



Berlins
unabhängige
Zahnärzte e. V.



GOZ-Novellierung ohne Zahnärzte?

Offener Brief an das BMGS

KZV-Wahlergebnisse

DAZ und BUZ sind dabei

Qualitätsmanagement

Fragwürdiges - Überflüssiges - Praktikables

Intraligamentäre Anästhesie

„Preiswerter“ Zahnersatz

Diskussionsforum

Vom Zangenkoffer zur Zufluchtsstätte

Herausgeber
DAZ Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
BUZ Berlins unabhängige Zahnärzte

FORUM

84

VON ZAHNÄRZTEN FÜR ZAHNÄRZTE

23. Jahrgang, 4. Quartal

DEUTSCHER ARBEITSKREIS FÜR ZAHNHEILKUNDE BERLINS UNABHÄNGIGE ZAHNÄRZTE

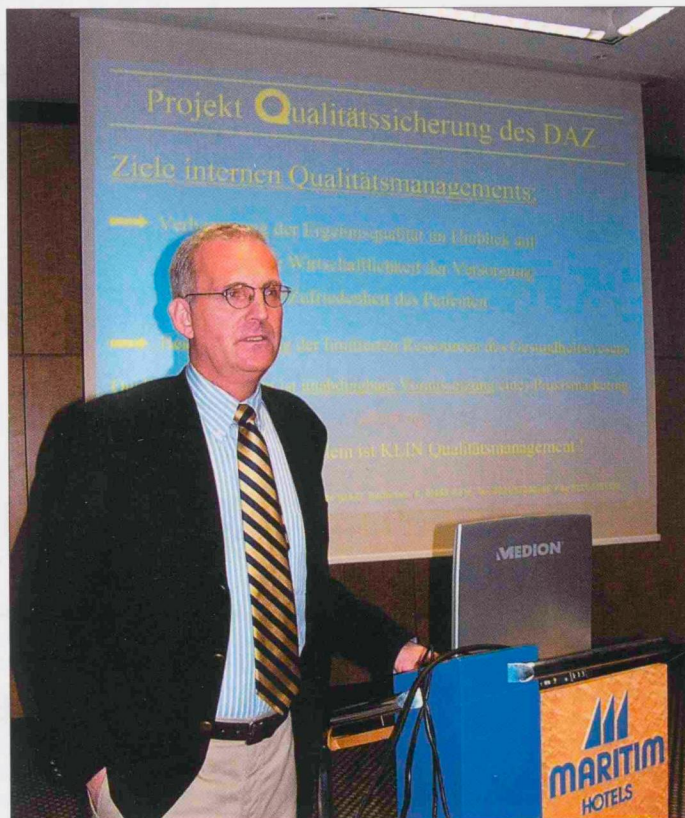
Bundeszahnärztekammer tut sich schwer mit Qualitätsbegriff

*Werkstattgespräch der
„Zahnärztlichen Zentral-
stelle Qualitätssicherung“
sucht nach einheitlicher
Beschreibung des ein-
richtungsinternen Quali-
tätsmanagements*

Die Ergebnisqualität und ein klares Bekenntnis zur ethischen Verantwortung des Zahnarztes sind immer noch heiße Eisen für die Zahnärzteschaft. Dieses wurde bei der Abschlussdiskussion anlässlich eines Werkstattgespräches deutlich, das von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) durch die „Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung“ (zzq) im IDZ am 27. Oktober 2004 in Berlin veranstaltet wurde. Ziel der Veranstaltung war der Versuch einer einheitlichen Definition von Merkmalen, die das Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen beschreiben. Die Leitung der Veranstaltung oblag neben dem Präsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Herrn Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und der Leiterin der zzq, Frau Barbara Bergmann-Krauss dem Vorsitzenden des Ausschusses Qualitätssicherung der BZÄK, Herrn Dr. Peter Boehme aus Bremen.

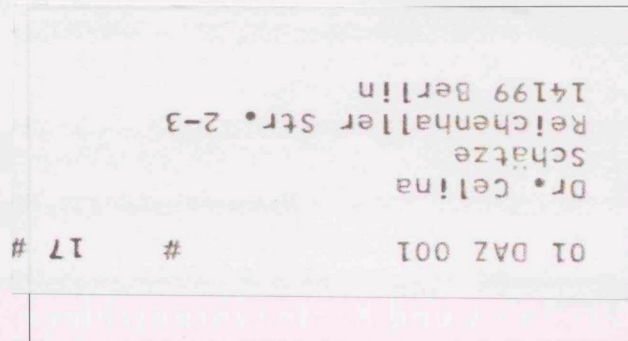
Zur Vorstellung gelangten ausschließlich Qualitätsmanagement-Projekte, die in zahnärztlicher bzw. ärztlicher Regie ohne die Beteiligung eines kommerziellen Anbieters entstanden waren. Neben 4 zahnärztlichen Projekten wurde auch ein Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgestellt.

Eingeladen waren die Vertreter unterschiedlichster Ansätze zum Qualitätsmanagement.



Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe stellte das seit 2001 entwickelte Zahnärztliche Praxis Management System (Z-PMS) vor. Ein System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Namen „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP) wurde von dem zuständigen Dezernenten der KBV präsentiert. Der stellvertretende Direktor der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe, Prof. Dr. Wilfried Walther, beschrieb die zahnärztliche Ausgestaltung des „European Practice Assessment“ (EPA-dent). Von zwei niedergelassenen Zahnärzten wurden ebenso Erfahrungen mit der ISO-Zertifizierung wie auch mit der „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) in der Zahnarzt-

Fortsetzung auf Seite 4



DAZ, Belfortstr. 9 50668 Köln
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt G8845



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

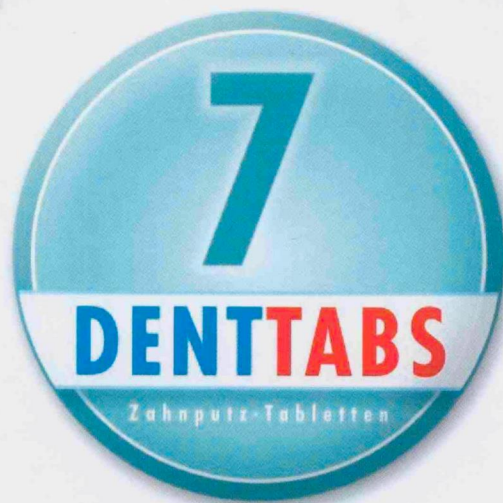
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

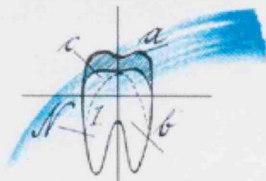
EINFACH! SAUBERE ZÄHNE!



Zahnputztabletten
Auch für Ihren Prophylaxeshop
www.denttabs.com

Auch einfach !
Ihre Patienten müssen nicht ins Ausland fahren.
Wenn Sie mit uns zusammenarbeiten.

proDentum®
Dentaltechnik



"Damit ein Lächeln nicht die Welt kostet!"



DIN EN ISO 9001:2000
Zertifikat: 01 100 035012

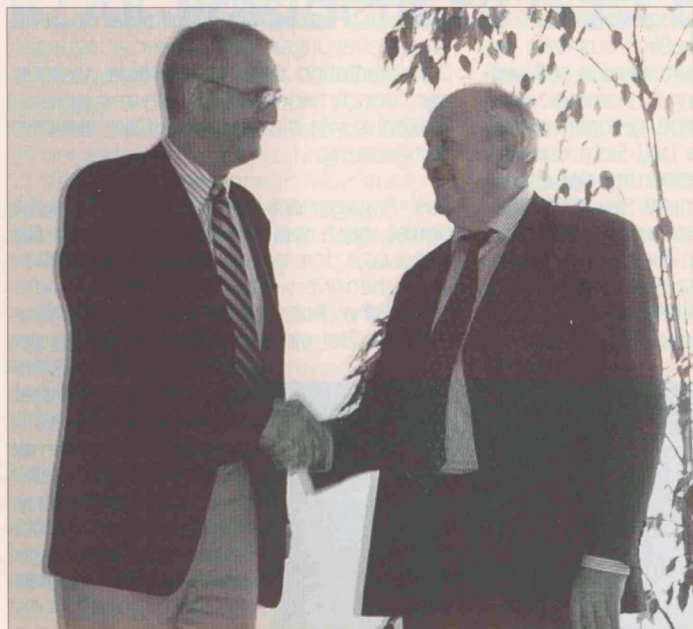
www.prodentum.de
Damit ein Lächeln nicht die Welt kostet.

Alle Infos und Kostenvoranschläge unverbindlich anfordern: 0800 – 46 900 80

Inhaltsverzeichnis

BZÄK und Qualitätsbegriff	Dr. E. Riedel	1
Erweiterte Kooperation DAZ/NAV	Dr. E. Riedel	3
BZÄK-Präsident zu Gast beim DAZ	I. Berger-Orsag	5
Offener Brief zur GOZ-Novellierung	Dr. E. Riedel,	
	Dr. G. Ebenbek	7
KZV-Wahlen unter neuen Vorzeichen	I. Berger-Orsag et al.	8
Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	D. Hollstein	11
ZE-Reform erfordert verändertes Gutachterwesen	DAZ-Pressemeldung	12
DAZ-VDZM-Frühjahrstagung 2005		13
DAJ bundesweite Präventions-Aktivitäten	Dr. A. Gerlach	13
Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis	Dr. E. Riedel	14
Berichte zum DAZ Projekt Qualitätssicherung	Dr. E. Riedel	
	Dr. U. Zibelius	17
Die intraligamentäre Injektion	L. Taubenheim	18
Neue Zahnimplantate - Ein Erfahrungsbericht	Dr. T. Ropers	21
Denttabs: Die bessere Alternative zur Zahnpasta?	PD Dr. S. Zimmer	23
Forum-Diskussion „Preiswerter Zahnersatz“	Dr. E. Riedel et al.	25
Termine		30
Guck mal, was Du kaufst		31
Was ist MUT		32
Bericht zur DAZ-JHV 04	I. Berger-Orsag	33
Vom Zangenkoffer zur Zufluchtsstätte	Dr. R. Ernst	34
Der DAZ stellt sich vor		36
BUZ e.V.- stellen sich vor		37
Kontaktadressen, Impressum		38

DAZ und NAV-Virchow-Bund besiegeln erweiterte Kooperation



Dr. Eberhard Riedel, DAZ-Vorsitzender, Dr. Maximilian Zollner, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit der Unterzeichnung eines neuen Kooperationsvertrages durch den Vorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Maximilian Zollner, und den DAZ-Vorsitzenden Dr. Eberhard Riedel am 30.10.04 in Köln konnte die standespolitische

schaft von DAZlern im NAV mehr. Umgekehrt bietet der DAZ weiterhin den im NAV-Virchow-Bund organisierten Zahnärzten eine beitragsfreie zweite Mitgliedschaft im DAZ an.

Für die Inanspruchnahme von NAV-Virchow-Bund-Serviceleistungen – insbe-

Zusammenarbeit zwischen beiden Verbänden auf ein neues Fundament gestellt werden. Verschiedene Änderungswünsche seitens des NAV-Virchow-Bundes hatten eine Modifizierung des seit 1988 bestehenden Vertrages erforderlich gemacht. Nunmehr konnten einige in der jüngeren Vergangenheit unklare Sachverhalte abschließend und einvernehmlich geregelt werden.

So gibt es nach dem neuen Vertrag keine kostenlose Doppel-Mitglied-

sondere im Bereich Rechtsberatung - wurde eine Lösung gefunden. Sie ermöglicht es uns ab jetzt wieder, unseren Mitgliedern ein breiteres Leistungsspektrum zu offerieren. In Bezug auf Themen wie Praxisgründung, Praxisübernahme oder Praxisübergabe, Wahl der geeigneten Praxisform, Verträge mit Partnern, Mitarbeitern, Vermietern, Personalführung, Versicherungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Umgang mit gesetzlichen Auflagen, effiziente Betriebsführung usw. möchten wir die DAZ-Mitglieder ermuntern, bei Bedarf die Informationsmaterialien und das Knowhow der Spezialisten unseres Partnerverbandes zu nutzen.

Was die Zusammenarbeit auf der Geschäftsstellenebene anlangt, so funktionierte diese bisher, ob mit ob ohne Kooperationsvertrag, ohne Probleme. Die im alten Vertrag enthaltenen Regelungen, z.B. zur Teilung der anfallenden Kosten, wurden, soweit noch relevant, fortgeschrieben.

Inzwischen hat auch die standespolitische Zusammenarbeit zwischen unseren Verbänden ganz konkrete Formen angenommen. Den Anfang machte Dr. Klaus Gebuhr, Sozialwissenschaftler und Geschäftsführer der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes. Er brachte seine Erfahrungen in Bezug

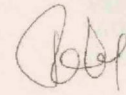
auf Fragebogenerstellung, Datenerfassung und -auswertung in unser ‚Projekt Qualitätssicherung‘ ein und schloss damit eine wichtige Lücke. Unsere Grundidee zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wiederum stand Pate für das ‚Projekt Qualitätssicherung‘, welches nun auch der NAV-Virchow-Bund starten wird und in welches große Teile der DAZ-Konzeptes übernommen werden konnten. Das

Projekt des NAV wird allerdings zunächst in einer deutlich abgespeckten Variante präsentiert und dient zunächst nur als freiwilliges Erhebungsinstrument zur Feststellung struktureller Gegebenheiten und Defizite in den Praxen.

Dieses Projekt des NAV-Virchow-Bundes wurde zeitgleich mit der Unterzeichnung des neuen Kooperationsvertrages vorgestellt und bildete damit einen gelun-

genen Beleg für die neue Qualität der Zusammenarbeit und den gegenseitigen Nutzen, den unsere Verbände auch in Zukunft voneinander erwarten.

Dr. Eberhard Riedel,
DAZ-Vorsitzender, München



Fortsetzung von Seite 1

praxis berichtet. Eine knappe halbe Stunde hatte ebenfalls der DAZ Gelegenheit, auf dieser höchsten Ebene sein ‚Projekt Qualitätssicherung‘ zu erläutern.

