1997 das erste Mal in Begleitung meiner Familie und meiner Studienfreundin Dr. Rothraudt Schmidt aus Amstade nach Cuiaba, der Hauptstadt des Mato Grosso. Meine Tochter - damals Abiturientin - war als Helferin im Einsatz, mein Mann - von Beruf Diplom-Ingenieur für Maschinenbau und Schiffsbetriebstechnik, zur See fahrend - begleitete uns als „Technisches Hilfswerk.“ Wie gut, dass wir ihn zur Seite hatten - oft fielen Aggregate aus, die er mit Improvisation und großem Einfallsreichtum zu reparieren wusste. Von Montag bis einschließlich Sonnabend arbeiteten wir verbissen, der Wettlauf mit der Zeit begleitete uns pausenlos. Immer die Frage im Hintergrund, wie viele Menschen können wir sanieren (20.000 Favela-Bewohner)?

Auch die Umstellung auf die klimatischen Verhältnisse fiel uns nicht leicht. Die Unterkunft in der Favela von Cuiaba war sehr schön. Zahnmedizinische Tätigkeiten musste ich auf Füllungs- und Extraktionstherapien beschränken. Man darf sich die Arbeit auch nicht zu einfach vorstellen, da das Verhältnis der Favela-Bewohner zu ihrer Mundhöhle sehr eigenartig war. Ein Teil wollte gesunde Zähne extrahieren lassen, auf der anderen Seite sollten für uns „extraktionsreife“ Zähne erhalten und gefüllt werden; doch Wurzelauflösungen gehörten nicht zu unseren Therapiemöglichkeiten. Alles mit äußerster Vorsicht, denn brasilianische Ärzte in der Umgebung sahen den kostenlosen Behandlungen mit Skepsis zu. Die hygienischen Bedingungen schufen wir selbst, in dem wir rund um die Uhr desinfizierten und sterilisierten. Drei Wochen waren wir in der Favela von Cuiaba tätig und anschließend eine Woche in den Reservaten der Indianerstämme der Bororo und Xavantes. Wir waren die Nachfolger der „Ärzte ohne Grenzen“, die ein Jahr vor uns in den o.g. Missionsstationen tätig waren.

Die Verbindung zu unserer Organisation riss nie ab. Anfang des Jahres 2002 meldeten wir uns erneut zum Einsatz. Einsatzort: Salvador Da Bahia, Termin 15. Juni - 08. Juli 2002. Wir fuhren zeitgleich mit einem zweiten Team aus Thüringen, Dr. Andreas Pathe aus Neustadt an der Orla und seiner Tochter Caroline. Nach telefonischen Absprachen waren wir sehr gespannt auf unsere zukünftige Zusammenarbeit und lernten uns am Tage des Abfluges auf dem Frankfurter Flughafen kennen. Ergänzt wurde unser Team durch einen Freund der Familie Dr. Pathe, Stefan Dressel. Er stellte für uns das „Technische Hilfswerk“ und erleichterte unsere Arbeit ringsherum. Die Flugroute führte über Rio de Janeiro nach Salvador Da Bahia. Ein Vorstandsmitglied der „Zahnarzthilfe für Brasilien“ begrüßte uns, und nach kurzer Einweisung begann der Einsatz

in der Favela. Welch ein Anblick! Waren es in Cuiaba noch 20.000 Favela-Bewohner, ließ die Silhouette des Ortes die 400.000 Einwohner erahnen. Und wieder begann der Wettlauf mit der Zeit. Wieviele Menschen würden wir diesmal versorgen können? War doch in Cuiaba eine stattliche Anzahl von Bewohnern durch „unsere Hände“ gegangen.