Bereits die Vielfalt der Projektansätze lässt erahnen, wie außerordentlich unterschiedlich der gesetzliche Auftrag eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verstanden wird. Hierbei hat der Gesetzgeber den Schwerpunkt ganz eindeutig bei der Ergebnisqualität angesiedelt. Auffallend war, dass sich fast alle Projekte, mit Ausnahme des DAZ-Projektes, vorrangig mit vielen ergebnisqualitätsfremden Sachverhalten auseinandersetzen und damit einen unnötigen Bewältigungsumfang erzielen, der viele Praxisinhaber abschrecken dürfte. Hinzu kommen überwiegend ganz erhebliche Teilnahmegebühren zwischen 2.500 und über 10.000 Euro. Fragwürdige Bestandteile mehrerer Programme sind Anleitungen zur Arbeitssicherheit, Fragen zum Medizinproduktegesetz und zur betriebswirtschaftlichen Führung der Praxis. Die Einwände des DAZ, dass es sich bei diesen Themen um Aspekte eines, teilweise ohnehin vorgeschriebenen, **Praxismanagements**, nicht aber notwendigerweise um **Qualitätsmanagement** handelt, wurden von der Mehrheit der Anwesenden offenbar nicht geteilt. Die Tatsache, dass Praxismanagement ja sowieso Bestandteil einer jeden Praxistätigkeit ist und der Gesetzgeber wohl kaum Anlass sah, ausgerechnet in diesem Bereich noch weiter regulierend einzugreifen, kann jedoch nicht von der Hand gewiesen werden.

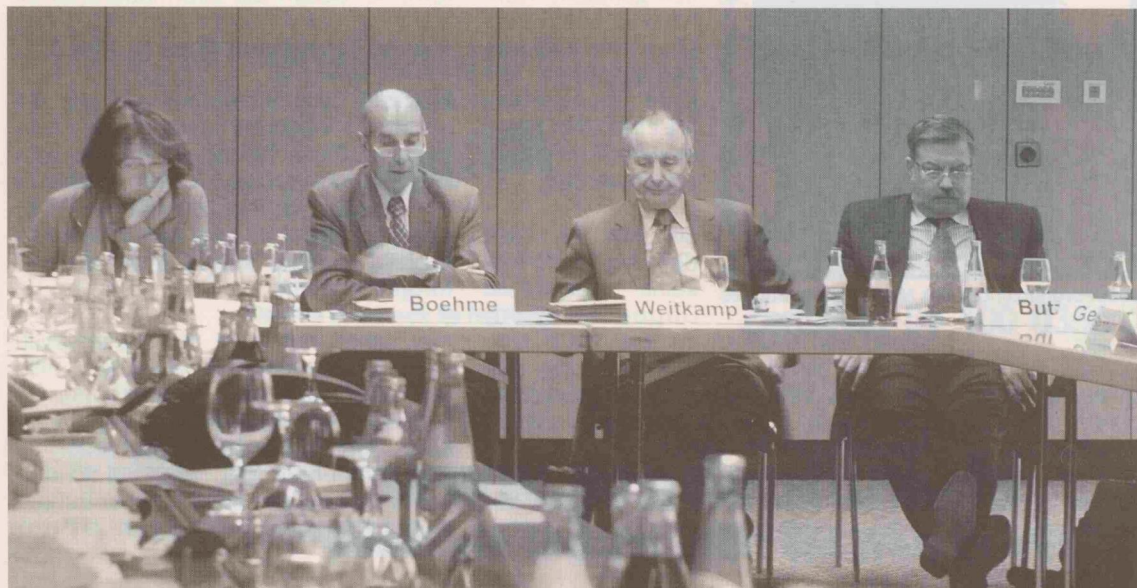
Das DAZ-Projekt erwies sich als das einzige, das Instrumente zur Kontrolle und Korrektur der Ergebnisqualität beinhaltet. Es ist ebenfalls das einzige, welches die Selbstverpflichtung zu ethisch motivierter Behandlungsweise ausdrücklich hervorhebt. Zudem ist es mit Abstand das Projekt mit der größten Patientennähe, da es gezielt und problemorientiert Behandlungsdefizite aufdeckt. Durch die Kombination von einfacher Integration in den Praxisalltag, der Konzentration auf das Wesentliche, geringsten Kosten und größter Korrekturmöglichkeiten erkannter Defizite hebt es sich von den anderen Projekten deutlich ab. Erkennbar wurden aber auch die Berührungspunkte vieler anwesender Kollegen mit einem derart zielgerichteten schnörkellosen Qualitätsmanagementprogramm.

In einer vorbereiteten Resolution, die nach Diskussion in einigen Punkten geändert wurde, einigten sich die Teilnehmer auf die Erkenntnis, dass es heute noch keine einheitliche Herangehensweise an das zahnärztliche Qualitätsmanagement gibt und daher kein bestehendes Programm einem anderen vorzuziehen ist. Lediglich war man sich darüber einig, dass Qualitätsmanagement in zahnärztlicher Regie ausschließlich aus dem Berufsstand heraus realisiert werden soll, womit eine klare Abgrenzung zu kommerziellen Programmen der Industrie gezogen wurde. Nicht durchsetzbar aus DAZ-Sicht war das Hervorheben der Verbesserung der Ergebnisqualität, die eben nicht zwangsläufige Folge besserer Strukturen und Prozesse ist. Auch das Herausstellen eines ethisch-moralischen Anspruchs war mehrheitlich nicht durchsetzbar, wobei die Begründung, dieser Grundsatz sei dem Berufsstand inherent,

nicht befriedigen kann. Allein die Diskussion zum Begriff ‚Fehleranalyse‘ verlief insofern kontrovers, als manchem Teilnehmer das Wort ‚Fehler‘ im Zusammenhang mit zahnärztlichem Tun nicht passte. Hier konnte sich die DAZ-Meinung durchsetzen, dass die gesamte Diskussion um Qualitätsmanagement von vornherein obsolet wäre, wenn es keine Fehler zu beheben oder zu vermeiden gäbe. Eine erfreulich klare Ablehnung erfuhr die Gleichsetzung von Qualitätsmanagement und Marketing. Der DAZ hatte zuvor darauf hingewiesen, dass Qualitätsmanagement grundsätzlich unabdingbare Voraussetzung für jede Form von Praxismarketing sein müsse.

Dem einzelnen Praxisinhaber wird empfohlen, bei der Wahl eines Qualitätsmanagement-Systems nach den Gesichtspunkten: Nutzen für die Praxis, Kosten, Organisationsaufwand, Anwendungserfahrung in Praxen sowie dem Grad der Fremdbestimmung zu entscheiden. Gerade in diesen Punkten schneidet unser ‚Projekt Qualitätssicherung‘ hervorragend ab. Als mögliche Eckpfeiler eines Qualitätsmanagements wurden u.a. genannt: Fortbildung, Qualitätszirkel, Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen, Dokumentation der Praxisabläufe, Visitationen, Benchmarking (Vergleich mit anderen Praxen) sowie die Möglichkeit der externen Zertifizierung.

Das Engagement der BZÄK auf diesem Gebiet, auch wenn letztlich durch die Gesetzeslage forciert, ist sehr zu begrüßen. Wünschenswert wäre allerdings eine kontinuierliche Fortsetzung dieser Diskussion mit dem Ziel einer weiteren Schärfung des Problembewusstseins der Zahnärzteschaft in Bezug auf Behandlungsdefizite und die Notwendigkeit einer Qualitätsförderung. Sollte unser Berufsstand die gesetzliche Forderung nach echtem Qualitätsmanagement nicht mit voller Ernsthaftigkeit umsetzen, wird er schließlich Gefahr laufen, sich weitere berufsfremde Eingriffe in dieser Richtung gefallen lassen zu müssen. Alle Beteiligten sollten dieses zu vermeiden suchen.



Dr. Eberhard Riedel,
München

Resolution

Werkstattgespräch der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung „Modelle zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“

am 27. Oktober 2004 in Berlin

Zusammenfassung und Quintessenz

Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen soll helfen, die Versorgungsqualität zu verbessern, die Gesundheit des Patienten und seine Zufriedenheit in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen und den Praxiserfolg zu sichern.

Qualitätsmanagement beinhaltet die Entwicklung eines praxisindividuellen Leitbildes sowie die Selbstbewertung durch Planung, Überprüfung und erfolgreiche Durchführung von Organisationsabläufen.

Auf dem Markt werden zur Zeit eine Vielzahl unterschiedlicher Qualitätsmanagement-Systeme angeboten. Kein System kann jedoch bis zum heutigen Tage eine Überlegenheit gegenüber anderen Systemen mit wissenschaftlichen Methoden beweisen. Untersuchungen aus der Industrie sind für die ärztliche/zahnärztliche Praxisführung irrelevant.

Die Forderung des Gesetzgebers nach Einführung eines Qualitätsmanagements in der ärztlichen/zahnärztlichen Praxis ist ein Postulat ohne wissenschaftliche Basis, da wissenschaftliche Ergebnisse über die Einführung von Qualitätsmanagement in den Praxen nur fragmentarisch vorhanden sind.

Daher gibt es auch nicht ein Qualitätsmanagementsystem, das allgemein für jede Praxis empfohlen werden könnte.

Der Kollegenschaft wird empfohlen, die auf dem Markt angebotenen Systeme nach den Kriterien:

- Nutzen für den Patienten
- Nutzen für die eigene Praxis
- Kosten
- Organisationsaufwand
- Anwendungserfahrung in Praxen
- Grad der Fremdbestimmung

zu überprüfen, bevor eine Entscheidung getroffen wird.

Qualitätsmanagement muss eine Aufgabe sein, die Zahnärztinnen und Zahnärzte in eigener Verantwortung betreiben. Die Standesorganisationen sollten wichtige Hilfestellung leisten, in dem sie die sachliche Information über Nutzen und Wirkungsweise von Qualitätsmanagementsystemen bekannt machen, um auf diese Weise den Missbrauch der gesetzlichen Vorschriften zum Nachteil der Kollegenschaft vorzubeugen.

Dies ist auch zu berücksichtigen bei der Umsetzung der §§ 135 und 136 durch die Selbstverwaltung.

Professionalisierung der Zahnärzte durch Fortbildung und Qualitätsmanagement

BZÄK-Präsident zu Gast bei DAZ-Tagung in Berlin

„Professionalisierung des zahnärztlichen Berufsstandes – ist das nicht doppelt gemoppelt?“ flüsterte meine Tischnachbarin, als der Referent unserer Jahrestagung am 09.10.2004, Bundeszahnärztekammerpräsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, nach vorn zum Rednerpult schritt. Diese Frage wurde schnell beantwortet.

Profis wie Zahnärzte bedürfen fortwährender Professionalisierung, um ihre Professionalität zu bewahren – diesen Gedanken stellte Weitkamp seinem Referat voran, ehe er zu einem Exkurs weit zurück in die Geschichte des zahnärztlichen Berufsstandes ausholte. Noch bis ins 19. Jahrhundert hinein kümmerten sich um die Zähne selbsternannte Spezialisten recht unterschiedlicher Provenienz, deren Wurzeln eher im handwerklichen Bereich lagen. Erst gegen Ende des Jahrhunderts etablierte sich eine Zahn-Medizin mit wissenschaftlicher Grundlage.

Zur gleichen Zeit bildeten sich erste berufsständische Zusammenschlüsse, darunter der Centralverein, aus dem die heutige Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Dach aller zahnärztlichen Fachorganisationen, entstand. 1911 wurden die ersten Zahnärztekammern gegründet als Institutionen mit teils standespolitischem, teils staatlichem Charakter. Im Gefolge entwickelte sich der

Dualismus zwischen den universitär gebildeten Zahnärzten und den aus der handwerklichen Wurzel hervorgegangenen Dentisten, der erst durch das Zahnheilkundengesetz von 1952 zugunsten der Zahnärzte beendet wurde. Weitkamp titulierte das Gesetz die „Magna Charta der Zahnheilkunde“ und beschwor seine Fachkollegen, das Erreichte nicht leichtfertig aufs Spiel zu setzen. Während 1952 Paragraph 1.4 „Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe“ als Fortschritt gefeiert wurde, meinten heute viele Zahnärzte, nur noch mit möglichst großen gewerblichen, Medizin-fernen Anteilen ihrer Praxis überleben zu können. Sie riskierten damit den Verlust des ärztlichen Status und den Verlust der Freiberuflichkeit. Mühsam arbeite man derzeit innerhalb der Europäischen Union daran, die Freiberuflichkeit in europäisches Recht zu übernehmen. Dabei gäbe es durchaus Missverständnisse. Freiberuflichkeit sei nicht gleichzusetzen mit unbegrenzter Freiheit. Vielmehr trage der Freiberufler gesellschaftliche Verantwortung und habe Verpflichtungen als Sachwalter seines Klienten oder Patienten. Als weitere Wesensmerkmale des Freiberuflers nannte Weitkamp die individuelle schöpferische Tätigkeit und die fachliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit.

Vielen DAZlern sprach der Zahnärztekammerpräsident aus der Seele. Hatte

der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde doch seit jeher die medizinischen Wurzeln der Zahnheilkunde betont und die Nähe zur Ärzteschaft gesucht – man denke hier auch an die Verbindung zum ärztlichen Verband NAV-Virchow-Bund. Ebenso herrscht im DAZ die Meinung vor, dass Freiberuflichkeit nicht als Freibrief zu sehen ist, sondern als ein Stück Spielraum innerhalb eines klar abgesteckten Rahmens, in dem den Rechten auch Pflichten gegenüberstehen.

Kritiker insbesondere aus den Reihen des Freien Verbandes stützen hierauf die Vorwürfe, die zahnärztlichen Körperschaften seien zum Amtswalter des Staates degradiert, und die Freiberuflichkeit hemme den Wettbewerb. Dem hielt Weitkamp die Spielregeln eines demokratischen Rechtsstaates entgegen. Die Zahnärzteschaft müsse um Mehrheiten kämpfen und bei Rechtsverletzungen ihr Recht vor den Gerichten suchen. Tatsächlich werde manches Unsinnige und Widersprüchliche von der Politik beschlossen. Die Zahnärzte unterlägen dem Zwang, zum Teil auch solche Dinge umsetzen zu müssen. Da käme es an auf eine „intelligente“ Umsetzung. „Alles, was wir selber regeln können, das müssen wir auch selber regeln!“, forderte der BZÄK-Präsident. Genau dies – so ging es manchem Zuhörer durch den Kopf – konnte man unzählige Male im DAZ-Forum

nachlesen. Wie oft hatten DAZler Vorschläge gemacht und dafür plädiert, Probleme seitens der Zahnärzteschaft schon in einem frühen Stadium anzupacken, ehe der Gesetzgeber Handlungsbedarf sehen und sich mit möglicherweise sehr sachfremden Vorgaben einschalten würde! Die Körperschaften stellten sich stur - mit dem Ergebnis, dass viele Dinge inzwischen von oben geregelt sind, zum Teil mit unnötig hohem Aufwand für die Praxen.

Fortbildung und Qualitätssicherung, beides zentrale Anliegen des DAZ, gehören zu den inzwischen vom Gesetzgeber aufgegriffenen Bereichen. Zum Glück bestehen hier trotz Gesetz noch Spielräume für die Körperschaften und zahlreiche Alternativen für die Zahnärzte. Seit Einführung der Pflichtfortbildungspunkte – so Weitkamp – boome der Fortbildungssektor. Fortbildung – aus seiner Sicht unerlässlich zum Erhalt der Professionalität, die ohne Fortbildung von Tag zu Tag mehr verloren gehe – könne zum Glück in ganz verschiedenen Formen absolviert werden, so dass jeder sich das ihm Gemäße herausuchen könne: Lektüre, Videos, Kurse im Kollegenkreis, Internetnutzung, Praxisbesuche, Kammerfortbildung, Kurse im Ausland usw.

Mehrere Alternativen gibt es auch in Bezug auf Qualitätssicherung und das seit dem GMG vorgeschriebene „einrichtungsinterne Qualitätsmanagement“. Weitkamp konstatierte, dass inzwischen Qualität und Qualitätssicherung nicht mehr als „Unwort“ abgetan werden. Tatsächlich gab es eine Phase, in der der DAZ durch Aufdecken von Qualitätsmängeln und durch konstruktive Konzepte zur Qualitätsverbesserung die zahnärztlichen Standesorganisationen zu systematischem Engagement auf diesem Gebiet zu bewegen versuchte. Er wurde (sinngemäß) damit abgespeist, dass die Qualität zahnärztlicher Arbeit in Deutschland über jeden Zweifel erhaben sei und man sich mit diesem Thema in keiner Weise beschäftigen müsse. Das ging soweit, dass fast schon

der bloße Gebrauch des Wortes „Qualität“ zur Ausgrenzung dessen, der es in den Mund genommen hatte, führte ...

Zum Glück ist dies Vergangenheit. Die Bundeszahnärztekammer sieht sich – nicht nur auf Grund gesetzlicher Vorgaben sondern auch auf Grund ihres eigenen Selbstverständnisses – als zuständig an, die Qualität der Zahnheilkunde in Deutschland voranzubringen. So hat sie in diesem Jahr zusammen mit der KZBV eine „Agenda Qualitätsförderung“ erarbeitet und ihre Absichten über Veranstaltungen und breite Darstellung in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ an die Kollegschaft herangetragen. Dieses Engagement wird im DAZ prinzipiell begrüßt. Jedoch ist aus DAZ-Sicht nach wie vor zu bemängeln, dass der Erfassung und Förderung der Ergebnisqualität zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Auch Dr. Weitkamps Referat bildete hier keine Ausnahme.

Die Umsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen internen Qualitätsmanagements (QM) hat nicht die BZÄK allein zu regeln. Vielmehr entscheidet hierüber der neu konstituierte gemeinsame Bundesausschuss. Laut Weitkamp will die Dachorganisation der Kammern keinesfalls ein bestimmtes QM-Konzept empfehlen oder gar verpflichtend vorgeschrieben wissen. Sie will den Zahnärzten Kriterien zur Bewertung vorhandener Systeme an die Hand geben, so dass jeder selbst die Auswahl passend zu den Bedingungen seiner Praxis treffen kann. Gleichzeitig will die BZÄK verhindern, dass der Aufwand unnötig hoch getrieben wird, was durchaus im Interesse bestimmter Firmen sein könnte, die den Zahnärzten ihre Dienste als Zertifizierer o.ä. anbieten.

In der nachfolgenden Aussprache nannte Dr. Weitkamp auf Nachfrage einige seiner Kriterien: die Forderungen nach möglichst geringer Fremdbestimmung, nach sorgfältiger Dokumentation, nach Objektivierung über Patientenumfragen, nach möglichst

geringer Belastung des Praxisalltags. Hinsichtlich der Empfehlung bestimmter Systeme oder auch hinsichtlich der verbindlichen Überprüfung bestimmter Qualitätsparameter im Rahmen des QM legte er sich jedoch auch in der Diskussion nicht näher fest.

Insgesamt stellte Weitkamp die Zukunftsaussichten der Zahnärzte, die einschlägigen Studien zufolge auch bei einer Veränderung der oralen Morbidität weiterhin genug Arbeit haben werden, durchaus positiv dar. Die Kollegen sollten

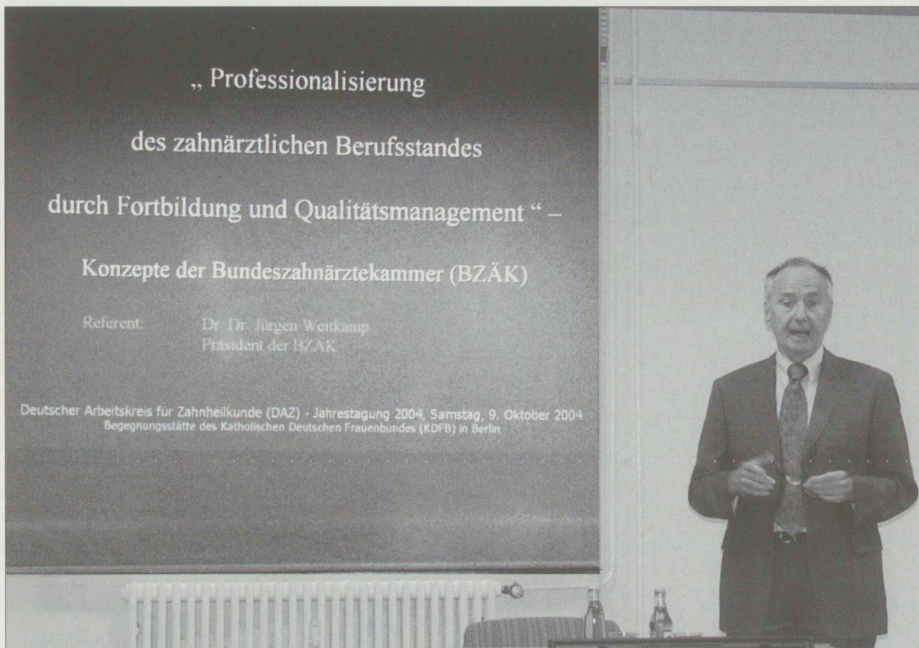
- ihre ärztlich-ethische Orientierung bewahren und präventionsorientierte Zahnheilkunde betreiben
- weiter auf die notwendige Reform der Ausbildungsordnung drängen
- die Vorteile ihrer korporatistischen Strukturen nutzen
- Weiterbildung auf allen Gebieten der modernen Zahnheilkunde betreiben
- ihre Freiberuflichkeit bewahren
- sich dem Wettbewerb stellen.

Ein dringendes Anliegen war vielen Teilnehmern unabhängig vom Thema der Tagung die Novellierung der GOZ, weshalb sie auch in der nachfolgenden Diskussion den größten Raum einnahm. Die Novellierung sei, so berichtete Weitkamp, vom Bundesgesundheitsministerium bis 01.01.2006 geplant. Die Entscheidung liegt bei Ministerium und Bundesrat. Bei dieser Verordnung hat die BZÄK kein Stimmrecht; sie wird allenfalls beratend hinzugezogen.

Die privaten Krankenversicherer (PKV) scheinen in diesem Fall schon seit einer Weile mit dem Ministerium in Kontakt zu stehen und ein Konzept von Pauschalgebühren zu favorisieren. Weitkamp warnte, sie würden so ihre Identität aufgeben und die Restriktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung einschl. des Wirtschaftlichkeitsgebots übernehmen.

Diskutiert wurden die Möglichkeiten, dass entweder ein umfassender, an der DGZMK-BZÄK-Beschreibung der modernen Zahnheilkunde orientierter Leistungskatalog aufgestellt wird – mit niedrig angesetzten Gebührenpositionen. Oder dass ein kleinerer Katalog entwickelt wird mit höheren Gebühren und einem Paragraphenteil mit Öffnungsklausel. Natürlich gäbe es noch weitere Alternativen: eine Vertrags-Gebührenordnung oder auch gar keine Gebührenordnung. Problematisch ist, dass diejenigen, die entscheiden, keinesfalls über den Parteien stehen. Im DAZ war man sich einig, das Thema weiter zu verfolgen und möglichst auch Gespräche mit verschiedenen Beteiligten zu führen.

Der DAZ-Vorsitzende und das Auditorium dankten Dr. Weitkamp für seine engagierten Ausführungen mit einem kleinen Geschenk und kräftigem Beifall.



Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, BZÄK - Präsident

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Offener Brief zur geplanten GOZ-Novellierung

Sehr verehrte Frau Bundesministerin Schmidt,

aus unterrichteten Kreisen war in den letzten Wochen zu erfahren, dass die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) durch das Zusammenwirken Ihres Ministeriums mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen weit fortgeschritten ist. Mit großer Sorge erfüllt uns, dass Kenntnisse hierüber innerhalb des zahnärztlichen Berufsstandes, bis hin zu den höchsten Gremien, fast nicht existieren und offenbar wesentliche Konzeptionen weitestgehend ohne die Hinzuziehung zahnärztlichen Sachverständigen erarbeitet werden. Auch die Beratung seitens der Bundeszahnärztekammer scheint bislang nicht ernsthaft in Anspruch genommen worden zu sein.

Ich möchte Sie durch diesen offenen Brief bitten, dafür Sorge zu tragen, dass die von Ihrem Ministerium geplante Neufassung der GOZ auch die berechtigten Interessen der Zahnärzte und der Patienten dahingehend berücksichtigt, dass die Gebührenordnung an dem aktuellen Stand der Zahnheilkunde ausgerichtet wird. Diese Forderung ist dabei deckungsgleich mit der Zusage der Bundesregierung, dass jeder Bürger Anspruch auf die gesundheitliche Versorgung hat, die die moderne Medizin bietet.

Wir befürchten tatsächlich zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine konträre Entwicklung, die den Bürgern den Zugang zu moderner Medizin massiv erschwert und zudem die zahnärztliche Berufsausübung existenziell bedroht. Der Berufsverband, dem ich vorstehe, hat sich neben der Interessenvertretung des Berufsstandes seit Beginn seines Bestehens in ganz besonderem Maße für die sozialen Belange der Patienten eingesetzt und dieses durch zahlreiche Programme stetig untermauert. Unser in diesem Jahr ins Leben gerufene 'Projekt Qualitätssicherung' als eines der ersten einrichtungsinternen Qualitätsmanagementprogramme stellt als einziges das ethisch motivierte Verhalten des Zahnarztes auf glaubwürdige Weise in den Vordergrund und fördert, u.a. durch den klaren Verzicht auf Marketingstrategien zur Steigerung eines künstlichen Behandlungsbedarfes, die Betreuung unserer Patienten unter sozialen Gesichtspunkten.

Allerdings muss über alles soziale Selbstverständnis hinaus jedem Zahnarzt die Arbeit unter Wahrung betriebswirtschaftlich vernünftiger Bedingungen erhalten bleiben. Durch weitere wirtschaftliche Einschnitte, wie sie nun auch offenbar mit der GOZ-Novellierung beabsichtigt sind, stößt aber selbst der sozial engagierteste Zahnarzt an unüberwindliche Grenzen. Die notwendige Anpassung der Vergütung an die wirtschaftliche Entwicklung seit 1988, allein zum Ausgleich der Teuerungsverluste, ist längst überfällig. Auch wir Zahnärzte als mittelständische Unternehmer haben ein Anrecht auf Planungssicherheit in unseren Praxen. Wir bilden in unseren Praxen zahnärztliche Helferinnen sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Abschluss ihres Studiums aus. Die Neufassung einer zahnärztlichen Gebührenordnung kann und darf sich deshalb nicht ausschließlich an den Interessen der privaten Krankenversicherungen und der Öffentlichen Hand als Träger der Beihilfestellen ausrichten.

Auch uns ist klar, dass die Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung und Anwendung einiger allgemeiner Vorschriften der Gebührenordnung sowie einer Reihe von Gebührentatbeständen zwischen Zahnärzten und Zahnärztekammern einerseits und Unternehmen der privaten Krankenversicherung und Beihilfestellen des öffentlichen Dienstes andererseits geregelt werden müssen. Auch für uns ist es nicht tragbar, dass die Nachteile dieser Rechtsunsicherheiten regelmäßig von den zahlungspflichtigen Patienten getragen werden müssen. Es ist deshalb auch für uns ein wichtiges Anliegen, die aufgetretenen Differenzen in der Auslegung und Anwendung der Gebührenordnung im Interesse sowohl der Patienten und der Kostenerstatter als auch der Zahnärzte zu bereinigen. Für diese Bereinigung muss aber eine Lösung angestrebt werden, die sowohl dem geltenden Recht zur Durchsetzung verhilft, als auch die berechtigten fachlichen Einwände der Zahnärzteschaft berücksichtigt.

Das derzeit gültige zahnärztliche Gebührenverzeichnis ist im Jahr 1987 von Grund auf neu erstellt worden. Auch wenn seine bisherige Anwendung nicht in allen Fällen reibungslos verlaufen ist, hat sich aber doch deutlich bestätigt, dass die GOZ nach Struktur und Inhalt sowie Bewertung der zahnärztlichen Leistung grundsätzlich richtig angelegt war. Bestätigt hat sich auch, dass die Zahnärzteschaft in Deutschland mit

diesem Gebührenverzeichnis verantwortungsbewusst, bezogen auf die praktizierte Faktorgestaltung, umgegangen ist. Die monetären Zwänge der Kostenerstatter sind tatsächlich nicht durch die zahnärztliche Behandlung der Versicherten verursacht worden. Daher wäre auch eine jetzige Anpassung zulasten einer modernen Zahnheilkunde und zulasten der Zahnärzte mehr als widersinnig und durch nichts gerechtfertigt.