Unser Wirkungsort war ein wenig Vertrauen erweckendes, vergittertes Gebäude der Organisation „Posto de Saude“ unweit einer Polizeistation. Die im „Posto de Saude“ tätigen brasilianischen Mitarbeiterinnen sprachen weder Englisch noch Deutsch und wir nur „bröckliges“ Portugiesisch. Die üblichen Checklisten an der Wand, wie auch schon in Cuiaba, reduzierten die Konversation auf ein Minimum. „Welcher Zahn tut weh? = Quali dente doi?“ und „Ate, logo = Auf Wiedersehen“. Diese häufig genutzten Worte ergänzten unsere Körpersprache. Das war Zahnmedizin international! Daumen nach oben = Alles okay. Wackelnder Zeigefinger = No. Wir kämpften auch hier mit der Hitze, mit den wie immer ungewöhnlichen Arbeitsbedingungen und dem Zweifel, ob wirklich jeder Patient zu den Allerärmsten gehörte. Das größte Handicap unserer Arbeit war die Fussball-Weltmeisterschaft. Denn ganz Brasilien, speziell die Favela, feierte bis zum Abwinken, Tag und Nacht. Das sind die Ereignisse, die Armut und Aussichtslosigkeit vergessen lassen. Ich möchte einen weltbekannten brasilianischen Schriftsteller zitieren, dessen Worte das Leben Brasiliens wirklich widerspiegeln: „Das Volk ist stärker als die Armut... Auch wenn das Überleben vor lauter Schwierigkeiten und Grausamkeiten fast unmöglich erscheint, das Volk lebt, kämpft, lacht, gibt nicht auf. Sie machen ihre Feste, tanzen ihre Tänze, singen ihre Lieder und lachen ihr befreites Lachen.“ (Jorge Amado)

Wie oft standen wir des Nachts vor Schreck in den Betten, wenn unser Gebäude erzitterte! Die Feuerwerkskörper, die von den Bewohnern vor Freude entzündet wurden, ähneln den Sprengsätzen in Deutschland. Selbst zarte Kinderhände zündeten diese Geschosse einfach so. Gingen wir nach der Sprechstunde zum Einkaufen, ertönten überall die Rufe: „Brazil, Brazil-Alemanha“.

Wir bewegten uns während unserer freien Zeit stets aufmerksam und vorsichtig, sowohl auf den Strassen als auch in den Bussen, denn die Kriminalitätsrate in Salvador ist hoch (nach Einbruch der Dunkelheit). Nach im wahrsten Sinne des Wortes schweisstrei-

benden Arbeitstagen ermöglichte uns ein Schweizer Reisebüro („Bahia Tours“) erholsame Wochenenden in sogenannten Posouda's. Dort kam es zu interessanten Begegnungen mit Menschen, die ebenfalls nicht nur an das eigene Ich denken.

In der dritten Woche unserer Arbeit in Salvador führten wir in der benachbarten Schule (Betreiber ist die Organisation „World Vision“) einen Tag der Zahngesundheit durch. Mit Begeisterung folgten alle Klassen den Demonstrationen der vorputzenden jungen Damen Caroline und Mareikje. Es war ein Hoffnungsschimmer für uns, dass Brasilien nach Aussage einer Professorin der Universität von Salvador eines Tages nicht mehr „das Land der schwarzen Stummel“ sein wird. Zahnpflege stellt immer noch einen Luxus dar bei einem Durchschnittslohn von 200 Real (1 Euro = ca. 3 Real). Weißbrot und Süßigkeiten gehören neben dem Schnaps in den Favela's zu den Billignahrungsmitteln, und die Anzahl der Familienmitglieder ist hoch. Vier bis fünf Kinder sind keine Seltenheit.

Am Ende der drei Wochen flogen wir wie immer total erschöpft, aber dennoch zufrieden nach Hause. Aus dem Arbeitsteam entwickelte sich eine Familienfreundschaft. Unser Kollege Arno aus Karlsruhe stand schon in den Startlöchern zur Ablösung.

Die Frage zum berühmten Tropfen auf den heißen Stein stellte mir 1999 der ehemalige Bundespräsident Roman Herzog zum Neujahresempfang, zu dem ich geladen war. Ich habe aber den eisernen Willen zu helfen und empfinde reine Spenden, anonym gezahlt, als zu wenig. Meine Tochter und andere ermutigen mich, an weiteren Einsätzen teilzunehmen, aktive Hilfe mit dem eigenen Beruf direkt vor Ort zu leisten. So geht die Arbeit weiter, neue Projekte warten auf uns, unter anderem die Behandlung der Straßenkinder von Salvador. Wer von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, uns unterstützen möchte, Power, Temperament und Durchhaltevermögen besitzt, Verständnis für fremde Kulturen hat, melde sich bitte unter der Telefonnummer 0385/5811195 oder per E-Mail unter karin.meyerink@t-online.de.