Die Patienten haben ein Anrecht darauf, dass sie nach dem Stand der Wissenschaft behandelt werden. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte haben ferner ein Anrecht darauf, dass sich die moderne, präventionsorientierte Zahnheilkunde in einer zahnärztlichen Gebührenordnung abbildet. Aus gesundheitsökonomischen Gründen ist es u.a. sinnvoll, eine systematische, wissenschaftlich fundierte Individualprophylaxe als eigenständigen Teil einer zahnärztlichen Behandlung stärker zu fördern und diese präventiven Behandlungsmaßnahmen neu zu beschreiben und neu zu bewerten.

Es ist genauso sinnvoll und notwendig, die erst nach Inkrafttreten der GOZ im Jahr 1988 aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Praxisreife entwickelten zahnärztlichen Behandlungsmethoden in eine Gebührenordnung zu integrieren. Dies betrifft insbesondere die Neuentwicklungen auf den Gebieten der Parodontologie und der Implantologie sowie den Bereich der neu entwickelten Füllungstechniken. Auch der Erhalt einer Gebührenspanse und die Möglichkeit einer freien Vertragsgestaltung müssen Bestandteil dieser Gebührenordnung bleiben.

In dem Maße, wie die Zahnärzteschaft Bereitschaft zur konstruktiven Mitwirkung an der Novellierung der GOZ dokumentiert, um künftigen Problemen im Umgang mit der Gebührenordnung, aber erst recht um einer wachsenden Patientenunzufriedenheit vorzubeugen, erwartet sie eine faire Einbindung in den Entwicklungsprozess. Insofern bitte ich herzlich um Ihr Verständnis und Ihr Entgegenkommen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. Eberhard Riedel
Vorsitzender des DAZ

Dr. Gerhard Ebenbeck
DAZ-Gründungsmitglied

KZV-Wahlen unter neuen Vorzeichen

DAZ für konstruktive Umsetzung des GMG

Das GKV-Modernisierungs-Gesetz GMG hat den zahnärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen einige Veränderungen auferlegt. So werden ab jetzt die Vorstände mit hauptamtlichen Tätigen besetzt, die Vertreterversammlungen wurden gestrafft, die Amtsperiode um 2 Jahre verlängert, einige regionale Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) mussten sich zu Landes-KZVen zusammenschließen. Wo sich eine KZV - man denke an Bayern - an die neuen gesetzlichen Gegebenheiten nicht anpassen und sie nicht in ihre Satzung integrieren wollte, fand eine Ersatzvornahme durch die übergeordnete Behörde statt. So kommt es, dass nunmehr die „größte KZV der Welt“, wie sie sich selbst zu titulieren pflegte, die KZV Bayerns, bzgl. der Größe ihrer Vertreterversammlung knapp hinter kleinen Ländern wie Bremen und Saarland rangiert.

Die Meinungen zu diesen verordneten Neuerungen waren im DAZ nicht ungeteilt, jedoch war man sich - ganz im Gegensatz zum Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ), der zum Wahlboykott aufrief, einig darin, die zahnärztliche Selbstverwaltung weiterhin zu unterstützen und zu einer konstruktiven Gestaltung der neuen Rahmenbedingungen beitragen zu wollen. Eine der neuen Vorgaben traf dabei sicher auf ungeteilte Zustimmung: die bundesweite Einführung des bisher nur in einzelnen Ländern geltenden Verhältniswahlrechtes für die KZV-Wahlen. Es eröffnet Chancen auch für kleinere Gruppierungen und ermöglicht so eine für demokratische Institutionen wichtige Vielfalt der Meinungen.

Ungeachtet der Appelle ihrer Führung kandidierten bei den Wahlen in allen Regionen FVDZ-Mitglieder - unter allen möglichen klangvollen Listen-Namen. Sie mussten zum Teil deutliche Verluste hinnehmen; vielerorts errangen sie nicht die Mehrheit, so auch in lange Zeit von besonders radikalen Standesvertretern dominierten Ländern wie Niedersachsen und Bayern.

Aus dem Wunsch heraus, das Feld nicht denen zu überlassen, die letztlich die KZVen demontieren wollen, und ermuntert durch das Verhältniswahlrecht entschlossen sich kurzfristig einige DAZler, auf einer eigenen Liste oder der Liste einer nahestehenden Organisation zu den KZV-Wahlen anzutreten. Niedersächsische DAZler kooperierten mit dem Verband Zahnärzte für Niedersachsen (ZfN), in Bayern wurde eine eigene DAZ-Liste aufgestellt, und in Berlin hatte die Beteiligung von DAZ- und NAV-Virchow-Bund-Mitgliedern sowie Kollegen der Berliner Unabhängigen Zahnärzte (BUZ) bereits Tradition.

Berlin - breites Bündnis im Interesse aller Zahnärzte angestrebt

In Berlin ist Monokultur seit jeher unbekannt. Zu bereits länger dort vertretenen Organisationen gesellten sich weitere rein auf Berlin beschränkte Zusammenschlüsse, wie eine aus einer Klagegemeinschaft entstandene Initiative und die Liste um den Kieferorthopäden Dr. Wolfgang Schmiedel. Der DAZ hat bereits auf Kammerebene einige Jahre lang eng mit anderen Verbänden kooperiert und befürwortete organisationenübergreifende Zusammenarbeit auch für die KZV. Jedoch kam man überein, dass im Wahlkampf jede Gruppierung für sich antreten solle, um so möglichst viele Kollegen zur Beteiligung an den Wahlen zu motivieren. Durch mehrere Wahlaussendungen und über Studiengruppen-Sitzungen und Stammtische versuchten die Berliner DAZ- und NAV-Virchow-Bund-Zahnärzte, ihre Aussagen an die Kollegenschaft heranzutragen.



Dr. Annette Bellmann, Edeltraud Jakobczyk

Zu oberst stand ihr Bekenntnis zu einer starken KZV als der Vertretung aller Zahnärzte gegenüber Kassen und Politik. Sie forderten verantwortungsbewussten Umgang mit den Geldern der Kollegen, eine transparente KZV-Geschäftsführung, die Überprüfung von Abrechnungsauffälligkeiten, die Zusammenarbeit aller gewählten Gruppierungen zum Wohle der Kollegen. Gleichzeitig bezogen sie gesundheitspolitisch Position gegen die Ausgrenzungsbestrebungen des FVDZ und plädierten für den Erhalt einer zahnmedizinischen Grundversorgung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Angetreten war eine stattliche Riege von z.T. noch recht jungen Zahnärztinnen plus einigen wenigen männlichen Bewerbern. Eine solche Liste dürfte im bundesweiten Vergleich Seltenheitswert haben, wo eher die Männer und die alt-gedienten Standesfunktionäre dominieren. Der Verband der Zahnärzte von Berlin zum Beispiel ging gleichzeitig mit 24 Männern ins Rennen und 1 Frau - gewählt wurden 12 männliche Kandidaten.

Das Wahlergebnis war schließlich bunt, wie man es von Berlin gewohnt ist - nicht gerade ein Traumergebnis für den DAZ, der 2 Kandidatinnen durchbrachte, und für BUZ, die 3 Vertreter stellen werden. Aber immerhin - in demokratischen Gremien ist es wichtig, überhaupt dabei zu sein, Informationen mitzubekommen, Dinge öffentlich machen und durch gute Argumente möglicherweise auch als Minderheit Entscheidungen beeinflussen zu können. Hier die Wahlergebnisse im einzelnen: Wenn man sich die gewählten Personen, die zum Teil in mehreren Verbänden Mitglied sind, ansieht, so ergibt sich noch ein etwas positiveres Bild: es werden in der neuen Vertreterversammlung 5 DAZ-Mitglieder mitstimmen.

Der DAZ hatte bereits im Vorfeld der Wahlen dafür plädiert, die zukünftige Gremienarbeit nicht daran auszurichten, jeder Organisation entsprechend ihrer Stimmenstärke Posten zuzuschancen. Vielmehr sollten möglichst alle beteiligt und dabei die Kompetenzen der einzelnen Personen berücksichtigt und genutzt werden. Schließlich geht es auf der KZV-Ebene nicht um ideologische Kriege, sondern um viele konkrete Entscheidungen, die den Zahnärzten an der Basis ihren Alltag erleichtern und Praxen und Patienten möglichst vor den negativen Folgen der Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen schützen sollen.

In mehreren Gesprächsrunden wurde nach den Wahlen über Wege der Zusammenarbeit beraten. Ergebnis war schließlich die Wahl des bisherigen KZV-Vorsitzenden Dr. Jörg-Peter Husemann zum neuen hauptamtlichen KZV-Vorsitzenden mit seinem bisherigen Stellvertreter Zahnarzt Dr. Karl-Georg Pochhammer auch als hauptamtlichem Stellvertreter. Beide entstammen der größten Fraktion, dem Verband der Zahnärzte von Berlin. Dritter im Bunde der Hauptamtlichen wurde der bisherige Hauptgeschäftsführer der KZV, Peter Herzog.

Zur Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV) wurde DAZ- und NAV-Virchow-Bund-Mitglied Dr. Annette Bellmann gewählt, die seinerzeit als bundesweit erste Frau bis in die Leitung einer Kammer vorrückte (Vizepräsidentin der Berliner Kammer von 1994 bis 1998). Als Stellvertreter steht ihr Dr. Peter Kircher von BUZ zur Seite. Dr. Heiner Schleithoff von der Fraktion Gesundheit wird die Berliner KZV zusammen mit Dr. Husemann und Dr. Pochhammer auf Bundesebene in der Vertreterversammlung der KZBV repräsentieren.

Bei der Besetzung der weiteren Gremien

1. MKG „Nicht nur Chirurgie“	1 Sitz
2. Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin	9 Sitze
3. DAZ-Kooperationspartner des NAV-Virchow-Bundes	2 Sitze
4. Verband der Zahnärzte von Berlin	12 Sitze
5. Freie Zahnärzte	4 Sitze
6. Dr. Wolfgang Schmiedel	3 Sitze
7. Dr. Steffen Kalz	1 Sitz
8. Fraktions Gesundheit	5 Sitze
9. BUZ Berlins Unabhängige Zahnärzte	3 Sitze

werden auch die übrigen Gruppierungen Funktionen übernehmen. Der Wunsch zumindest unserer DAZlerinnen und DAZler ist, dass möglichst viele Themen einvernehmlich und unter Nutzung der jeweilig vorhandenen besonderen Kompetenzen bearbeitet werden - zum Wohle aller Kollegen.

Das mag sehr nach heiler Welt klingen - als ob alle nur das Wohl ihrer Mitmenschen im Sinne hätten. Ganz so heil ist aber auch in Berlin die Welt nicht. Die Leser mögen raten, welches Thema vor den Vorstandswahlen den größten Raum einnahm: die Dotierung der zukünftigen Funktionsträger! In Berlin sind die durchschnittlichen Zahnarztteinkommen sicher nicht die höchsten. Mancher Kollege stöhnt, dass er ganz gern z.B. mit einem Lehrer tauschen würde. Wenn's um die Bezahlung der Hauptamtlichen geht, dann werden aber wohl ganz andere Einkommensgrößen zum Vergleich herangezogen. Dann tut's das Lehrergehalt nicht. Wenn man sich schon an der Beamtenbesoldung orientiert, dann vergleicht der KZV-Vorsitzende seine Verantwortung und sein Gehalt lieber mit einem Landesminister - Gehaltsstufe B11 - rund 141.000 Euro im Jahr. Damit nicht genug. Schließlich muss es noch eine Entschädigung - gedacht war an 55.000 Euro - dafür geben, dass die Hauptamtliche nicht mehr voll, sondern nur noch teilweise (25-30%) in ihrer Praxis arbeiten dürfen. Letzteres bringt dann (so die Berechnungen in Die ZahnarztWoche 43 - 2004) vielleicht noch einmal 25.000 - 30.000 Euro im Jahr extra - zuzüglich dessen, was über Spesen und sonstige Posten den Weg in die Taschen der Vorstände findet. Damit könnte der Berliner KZV-Vorstand locker viele Minister und Chefs großer Krankenkassen überrunden. Ist das gerechtfertigt? - fragt man sich. Vor allem fragt man sich als Außenstehender: wieso machen die Zahnärzte an der Basis das mit? Schließlich werden ihnen diese fürstlichen Saläre in Form von unnötig hohen Verwaltungskostenbeiträgen direkt vom eigenen Einkommen abgezogen.

Auf DAZ-Seite gab es jedenfalls Protest gegen diese Dotierungsvorstellungen. Der Beitrag für den Praxisausfall wurde abgespeckt, jetzt liegen die Vorstands-Jahresbezüge immerhin noch bei 175 Euro. Ein ganz schön üppiges Salär - für Leute in der Probezeit. Hoffen wir, dass ihr Einsatz für die Berliner Zahnärzte und die Berliner Patienten dem auch entspricht!

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Wenn es um Geld und Posten geht...

Bericht über die konstituierende Vertreterversammlung der KZV Berlin

Nachdem am 25.10.04 die Wahl von Frau Dr. Bellmann (DAZ) und Herrn Dr. Kircher (BUZ) als Vorsitzende der neuen Vertreterversamm-

lung zunächst in allgemeinem Einvernehmen verlief, verschlechterte sich die Atmosphäre im Verlauf der weiteren Sitzung nachhaltig.

Die Aussprache über die Gehälter des neuen hauptamtlichen Vorstandes erweckte den Eindruck, als sei man auf einem orientalischen Basar. Ein Vorschlag von Dr. Husemann und Dr. Pochhammer (Verband der Zahnärzte von Berlin), die Entschädigung des hauptamtlichen Vorstandes auf 196.000 Euro pro Person (Zahnarzt) fest zu schreiben, fand keine Mehrheit. Abgelehnt wurde aber auch der im Rahmen einer verbandsübergreifenden Gesprächsrunde erarbeitete Vorschlag, diese Zahlungen auf 140.000 Euro zu begrenzen.

Unter dem Eindruck der Argumentation der Drs. Husemann und Pochhammer, nach 6-jähriger Amtszeit in der KZV den Ruin der Praxis fürchten zu müssen, beurteilte eine Mehrheit der Vertreterversammlung ein Jahresgehalt von 175.000 Euro zuzüglich der jährlichen Einnahmen aus der Tätigkeit eines Praxisvertreters und eigener reduzierter Praxistätigkeit als angemessen.

Hinweise aus der Mitte der Vertreterversammlung, bei dieser Entscheidung auch die finanzielle Lage der überwiegenden Mehrheit der Berliner Zahnarztpraxen im Auge zu behalten und bei der Höhe der Bezüge auch die Außenwirkung zu bedenken, blieben wirkungslos.

Im Gegensatz zu der in sachlicher und kollegialer Weise verlaufenen Vorstellung der Kandidaten Dr. Husemann und Dr. Pochhammer, die auf die technische und personelle Unterstützung der Verwaltung der KZV Berlin zurückgreifen konnten, entwickelte sich die Befragung der Kandidaten Dr. Nachtweh (Berlins Unabhängige Zahnärzte), Dr. Schleithoff (Fraktion Gesundheit) und des Kollegen Cornehlens (Initiative unabhängige Zahnärzte Berlin) zu einer von persönlichen Angriffen geprägten Inszenierung. Neben einigen Mitglieder des Verbandes der Zahnärzte von Berlin ließ auch der Präsident der Zahnärztekammer Berlin Dr. Wolfgang Schmiedel bei der Befragung der „oppositionellen“ Kandidaten jede berufspolitische Fairness vermissen. Das gemeinsame und letztlich erfolgreiche Bestreben, mit einseitigen und darüber hinaus seit langem widerlegten Argumenten und Unterstellungen die Kandidaten zu demontieren, war der Tiefpunkt dieses Wahlabends. Hatte man sich in Wahlbriefen noch mit Ehrenworten für einen kollegialen Umgang verbürgt und die Zusammenarbeit mit allen Fraktionen als Ziel definiert, waren diese Wahlversprechen zu diesem Zeitpunkt bereits wieder in Vergessenheit geraten.

Wie schnell bei den gegebenen knappen Mehrheitsverhältnissen diese Umgangsformen sich auch gegen die eigenen Ambitionen richten können, mußte der als Wunschkandidat von Dr. Husemann für den Posten als Delegierter der KZV Berlin bei der KZBV vorgeschlagene Kandidat Dr. Jörg Meyer erfahren. Er unterlag in zwei Wahlgängen. Dr. Heiner Schleithoff (Fraktion Gesundheit) wird diese Funktion für die Berliner Zahnärzte übernehmen.

Dr. Helmut Dohmeier de Haan, Berlin

KZV-Wahl in Niedersachsen: Zahnärzte verweisen Freien Verband auf die Oppositionsbank

In der Zeit vom 20. 9. - 6.10.04 wählten die niedersächsischen Vertragszahnärzte ihre Kandidaten zur Vertreterversammlung (VV) der KZVN. Die Auszählung, ursprünglich für den 29.9.04 terminiert, erfolgte am 6.10.04. Ursache: Nach Formfehlern waren in 4 Wahlkreisen neue Unterlagen zu versenden.

Es stellten sich in der Hauptsache zwei Gruppierungen zur Wahl. Zum einen der Freie Verband (FVDZ) unter dem Landesvorsitzenden Dr. J. Beischer als Liste 1; er stellte bisher den KZV-Vorstand unter dem Vorsitzenden Dr. K.-H. Schirbort. Auf der anderen Seite kandidierte als Liste 2 die bisherige Opposition in der Vertreterversammlung, die Vereinigung „Zahnärzte für Niedersachsen“ (ZfN) mit dem Vorsitzenden D.M.D. Henner Bunke. ZfN konstituierte sich 1998 in direkter Reaktion auf die „Niedersächsischen Verhältnisse“. In Hannover und Lüneburg trat zusätzlich eine örtliche Vereinigung als 3. Liste an.

Wahlaussagen, Wahlprogramm

1. Freier Verband

Dem Aufruf des Bundesvorstandes des FVDZ zum Kandidaturboykott wurde nicht gefolgt. Ebenso wenig dem Aufruf an die Zahnärzte zum Wahlboykott. Der Freie Verband kandidierte unter originärem Namen, es gab keine Hilfschöpfungen wie „Freie Zahnärzte“ o.ä.

In einer Wahlaussendung forderte der Verband die Kollegen auf: „wählen Sie!“ Begründet wurde die Aufforderung damit, „dass wir trotz ‚Staats-KZV‘ und ‚real existierender Gesundheitspolitik‘ mit diesem System auch zukünftig werden leben müssen.“ - Durchaus ein couragierter eigener Standpunkt im Hinblick auf die FVDZ-Bundesebene.

Die zentrale Wahlaussage blieb jedoch unscharf und sehr allgemein formuliert: So sollte die Möglichkeit der freien Therapieentscheidung bei angemessener Vergütung für gehobene Qualität gesichert, wenn möglich auch erweitert werden. Festgestellt wurde auch, dass die „vertragszahnärztliche Tätigkeit wirtschaftliche Grundlage“ bleiben solle.

Ansonsten beschränkte sich der Wahlkampf des Verbandes auf polemische Reaktionen zu den Statements der Opposition. Keine eigenen Strategien. Die Aussagen der konkurrierenden Bewerber wurden als Schmutz, Halbwahrheit, Verleumdung und Anmaßung bezeichnet.

Dem erklärten Bemühen der Opposition, den zerrütteten Dialog der Kollegen mit den übrigen Gruppen der Gesellschaft wieder in Gang zu setzen, begegnete der FV mit

dem Versuch, uralte Vorurteile gegen den DAZ wieder zu beleben. Zitat: „Das Motto ‚Erfolg durch ... Kooperation‘ weckt bei uns sofort Erinnerungen an die intrigante und ... verhängnisvolle Zusammenarbeit des DAZ mit den ... verantwortlichen Stellen.“

Auf mit Argumenten fundierte Kritik der Opposition reagierten die FVDZ-Vertreter in der VV in in persönlich herabsetzendem Ton, in durchgehend polemischem Stil und im Grunde genommen ohne argumentative Substanz. Die Schriftsätze drängen den Eindruck eines wild um sich Schlagenden auf.

Zusammengefasst: Der sehr konstruktiven Positionierung des FV zur Teilnahme an der Wahl folgten destruktive Verbalattacken mit geringer Aussagekraft.

2. Zahnärzte für Niedersachsen (ZfN)

ZfN konzentrierte die Kritik an der Vorstandarbeit der KZVN auf die folgenden Punkte:

1. Ausschlagen von zusätzlichen Zahlungsangeboten der Krankenkassen, nicht ausgezahlte „gebunkerte“ Honorare, nicht ausgeschöpfte Budgets. Die einzelnen Posten summieren sich nach Berechnungen von ZfN zu einem Gesamtschaden von 20.000 Euro pro niedersächsischem Zahnarzt.
2. Patientenunfreundliche Regelungen, welche im ZE-Bereich die vorhandenen Budgets nicht ausschöpfen ließen; mit der Konsequenz der Budgetabsenkung.
3. Erhöhung der Aufwandsentschädigungen für den Vorstand um bis zu 95%.
4. Systematische Zerrüttung des Verhältnisses der Zahnärzte zu allen anderen gesellschaftlichen Gruppen.

ZfN beurteilte die aktuelle Führung der KZVN als ein Risiko für alle Zahnärzte. Die Wahlaussagen der Opposition leiten sich aus den Kritikpunkten ab:

- Wiederherstellen der Dialogfähigkeit mit Politik und Krankenkassen.
- Eindämmen der Prozessflut von derzeit 3.000 (!) Verfahren.
- Transparenz in der KZVN-Verwaltung.

Mit diesen Zielen konnten sich auch DAZler identifizieren. In mehreren Regionen kandidierten sie auf ZfN-Listen; einige ziehen im Januar 2005 in die VV ein.

Wahlergebnis

Wahlbeteiligung:	61%
Freier Verband:	20 Sitze
ZfN:	30 Sitze

ZfN hat die absolute Mehrheit errungen; Freier Verband und ZfN haben je 5 Wahlbezirke mehrheitlich gewonnen; 2 Wahlbezirke gingen zu gleichen Teilen an FV und ZfN. Die Mehrheitsverhältnisse in der VV haben sich umgekehrt, der bisherige Vorstand unter Dr. K.-H. Schirbort ist abgewählt worden.

Chance für Neuanfang

Der Freie Verband hat in der nächsten Vertreterversammlung nicht mehr die Mehrheit. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass gut 45 % der Kollegen für die Kandidaten dieses Verbandes votierten. Sie haben gestimmt für einen Verband, der im Prinzip aufgrund seiner Tradition und seines Verständnisses von Freiheit und Freiberuflichkeit im Stande sein könnte, viel für die Kollegenschaft zu leisten. Sehr zu wünschen wäre, dass FV-Kollegen der Versuchung zu Blockade und Totalopposition widerstehen, um statt dessen an gemeinsamen Zielen mitzuarbeiten.

ZfN hat die Verantwortung gesucht und bekommt sie übertragen - ein Vertrauensvorschuss der niedersächsischen Kolleginnen und Kollegen. Die Mehrheit in der Vertreterversammlung ist komfortabel,

die Legislaturperiode mit 6 Jahren lang genug, um besonnen zu arbeiten. Nach den „Niedersächsischen Verhältnissen“ ist dies eine Chance für einen Neuanfang mit Augenmaß. Am besten zusammen mit der Opposition. Zur Not aber auch ohne sie.

Dr. Volkmar Lehrke, Nienburg

**KZV-Wahl in Bayern
ZZB und DAZ kippen
die KZV-Mehrheit des
Freien Verbandes**

Die absolute Mehrheit der Vertreter in der neuen Vertreterversammlung der KZV Bayerns ab 2005 stellt die dem DAZ nahestehende Gruppierung „Zukunft Zahnärzte Bayern“ (ZZB). Damit haben die bayerischen Zahnärzte auf eindrucksvolle Weise die beispiellose Obstruktionspolitik des Freien Verbandes in Bayern erdrutschartig abgestraft: gerade noch 8 ihrer Kandidaten stehen gegen 15 gewählte Vertreter aus Reihen der ZZB in der 24-köpfigen Vertreterversammlung. Der DAZ stellt mit Dr. Gerd Ebenbeck aus Regensburg einen Vertreter. Als sein Stellvertreter wurde Dr. Norbert Rinner aus Regensburg gewählt.

Der DAZ erzielte 4,8% der gültigen abgegebenen Stimmen, 59,8% entfielen auf ZZB und 35,4% auf die Liste der Freiverbandler. ZZB und DAZ zusammen verfügen somit über eine Zweidrittelmehrheit, wodurch die ZZB z.B. Satzungsänderungen gegen den Willen des Freien Verbandes nur mit Hilfe des DAZ durchsetzen kann.

Die effektive Wahlbeteiligung von knapp 54% reduzierte sich durch die überwiegend bewusst herbeigeführte Ungültigkeit etwa eines Viertels der eingegangenen Wahlumschläge auf ca. 40%. Im Vergleich zu früheren Wahlbeteiligungen, die meist bei knapp unter 50% lagen, wird aber deutlich, dass der Boykottaufruf des Freien Verbandes fast wirkungslos blieb. Teilweise unglaubliche Kommentare der boykottierenden Zahnärzte auf den Wahlunterlagen sind das traurige Ergebnis jahrelanger einseitiger Manipulationsversuche zum Schaden der bayerischen Zahnärzteschaft.

Wie gering die Akzeptanz der ehemaligen Verantwortlichen der KZVB in der Zahnärzteschaft ist, wird erkennbar durch einen Vergleich der abgegebenen Gesamtstimmen pro Kandidat. So liegt der schwächste (nichtgewählte) Kandidat der ZZB mit 1252 Gesamtstimmen noch erheblich vor dem stärksten gewählten Kandidaten der Freiverbandsliste mit gerade noch 796 Gesamtstimmen. Hierbei handelt es sich bezeichnenderweise um Dr. Manfred Kinner, bis vor kurzem stellvertretender Vorsitzender der KZVB. Etwa die Hälfte der insgesamt 60 Freiverbandskandidaten kam zudem nicht über die durchschnittliche Stimmenzahl der Vertreter der DAZ-Liste.

Geschenk zum Zwanzigsten

Fast so alt wie er DAZ ist inzwischen die DAZ-Studiengruppe Oldenburg. Sie versteht sich als Fortbildungsgruppe und Qualitätszirkel und zugleich auch als Forum für gesundheits- und standespolitische Diskussion. So manches Mal hatten sich Studiengruppenmitglieder bei KZV-Wahlen engagiert, aber angesichts des Wahlrechts und der erdrückenden Mehrheitsverhältnisse in Niedersachsen keine Chance zur Mitgestaltung erhalten. Ihre Versuche, bestimmte Missstände öffentlich zu machen, erforderten großen persönlichen Einsatz und Mut, denn die KZVN-Führung unter Schirbort scheute sich nicht, auf Kosten der niedersächsischen mehrere Prozesse gegen den DAZ und gegen DAZ-Mitglied Dr. Roland Ernst vom Zaum zu brechen - Verfahren, die letztlich ein Schuss nach hinten wurden.

Inzwischen konnte man in Oldenburg auf das 20jährige Bestehen der Studiengruppe anstoßen. Da kam die Abwahl von Dr. Schirbort und seiner FV-Fraktion und der Sieg der ZfN-Mannschaft, die sich für ein Ende der Prozessflut, die Auszahlung gebunkelter Honoraranteile, eine transparente KZV-Geschäftsführung und die Wiederaufnahme des Dialogs mit Krankenkassen und relevanten gesellschaftlichen Gruppen stark machte, gerade recht als Geburtstagsgeschenk. Zwei Angehörige der Studiengruppe (aus den Verwaltungsstellen Oldenburg und Ostfriesland) werden ab nächstem Jahr versuchen mit dazu beizutragen, dass in der niedersächsischen KZV tatsächlich ein Neuanfang gelingt.