Mareikje Meyerink, Pekatel
Dr. Karin Meyerink, Schwerin



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)



Pressemeldung

Zahnärztliches Hausarztmodell - eine Alternative zur Praxisgebühr

Der DAZ mahnt die Politik zu ehrlichem Umgang mit den Lasten der Gesundheitsreform

Köln, den 22.04.2004 - Die Einführung von HausZAHNarztmodellen ist eine Forderung des zahnärztlichen Berufsverbandes Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) - als Beitrag zur aktuellen Kontroverse um die Praxisgebühr einerseits und Hausarztmodelle andererseits.

Von Ausnahmen abgesehen hat der Kassenpatient bekanntlich seit Inkrafttreten der letzten Gesundheitsreform jeweils beim ersten Arztbesuch im Quartal eine Gebühr von 10 Euro zu entrichten. Sie soll zur sparsameren Inanspruchnahme von Leistungen veranlassen und insbesondere das sogenannte "Doktor-Hopping" unterbinden. Inzwischen war im Gesundheitsministerium die Freude groß über den Rückgang der Arztbesuche und ebenso über die Ankündigung einiger Krankenkassen, sie würden die Praxisgebühr in Kürze durch ein Hausarztmodell ersetzen. Das heißt, wer sich fest bei einem Hausarzt einschreibt und von ihm durch das Versorgungssystem lotsen läßt, soll zukünftig die Gebühr nicht mehr zahlen müssen.

Nun wird allerdings die Praxisgebühr nicht nur beim Arzt, sondern ebenso beim Zahnarzt fällig. Ob der Verzicht auf einen Arztbesuch in den letzten Monaten zum Vorteil der jeweiligen Patienten und der Solidargemeinschaft war und ob der Weg über den Hausarzt überhaupt unnötigen Aufwand und Kosten spart, ist noch nicht erwiesen. Auf jeden Fall zeigen langjährige Erfahrungen, dass im zahnärztlichen Bereich Doktor-Hopping keine Rolle spielt und die Menschen eher mit Aufklärung und Bonuspunkten zum regelmäßigen Zahnarztbesuch motiviert werden müssen, als dass man sie durch Zusatzgebühren davon abhalten sollte. Auch wenn hier der Einwand kommen wird, dass reine Vorsorge zuzahlungsfrei gestellt ist, so entfaltet die Praxisgebühr, wenn überhaupt, im zahnärztlichen Bereich eher eine unerwünschte Steuerungswirkung.

Der wäre allerdings leicht abzuwenden durch ein HausZAHNarztmodell nach dem Vorbild im ärztlichen Bereich, denn die meisten Bürger haben, wie der DAZ ausführt, de facto bereits einen Hauszahnarzt. Die Überweisung zu Spezialisten, bisher die Ausnahme, könnte im Rahmen des Modells problemlos weiter praktiziert werden. Und was als Doktor-Hopping in der übrigen Medizin kritisiert wird, ist bei komplexen zahnärztlichen Behandlungsfällen als Einholung einer Zweitmeinung eher positiv zu sehen und läßt sich in das vorgeschlagene Modell integrieren. Daher ergeht die klare Forderung an Politiker und Kassen, die Praxisgebühr bei Zahnärzten angesichts des jetzt schon breit realisierten Hauszahnarztprinzips abzuschaffen.

Aber an dieser Stelle könnte sich erweisen, dass der Haupteffekt der Praxisgebühr gar nicht in ihrer steuernden Wirkung gesehen wird. Vielmehr wird sie als Einnahmequelle begrüßt und erleichtert es, Erfolgsmeldungen über Beitragssenkungen zu verbreiten, während in Wirklichkeit die finanzielle Belastung für die meisten gesetzlich Versicherten steigt.

Wenn die Gesundheitsreform von allen Beteiligten akzeptiert und positiv mit umgesetzt werden soll, wäre mehr Ehrlichkeit sicher angebracht - auch beim Thema Praxisgebühr.

Für Rückfragen: **Dr. Eberhard Riedel, DAZ-Vorsitzender**

Tel 089/534552, Fax 089/54404484, Mail E_Riedel@msn.com

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel 0221/973005-45, Fax 0221/7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de, Internet www.DAZ-Web.de