Die rege Unterstützung dieser Wahl durch so viele Mitglieder des DAZ war außerordentlich erfreulich. Es ist ferner sehr zu begrüßen, dass Kollege Ebenbeck nunmehr unsere Anliegen in der KZVB hochhalten wird. Durch eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen von ZZB hoffen wir, vieles für die Vertragszahnärzte und für ein positiveres Verhältnis zu den Krankenkassen erreichen zu können.

Dr. Eberhard Riedel, München

KZV Bayern bleibt ohne zahnärztliche Führung –

Staatskommissar holt Horst Cox an seine Seite

In insgesamt drei Vertreterversammlungen seit Mitte Juli diesen Jahres ist es den bayerischen Zahnärzten nicht gelungen, den führungslosen Zustand zu beenden, der nach der Abwahl eines Teils des KZVB-Vorstandes und dem Rücktritt des Restvorstandes sowie des Vorsitzenden der Vertreterversammlung entstanden war. Die jeweils angesetzten Wahlen wurden verhindert durch einen Wahlboykott des größeren Teils der Freiverbandsfraktion verhindert, der bei Aufruf des entsprechenden Tagesordnungspunktes den Sitzungssaal verließ.

Auch eine Anordnung des Sozialministeriums, im Wege der Wahl einen funktionsfähigen KZVB-Vorstand zu etablieren, sowie zahlreiche kollegiale Gespräche mit den sich verweigernden Zahnärzten konnten keinen Stimmungsumschwung herbeiführen. Zur Wahl als Interimsvorsitzender der KZVB hätte Dr. Martin Reißig aus Ingolstadt (Zukunft Zahnärzte Bayern) zur Verfügung gestanden, der bereits in den 90'er Jahren zwei Jahre lang dieses Amt innehatte.

Nach dem Scheitern auch der letzten vom Ministerium eingeräumten Gelegenheit am 13. Oktober war die Übernahme der KZVB-Geschäfte durch einen Beauftragten der Sozialministerin zwangsläufig. Horst Cox, ehemaliger langjähriger Hauptgeschäftsführer der KZV Tübingen, dem DAZ schon lange verbunden und von Anbeginn Berater und Mitstreiter unseres ‚Projekts Qualitätssicherung‘, erhielt nunmehr vom eingesetzten Staatskommissar Dr. Gaßner den Auftrag, ihm bis zum Jahresende bei der Bewältigung der anstehenden KZVB-Geschäfte zur Seite zu stehen. Zu groß war offenbar das ministerielle Misstrauen gegenüber den beiden bisherigen Geschäftsführern der KZVB. Ferner kümmern sich drei zahnärztliche Kollegen der bei den KZVB-Wahlen siegreichen ‚Zukunft Zahnärzte Bayern‘ um die Bewältigung der diversen, vom alten KZV-Vorstand nicht mehr erledigten Aufgaben. Brennendstes Problem ist die Klärung der Budgetsituation mit den Krankenkassen bis zum Jahresende und eine Neufassung des bayerischen HVM's.



Dr. Janusz Rat

Der Zusammenschluss ‚Zukunft Zahnärzte Bayern‘ hat inzwischen seine Kandidaten für den neuen zweiköpfigen KZVB-Vorstand benannt. Erster Vorsitzender soll demnach der ZZB-Vorsitzende Dr. Janusz Rat aus München werden, sein Stellvertreter der frühere KZVB-Vorsitzende Dr. Martin Reißig. Die Wahl dieser beiden Kandidaten bei der konstituierenden Vertreterversammlung am 27. November gilt als sicher. Referatsposten sollen ebenso an die Vertreter der Opposition vergeben werden, sofern diese zu den Grundsätzen der ZZB stehen.

Dr. Eberhard Riedel, München

Der Gemeinsame Bundesausschuss

– Sektorübergreifende Selbstverwaltung im Gesundheitswesen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Seit dem 1. Januar 2004 organisiert sich die Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen erstmals unter einer einheitlichen Nomenklatur. Während die Partner des Gesundheitssystems in der Vergangenheit in den parallel existierenden Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen, der Zahnärzte und Krankenkassen, im Ausschuss Krankenhaus sowie im Koordinierungsausschuss ihre Beschlüsse fassten, wurde mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zum Jahresbeginn eine sektorübergreifende Institution geschaffen, die alle Aufgaben und Kompetenzen der Selbstverwaltung unter einem Dach vereint. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der Gemeinsame Bundesausschuss den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich inhaltlich konkretisieren. Mit einer weitreichenden Regelungskompetenz ausgestattet beschließt das Gremium hierfür Richtlinien, die gleichermaßen für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser sowie für Krankenkassen und

Versicherte gelten. Dabei kommt diesen Richtlinien der Stellenwert von untergesetzlichen Normen zu, so dass der Gemeinsame Bundesausschuss häufig auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt wird. Zu seinen wichtigsten Aufgaben zählen die Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die Regelung der stationären und sektorübergreifenden Qualitätssicherung sowie die Initiierung von Maßnahmen zur Früherkennung. An den Beratungen sind die Leistungserbringer -Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser- und die Krankenkassen- mit jeweils neun Vertretern beteiligt. Drei unparteiische Mitglieder, von denen eines den Vorsitz inne hat, komplettieren das je nach Themengebiet in der Geschäftsordnung näher präzisierete Beschlussgremium. Mit Blick auf eine stärkere Beteiligung von Patienten werden erstmals neun Vertreter aus dem Deutschen Behindertenrat, der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der

Selbsthilfegruppen sowie aus dem Bundesverband der Verbraucherzentralen an den Verhandlungstisch entsandt, um den Entscheidungsprozess im Gemeinsamen Bundesausschuss aktiv mitzugestalten. Am 22.06.2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem gesetzlichen Auftrag folgend das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet, welches fachlich unabhängig den aktuellen Wissensstand zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren evaluieren und -unter anderem- den Nutzen von Arzneimitteln bewerten soll. Für die interessierte Bevölkerung wird das Institut allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung in verständlicher Sprache zur Verfügung stellen (weitere Informationen zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unter: <http://www.g-ba.de/public/institut/index.php>). Gerade im Hinblick auf die Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsqualität wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch den Gesetzgeber eine Vielzahl von Aufgaben übertra-

gen, die auch den vertragszahnärztlichen Bereich betreffen. So soll das Gremium in Richtlinien verpflichtende Maßnahmen zur Qualitätssicherung bestimmen und grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement definieren. Bei letzterem beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, um dem Umstand gerecht zu werden, dass die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen im Wesentlichen von den individuellen Bedingungen in den einzelnen Zahnarztpraxen abhängen.

Mit dem Ziel, eine einheitliche sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu fördern, wurde der Gemeinsame Bun-

desausschuss damit beauftragt, den Stand der Entwicklung in diesem Bereich zu evaluieren und den sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen. Seine Ergebnisse soll er in regelmäßigen Abständen in einem Bericht zusammenfassen. Neben dieser Verpflichtung zur turnusgemäßen Bestandsaufnahme obliegt der Selbstverwaltung auch die Bewertung der jeweils eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin. Regelmäßig und aktuell dokumentiert der Gemeinsame Bundesausschuss qualitätssichernde Maßnahmen in der Medizin und fasst sie in frei zugänglichen Datenbanken zusammen. Sie finden die Datenbanken unter:

<http://www.aqs.de/ivs/diq-datenbank.htm>

Eine Dokumentation von Literaturhinweisen zum Thema Qualitätssicherung ist unter <http://www.aqs.de/ivs/diq-literaturdatenbank.htm> abrufbar. Derzeit sind dort ca. 2100 Literaturdatensätze erfasst. Als Quellen dienen Fachzeitschriften- und Zeitungen, Monographien sowie graue Literatur.

Nähere Informationen über den Gemeinsamen Bundesausschuss unter: www.g-ba.de

Dirk Hollstein

Referent Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 6 SGB V (vertragszahnärztliche Versorgung)

Pressemeldung



Zahnersatz-Reform erfordert verändertes Gutachterwesen

Der DAZ macht sich bei seiner Jahrestagung stark für Qualitätssicherung und Patientenschutz

Köln, 15.09.2004 – In Kürze, nämlich ab 01.01.2005, wird - auch wenn andere die Zähne betreffende Teile der letzten Gesundheitsreform vorerst auf Eis gelegt werden - im Bereich der zahnärztlichen Prothetik, d.h. bei der Versorgung von Zahnpatienten mit Kronen, Brücken und Prothesen, der Wechsel von einem therapie-orientierten prozentualen Bezuschussungssystem zu einem diagnose-orientierten Festzuschuss-System erfolgen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund weist darauf hin, dass diese Umstellung auch Veränderungen im Gutachterwesen nach sich ziehen muss. Bisher können sich bei zweifelhaften Planungen prothetischer Versorgung oder bei vermuteten Mängeln der Ausführung solcher Arbeiten Patienten mit der Bitte um Begutachtung an ihre gesetzliche Kasse wenden oder auch die Kassen von sich aus Gutachten in Auftrag geben, wobei jedoch vielfach ausschließlich die im Kassen-Leistungskatalog aufgeführten Arbeiten geprüft werden.

Das neue Festzuschuss-System, bei dem die Kasse einen fixen Betrag zahlt unabhängig von der durchgeführten Therapie, ermöglicht es den Patienten, vermehrt Leistungen außerhalb des Kassenspektrums in Anspruch zu nehmen; dem Zahnarzt eröffnet dies neue planerische und therapeutische Freiheiten. Nach bisherigen Erfahrungen sind jedoch auch und gerade in einem System mit vielen Wahlmöglichkeiten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität erforderlich. Die Begutachtung als wichtiges Instrument zu Qualitätsförderung und -sicherung muss künftig einen umfassenden Auftrag erhalten. Sie kann nicht mehr nur nach Richtlinien-treue und Wirtschaftlichkeit fragen, sondern muss in erster Linie eine zahnheilkundliche Bewertung vornehmen. Gegenstand der Begutachtung sollte die gesamte Behandlung bzw. Planung sein. Die im Zusammenhang mit einer gesetzlich bezuschussten Leistung erbrachten „Privatleistungen“ sind mit diesen als Komplex zu betrachten. Die Beschränkung der Überprüfung nur auf den Ausgangsbefund und die gesetzlich bezuschusste Kernleistung würde neben unüberwindlichen Abgrenzungsschwierigkeiten auch den Verzicht auf die qualitätssichernden Effekte eines Begutachtungssystems bedeuten.

Begutachtungen durch von der Selbstverwaltung bestellte Gutachter sind bei der Ausweitung von privaten Leistungen umso wichtiger, als Privatgutachten wegen der immensen Kosten und der langen Dauer solcher Verfahren für den normalen gesetzlich Versicherten auch im neuen System keine Alternative darstellen.

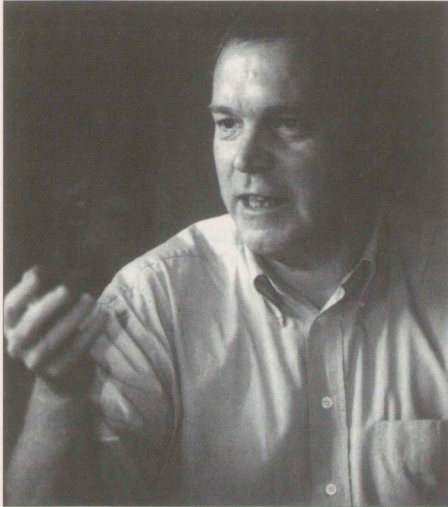
Die verfasste Zahnärzteschaft selbst sollte sich für eine Weiterentwicklung des Gutachterwesens stark machen. Sie kann damit unter Beweis stellen, dass sie allen Tendenzen, merkantile vor medizinische Überlegungen zu setzen, entschieden Einhalt gebieten wird und tatsächlich das Ziel verfolgt, im von ihr propagierten neuen System die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung zu verbessern.

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel 0221/973005-45, Fax 0221/7391239
Mail DAZ.Koeln@t-online.de, Internet www.DAZ-Web.de

Vorankündigung

DAZ-VDZM-
Frühjahrstagung

30. April bis 01. Mai 2005

Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24,
60385 Frankfurt/Main,
Tel 069/943403-0, Fax 069/943403-30

Dr. Ellis Huber, Vorstand der Securita-BKK

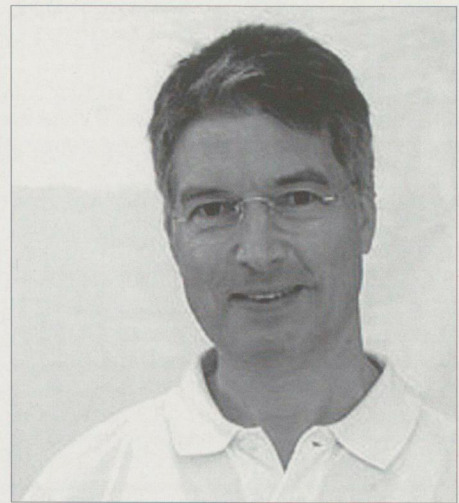
Samstag, 30.04.2005

10.00 Uhr Eröffnung der Tagung – Ge-
sundheitspolitischer Vormittag mit Dr.
Ellis Huber

Dr. Huber, bekanntgeworden vor allem als Berliner Ärztekammerpräsident, heute Vorstand der Securita BKK in Hamburg und scherzhaft titulierte als „Facharzt für Politik“, wird über sein Therapiekonzept zur Heilung unseres kranken Gesundheitswesens sprechen und dabei auch die Veränderungen in der zahnmedizinischen Versorgung einbeziehen.

14.00 Uhr Fachfortbildung mit Dr. Win-
fried Zeppenfeld zu moderner Kompo-
site-Therapie

Dr. Zeppenfeld, mehr als zwei Jahrzehnte in eigener Praxis niedergelassen, beschäftigt sich seit Jahren intensiv mit ästhetischen Komposit- und Vollkeramikrestorationen, minimalinvasiver Behandlung, Endodontie, Prophylaxe und Parodontologie. In zahlreichen Vorträgen und mehreren Publikationen hat er seine Erfahrungen weitergegeben. Seine Spezialität: unorthodoxe Lösungen mit Adhäsivtechnik. Uns erwartet eine Darstellung der Komposite-Behandlung mit besonderem Akzent auf den kreativen Möglichkeiten.



Dr. Winfried Zeppenfeld

Sonntag, 01.05.2005

9.00 Uhr DAZ-Ratssitzung

Diskussion aktueller gesundheits- und verbandspolitischer Themen
Weiterentwicklung des Projektes
Qualitätssicherung des DAZ

Weitere Infos beim DAZ in Köln:
Tel. 0221/97300545,
Mail: kontakt@DAZ-web.de

DAJ – wichtige Schaltstelle der bundesweiten
Präventions-Aktivitäten für Kinder und Jugendliche

Bericht von der Mitgliederversammlung 2004



Am 11. August 2004 fand im Berliner Borsighaus die diesjährige Mitgliederversammlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) statt. An diesem schönen Sommertag kamen unter Leitung der Vorsitzenden Bernd Wiethardt und Dr. Dietmar Oesterreich der Vorstand und die Geschäftsführerin Dr. Christiane Goepel u. a. mit Vertretern verschiedener Kassenverbände, der BZÄK, der KZBV, der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege verschiedener Länder und den Abgesandten von weiteren in der Jugendzahnpflege engagierten Organisationen zusammen.

Nachdem gerade in diesem Jahr für uns niedergelassene Zahnärzte durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz massive Änderungen im Bereich der Zahn-Mund-Kieferheilkunde eintraten, erstaunte mich die Tatsache, dass sich im Bereich der Gruppen-

prophylaxe, § 21 SGB V, nichts änderte. Noch mehr überraschte, dass die Gruppenprophylaxe, seit mehr als 10 Jahren gesetzlich verankert und bundesweit als bewährt anerkannt, nach wie vor vergeblich die finanzielle Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) anmahnt. Hier muss nicht um Almosen gebettelt werden, sondern es geht um die Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen – insgesamt etwa 10% der Altersgruppe -, die über die PKV versichert sind. Es ist nicht einzusehen, dass die Betreuung dieser Gruppe mit getragen wird von der gesetzlichen Solidargemeinschaft und somit von denen, die überwiegend geringere Einkommen haben als Privatversicherte!

Mit dem Hinweis auf zukünftige Regelungen im Präventionsgesetz wird dieses Anliegen immer wieder vertagt. Jedoch wird wahrscheinlich auch dieses von der Regierungskoalition noch für diese Legislaturperiode vorgesehene Gesetz nichts ändern. Staatssekretär Dr. Schröder stellte kürzlich in einem Beitrag zum Präventionsgesetz in der Mai-Ausgabe der IKK-Zeitschrift „Die Krankenversicherung“ fest, dass der Bund nicht die Möglichkeit habe, die PKV zu Zahlungen für präventive Zwecke zu verpflichten. Im übrigen hat im September auf Anfrage der DAJ Dr. Orłowski aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erneut die Absage seines Hauses bekräftigt und eben-

falls mitgeteilt, dass eine entsprechende gesetzliche Regelung wegen kompetenzrechtlicher Probleme nicht möglich sei.

Die Juristen mögen die andersartigen rechtlichen Rahmenbedingungen in der PKV und die andersartige Form der Prämienkalkulation als Begründung für die Weigerung der Privatkassen anführen. Wenn jedoch guter Wille da wäre, ließe sich sicher eine Lösung finden. Man denke nur daran, dass private Versicherer schon heute durchaus auch Kosten für (individuelle) Prophylaxe übernehmen. An dieser Stelle möchte ich deshalb meine Kollegen vom DAZ auffordern, dieses Thema immer wieder bei verschiedenen Gelegenheiten anzusprechen, um auf den Missstand aufmerksam zu machen und Druck auf die Politiker auszuüben.

Die Entwicklung und Förderung des Gesundheitsbewusstseins bei unseren Kindern und Jugendlichen stand als weiteres Thema im Mittelpunkt der DAJ-Versammlung. Hierzu wurde ein Konzept einer jungen Werbefirma, der Agentur für Kommunikation KO2B aus Dortmund, präsentiert. Diese Arbeit errang bei der Ausschreibung des von der DAJ vergebenen Dr. Wahl-Preises 2003 unter dem Motto „Stellenwert und Motivation zur Mundhygiene im Rahmen der Körperpflege von Jugendlichen“ einen Sonderpreis.

Ausgehend von dem jugendlichen Bestreben, „den Freunden zu gefallen“, „Freunde zu haben“, „in zu sein“, stellt dieses Konzept die Zahngesundheit in den Mittelpunkt. Schließlich sind schöne Zähne wichtig für ein attraktives Äußeres. Vordergründig geht es darum, die Jugendlichen zu überzeugen, „dass Zahnhygiene ein tägliches Muss ist; dass mangelnde Zahnhygiene out ist; dass Zahnhygiene ihr eigenes Ding und kein Gefallen für die Eltern ist.“ Damit sollen langfristige und stabile Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreicht und der Gesundheitszustand im Allgemeinen verbessert werden (Näheres dazu in DAI-Spezial 1/2004). Die Präsentation gefiel mir recht gut und auch die Herangehensweise, die Jugendlichen auf psychosozialer Ebene anzusprechen. Der Sinn und der Inhalt überzeugten einhellig, jedoch ist es auch hier schwierig, die Umsetzung einschließlich Zeitschiene festzulegen und die Kostenübernahme der vorgeschlagenen und geplanten Maßnahmen zu bestimmen. Alle Mitglieder wurden aufgefordert, ein Stimmungsbild innerhalb ihrer Reihen zu ermitteln und bis Mitte Dezember eine Rückmeldung zu geben.

Als ausgesprochen erfolgreiches und bewährtes Konzept stellte Herr Dr. Lehr vom Verein für Zahnhygiene die Initiative Tag der Zahngesundheit dar. Die vergangenen 14 Jahre des Bestehens zeigten, wie aus einer Idee eine anerkannte und akzeptierte Kampagne wurde. Es gab immer wieder neue Vorschläge und interessante Aktivitäten Einzelner, so dass es sich anbot, all diese Anregungen zu bündeln und der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. So ist es ab diesem Jahr möglich, über die eigene Homepage www.tag-der-zahngesundheit.de Presseinformationen, Veranstaltungs- und Aktionsinfos zu bekommen oder die Bildergalerie zu „besuchen“. Gleichzeitig wies Dr. Lehr daraufhin, dass diese Website als kostenloses Service-Angebot für die (Landes-) Arbeitsgemeinschaften genutzt werden kann, um so publikumswirksam für eigene Veranstaltungen zum Tag der Zahngesundheit zu werben. Mittlerweile ist auch dieser 25. September Geschichte. Die ausgesprochen gut besuchte Pressekonferenz am 22. September in Hamburg stand diesmal unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund- vom ersten Schluck an“.

Alles in allem zeigte die Mitgliederversammlung, dass die DAI weiterhin als Schalt- und Koordinationsstelle zu Fragen der Gruppenprophylaxe fungiert. Die zahlreichen Aktivitäten und die Umsetzung der Projekte sind aber nur möglich, wenn viele mitmachen. Damit sind die Verantwortlichen in den Länder-Gremien unmittelbar vor Ort angesprochen.

Wer übrigens noch mehr über weitere Themen der DAI-Versammlung oder über die zur Diskussion gestellte Kommunikationskampagne mit Jugendlichen erfahren möchte, kann sich an die DAZ-Geschäftsstelle in Köln oder direkt an die DAI in Bonn wenden.

Dr. Almut Gerlach, Berlin

Fragwürdiges – Überflüssiges – Praktikables

Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis

Unklare Definition

Kaum ein Begriff wird derzeit vielseitiger interpretiert als der des Qualitätsmanagements in der Medizin. Da noch nicht einmal der Qualitätsbegriff selbst annähernd hinreichend definiert ist, verwundert es nicht weiter, wenn die Meinungen darüber, durch welche Maßnahmen dieses so schwer fassbare Ziel zu erreichen sei, ebenfalls erheblich differieren. Als echte Neuerung fordert nun der Gesetzgeber mit dem Inkrafttreten des GMG ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, welches sich von den teilweise bereits existierenden Strukturen einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagements (z.B. Qualitätszirkel) unterscheidet. Der Gesetzgeber legt dabei das Schwergewicht auf die Ergebnisqualität und erleichtert die Zielvorgabe insoweit wenigstens teilweise, als er offenbar der zum gleichen Ziel führenden Therapievelfalt Rechnung trägt und damit die ärztliche Therapiefreiheit prinzipiell erhalten wissen möchte.

Tummelplatz für Spreu und Weizen

Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Forderungen ist ein Tummelfeld deutschen Erfindungsreichtums entstanden. Managementprogramme der unterschiedlichsten Art schießen wie Pilze aus dem Boden und machen es dem Praxisinhaber nur umso schwerer, das für ihn richtige zu erkennen. Dieser Markt wurde u.a. sehr schnell von einigen kommerziellen Anbietern besetzt, die dem Kunden Qualitätsmanagement als Praxismarketinginstrument zum beiderseitigen wirtschaftlichen Nutzen verkaufen wollen. Bei aller Unklarheit des gesetzlichen Auftrages handelt es sich hier dann doch um eine Fehlinterpretation, die natürlich durchaus nicht unabsichtlich geschieht.

Verschiedene Interessen und Erwartungen

Qualitätsmanagement hat tatsächlich eine Fülle unterschiedlicher Blickwinkel und Ansätze. Je nach Interessenlage der Beteiligten im Gesundheitswesen ist die Erwartungshaltung eine andere. So werden Gesundheitspolitiker und Krankenkassen insbesondere Kosteneinsparungseffekte in den Vordergrund rücken, während Patientenorganisationen den Schwerpunkt eher im Servicebereich der Gesundheitsleistung setzen, angefangen bei der möglichst flächendeckenden Verfügbarkeit einer speziellen Behandlung bis zur problemlosen und schnellen Erbringung einer Leistung zur Zufriedenheit des Patienten. Der Blickwinkel der (Zahn-)Mediziner, also derjenigen, die bezüglich der Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen in der Praxis eigentlich sowieso und auch ohne ein GMG in der Pflicht stehen, ging in der Vergangenheit eher konsequent am gesamten Qualitätsaspekt vorbei. Da, wo eine Art von Qualitätsmanagement heute bereits in den Praxen durchgeführt wird,

liegt der Schwerpunkt des Tuns oft bei der durch Straffung und Strukturierung der Praxisabläufe erzielbaren Gewinnoptimierung und damit einigermaßen konträr zur gesetzgeberischen Absicht.

Zwischen Anspruch und Umsetzbarkeit

Angebote Qualitätsmanagementsysteme müssen immer die schwierige Austarierung von möglichst umfangreichen und effektiven qualitätsfördernden Aspekten einerseits und der leichten und harmonischen Umsetzbarkeit in den Praxisalltag andererseits bewältigen, um eine hohe Attraktivität in der (Zahn-) Ärzteschaft zu erzielen. Gleichzeitig erfordert die laufende Umsetzung einen sensiblen Umgang mit der Notwendigkeit, qualitätsverbessernde Maßnahmen im Einzelfall anzumahnen bzw. wirksam durchzusetzen (sog. edukatorische Anstöße), ohne dabei die bereits vorhandene Professionalität in Zweifel zu ziehen oder gar zu schwächen.

Arztpraxen sind lebende Strukturen an sich mit vielerlei Abläufen, die sich oft über lange Zeiträume als äußerst praktikabel herauskristallisiert haben und die durch ein zu starres Fremdkonzept zerstört werden könnten. Gutes Qualitätsmanagement muss genau diese Strukturen als gut erkennen und bewahren helfen und Veränderungen nur bei unzureichenden Abläufen anregen.

Speziellere Ausführungsbestimmungen zum Qualitätsmanagement werden vom Gesetzgeber nicht vorgegeben, sondern deren Entwicklung in die (zahn-)ärztliche Hoheit nach bedarfsabhängigen Kriterien gegeben. Patentrezepte können zudem angesichts der Vielfalt der möglichen Ansätze nicht existieren. Vorhandene Qualitätsmanagementsysteme beschränken sich daher auf verschiedene Grundstrukturen und konkurrieren in der Wahl und Ausführung der Management-Eckpfeiler. Solche Eckpfeiler sind z.B.:

- das Erlernen und Anwenden der theoretischen und praktischen Grundlagen des jeweiligen Systems,
- die Dokumentation der vorzunehmenden und vorgenommenen Maßnahmen,
- die Beurteilung der Praxisabläufe aus Sicht des Praxisinhabers, des Personals sowie der Patienten durch Fragebögen,
- Benchmarking innerhalb der teilnehmenden Praxen,
- regelmäßige Praxisbesichtigungen (Visitationen),
- Audits (externe Begutachtung der eingeführten qualitätsverbessernden Maßnahmen)
- Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Praxen sowie
- die Zertifizierung und regelmäßige Rezertifizierung.

Unterschiedlicher Aufwand

Es gibt Programme, die viele der vorgegebenen Programmpunkte der Bewertung des jeweiligen Praxisinhabers überlassen (Selbstassessment), während andere das Schwergewicht auf die zumeist sehr kostspielige externe Hilfestellung legen (Fremd-assessment). Zum Einsatz kommen dabei speziell geschulte Hilfskräfte, die allerdings nicht selbst Mediziner sein müssen, sondern durchaus auch weitergebildete Helferinnen oder sogar eingewiesene fachfremde Personen sein können. Qualitätsmanagementsysteme unterscheiden sich demnach, abhängig von den in Anspruch zu nehmenden Begleitleistungen, erheblich bezüglich des Kostenaufwandes für den Praxisinhaber. Hinzu kommen indirekte Kosten durch den Zeitaufwand zur Umsetzung einzelner Maßnahmen.

Das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ des DAZ

Die Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems direkt aus der Zahnärzteschaft heraus, das auf zahnärztliche Belange und die teilweise sensiblen Besonderheiten einer Zahnarztpraxis Rücksicht nimmt und zudem ohne kommerzielle Interessen eines Fremdanbieters auskommt, mag die größte Akzeptanz innerhalb des Berufsstandes finden, und das nicht nur, weil es geringst mögliche Kosten verursacht. Beispielhaft sei hier das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ herausgestellt, das in den letzten drei Jahren vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) von Zahnärzten für Zahnärzte entwickelt wurde. Bewusst wurde hier auf den Begriff ‚Management‘ verzichtet, um nicht den falschen Eindruck eines auf Marketing ausgerichteten Projektes zu erwecken. Viele der oben allgemein aufgeführten Schwerpunkte zum Qualitätsmanagement finden sich aber im DAZ-Konzept wieder.

Selbstverpflichtung und Bewertung durch Patienten

Das Qualitätsmanagementkonzept des DAZ ruht im Prinzip auf zwei Pfeilern. Zum einen

beinhaltet es einen Katalog zahnärztlicher Selbstverpflichtungen, die den Patienten mit seinen wohlverstandenen Interessen in den Mittelpunkt zahnärztlichen Bemühens rücken. An diese Selbstverpflichtungen (siehe weiter unten) bindet sich jede(r) teilnehmende Behandler(in) freiwillig. Zu den Verpflichtungen gehören beispielsweise der Verzicht auf rein gewinnorientierte Marketingstrategien genauso wie die Möglichkeit zur Vereinbarung verlängerter Gewährleistungsfristen und die geregelte Wahrnehmung geeigneter Fortbildungsveranstaltungen. Zur glaubwürdigen und dauerhaften Kontrolle der praxisinternen Abläufe wurde als zweiter Pfeiler ein System erarbeitet, bei dem die Patienten durch die Teilnahme an einer ständigen Fragebogenaktion die Praxis und die Arbeit ihres Behandlers und des Personals bewerten. Diese Bewertungen werden laufend zentral gesammelt, praxis-/behandlerbezogen ausgewertet und in zusammengefasster Form an die Praxis zurückgegeben sowie ggf. zur Beratung des einzelnen Kollegen herangezogen. Sowohl ein Selbst-, wie auch ein Fremdassessment sind damit möglich. Der Fragebogen ist ferner so abgefasst, dass er eine Auswertung nach wissenschaftlichen Kriterien quasi als Langzeitstudie erlaubt. Hierdurch wird die Einordnung jeder Praxis im Gesamtrahmen möglich und eine Qualitätsentwicklung auch langfristig erkennbar.

Bei Problemen Vertrauensleute einschalten

Eine Telefon-Hotline für Patientenfragen aller Art und ein Bewertungsgremium der Ergebnisqualität, das auch von Patienten in Anspruch genommen werden kann, runden den Service ab. Damit soll jeder Patient die Möglichkeit erhalten, auftretende Probleme der Versorgung direkt mit Vertrauensleuten innerhalb des Qualitätsprojektes zu klären, ohne die Krankenkassen bzw. die KZV- oder Privatgutachter in Anspruch nehmen zu müssen. Auch als Hilfsmittel bei einer möglichen juristischen Auseinandersetzung kann dieser Service dienen.

unabhängiges Gremium die Aberkennung des Siegels beschlossen hat. Weitere Sanktionsmaßnahmen als den Ausschluss aus dem Qualitätsprojekt gibt es nicht. Jede Kollegin/jeder Kollege zahlt einen jährlichen Verwaltungskostenbeitrag, für den der Praxis alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt und mit dem auch die Arbeiten wie Organisation, Auswertung und Patientenbetreuung bezahlt werden. Dieser Jahresbeitrag liegt für Nicht-DAZ-Mitglieder bei jährlich 500 Euro.

Ausgerichtet an den Bedürfnissen der Patienten

Das hier vorgestellte Konzept ist keineswegs so umfassend, dass es den noch unvorhersehbaren Entwicklungen unverändert Rechnung tragen kann. Diesem Anspruch kann kein Qualitätssicherungskonzept gerecht werden. Vielmehr ist beabsichtigt, den Teilnehmern am Konzept eine Möglichkeit zu geben, sich in ihrer Arbeit noch mehr als bisher an den Bedürfnissen ihrer Patienten auszurichten, wobei das Maß der Steigerungsfähigkeit in der einen Praxis sehr gering, in einer anderen aber ganz erheblich ausfallen könnte. Die Anregungen, die die eigenen Patienten geben, werden zwangsläufig einen Einfluss auf die Ergebnisqualität der Arbeit haben, was wiederum, nicht nur durch die Anbringung des Qualitätssiegels, die Praxis für neue Patienten attraktiver macht. Die Teilnahme am Konzept kann also von vielfältigem Nutzen für jede Praxis sein, was die jährliche Investition, die kaum anders als für eine einzige Fortbildung ist, sicher rechtfertigt.

Mehr Zufriedenheit und Glaubwürdigkeit

Mit einem wirksamen Qualitätsmanagement wird somit einer Entwicklung der Weg geebnet, in der ein höheres Maß an Zufriedenheit bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen gleichermaßen erreicht werden kann: Allen voran bei den Patienten, die sich, nicht zuletzt durch die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung, im Mittelpunkt einer fürsorglichen Gemeinschaft aufgehoben fühlen können. Ferner bei den Krankenkassen und Versicherungen, denen sich nun vermehrt qualitätsorientierte und -kontrollierte Zahnärztinnen und Zahnärzte als verlässlichere Partner als bisher präsentieren. Und nicht zuletzt bei den Zahnheilkundlern selbst, die bereit sind, das, was sie an qualifizierten Fertigkeiten mitbringen, noch weiter zu verbessern, und die dieses auch herausstellen und damit langfristig das eigene Auskommen sichern. Es gibt somit genügend Gründe, dass die Zahnärzteschaft Qualitätsmanagementsysteme einführt, die in der Bevölkerung als glaubwürdig anerkannt werden.

Dr. Eberhard Riedel, München

Quelle: Der vorstehende Beitrag konnte mit freundlicher Erlaubnis des Quintessenz-Verlages übernommen werden aus Quintessenz Team-Journal 34 (2004), S. 507-510.



Wir beraten Sie gerne!
Ihre Zahntechnikermeister:

Lipinski & Hoffmann TM
zahntechnik

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

Qualität und Leistung

TRIFFT GALVANO



Margaretenstr. 16
■ 93047 Regensburg

Fon 09 41.79 15 21
■ Fax 09 41.79 25 11

■ info@zahnerlebnis.de

Qualitätssiegel auf dem Praxisschild

Jede interessierte Praxis erhält nach der Erklärung zur Teilnahme an diesem Qualitätskonzept ein Qualitätssiegel, welches auf dem Praxisschild angebracht werden kann und zwei Jahre lang Gültigkeit hat. Es wird nach dem ersten Jahr der erfolgreichen Teilnahme versandt und alle 2 Jahre verlängert, sofern nicht die Auswertung von Fragebögen gehäufte Verdachtsmomente auf Ergebnis- oder Praxisdefizite zulässt, eine Beratung des Zahnarztes erfolglos blieb und ein

Selbstverpflichtung des 'Projekts Qualitätssicherung' des DAZ

§ 1 Der Patient steht im Mittelpunkt zahnärztlichen Interesses

- Das Maß zeitlicher Zuwendung muss den tatsächlichen Behandlungsbedürfnissen des Patienten gerecht werden.
- Die Praxis hält ein Terminsystem mit kürzestmöglichen Wartezeiten und vorher festgelegter Behandlungsdauer ein.
- Die rechtlichen und ggf. vertraglichen Rahmenbedingungen werden eingehalten.
- Die Praxis betreibt mit Hilfe eines durchgehenden Hygienekonzeptes vorbeugenden Gesundheitsschutz.

§ 2 Verantwortetes Delegieren

Die Zahnärztin/Der Zahnarzt führt alle Behandlungen in der Weise selbst durch, wie sie das Zahnheilkundengesetz vorschreibt. Das Delegieren von Behandlungstätigkeiten an fortgebildetes Personal erfolgt nur auf verantwortbare Weise im Bereich der

- Mundhygiene (Zahnsteinentfernung, Individualprophylaxe), bei
- Hilfsarbeiten bei der Herstellung von Zahnersatz (Vorabformungen, Abdruckvorbereitungen und Herstellung der Provisorien) und
- Anfertigung von Röntgenaufnahmen

§ 3 Behandlungsplanung und -durchführung

Planung und Durchführung einer Behandlung erfolgen in strenger Ausrichtung auf den tatsächlich gegebenen Behandlungsbedarf des Patienten nach dem Grundsatz des geringsten nötigen Aufwandes. Dabei muss das Ziel einer Behandlungsplanung die gesicherte Wiederherstellung der Strukturen der Mundhöhle sein und immer klar umrissen und vereinbart werden. Darüber hinausgehende Maßnahmen werden nur im Rahmen der anerkannten Regeln der Zahnheilkunde durchgeführt und sollen nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgen. Marketingstrategien zur Steigerung der Patientennachfrage durch Schaffung eines künstlichen Behandlungsbedarfs werden nicht angewendet.

§ 4 Zweitmeinung

Die Motivation des Patienten zur Einholung einer Zweitmeinung vor Beginn einer umfangreicheren Behandlung wird gefördert.

§ 5 Kostentransparenz und Kostensicherheit

Jeder Patient wird vor Beginn einer umfangreichen Behandlung über das Gesamtvolumen sowie die für ihn entstehenden Kosten so genau wie möglich informiert. Dieses gilt auf Wunsch des Patienten auch für kleinere Behandlungen sowie für Tageskostenaufstellungen. Kostenüberschreitungen von mehr als 15 % gegenüber der veranschlagten Höhe sind vom Patienten nur in begründeten Ausnahmefällen zu erstatten.

§ 6 Verlängerte Gewährleistungsfristen

Über den Rahmen der gesetzlichen Gewährleistung hinaus wird bereits die Behandlungsplanung auf eine möglichst lange Haltbarkeit abgestellt. Dabei werden folgende Mindestzeiträume angestrebt:

- Plastische Füllungen (Amalgam, Kunststoff): 4 Jahre
 - Laborgefertigte Einlagefüllungen
 - Gold: 6 Jahre
 - Kunststoff, Keramik: 4 Jahre
 - Festsitzender Zahnersatz (Kronen, Brücken): 5 Jahre
 - Kombiniertes Zahnersatz (Geschiebe-, Steg- oder Konusarbeiten): 5 Jahre auf die Gesamttragezeit des Ersatzes
 - Herausnehmbarer Zahnersatz (Modellgussklammerprothese, Vollprothese): 3 Jahre
- Entsprechende Gewährleistungsfristen können auch vertraglich vereinbart werden, sofern
- durch den Patienten die Angebote zur Individualprophylaxe in der nötigen Intensität und Regelmäßigkeit wahrgenommen werden und
 - die Kostenträger angemessene Vergütungen für die zahnmedizinische Therapie sicherstellen.

§ 7 Durchführung von Patientenbefragungen

Durch regelmäßige Patientenbefragungen soll die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser Selbstverpflichtung überprüft und ggf. verbessert werden.

§ 8 Bewertung vermuteter Qualitätsmängel der Versorgung

Für aufgekommene Unstimmigkeiten aller Art wird eine Telefon-Hotline eingerichtet, die von allen Seiten in Anspruch genommen werden kann. Auf Wunsch wird zusätzlich eine neutrale fachliche Bewertung einer zahnärztlichen Versorgung vorgenommen und schriftlich niedergelegt. Der Behandler stellt hierzu alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. In bedeutsamen oder unklaren Fällen ist die körperliche Untersuchung des Patienten die Regel. Die schriftliche Bewertung kann dann Patienten, falls erforderlich, helfen, vermutete Ansprüche auf juristischem Wege zu verfolgen.

§ 9 Verpflichtung zu regelmäßiger Fortbildung

Der Zahnarzt nimmt zur Erhaltung eines aktuellen fachlichen Wissensstandes regelmäßig an Fortbildungen anerkannter Fachgesellschaften teil (z.B. DGZMK o.ä.). Hierbei soll ein Schwerpunkt auf solchen Fortbildungsveranstaltungen liegen, die das praktische Erlernen und Einüben neuer Verfahren ermöglichen.

Erste Jahreshauptversammlung des ,Projekts Qualitätssicherung'

Im Zusammenhang mit der diesjährigen Jahreshauptversammlung des DAZ am 9.10.2004 in Berlin fand zeitgleich auch die erste Jahreshauptversammlung des ,Projekts Qualitätssicherung' statt. Dr. Peter Nachtweh, in der Projektleitung mit dem Aufgabengebiet Mitgliederbetreuung, Finanzen und Materialbeschaffung befasst, konnte nicht teilnehmen. Sein schriftlicher Bericht über den Zeitraum 1. März bis 30. September 2004 beschreibt den weitgehend reibungslosen Verlauf des ersten Abschnittes der laufenden Pilotphase.

So wurden von Dr. Nachtweh zusammen mit Dr. Gebuhr vom NAV-Virchow-Bund für alle 54 Teilnehmer in der Pilotphase die erforderlichen Druckerzeugnisse hergestellt und versandt. Fragebögen, Briefumschläge und Patienten-Informationsflyer wurden in einer Stückzahl von jeweils 10.000 Stück gedruckt und an jedes Mitglied zunächst mit je 130 Exemplaren geschickt. Die sonstigen Unterlagen (Projektordnung, Selbstverpflichtungserklärung und Beitrittserklärung) wurden zu je 1.000 Stück gedruckt und teilweise versandt. Aus den Restbeständen werden laufend Informationsmappen mit einem ansprechenden Deckblatt zusammengestellt, um hiermit interessierte Praxen versorgen zu können.

Etwas schwierig gestaltete sich in Einzelfällen der Beitragseinzug, da noch nicht alle Teilnehmer einem Lastschriftinzug zu-

gestimmt haben. Die Projektleitung bittet deshalb, dieses, wo noch nicht geschehen, baldmöglichst nachzuholen.

Die Vergabe der Fragebögen begann in den meisten Praxen im Juni. Ebenfalls reibungslos gestaltete sich die Organisation im Zusammenhang mit dem Rücklauf der Fragebögen bei der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes. Dort muss für die täglich eintreffenden Fragebögen das Porto beglichen werden, und die Fragebögen müssen nach Praxen sortiert in Aktenordner abgelegt werden. Das von Dr. Gebuhr geschriebene Programm zur EDV-Erfassung der Fragebogeninhalte wurde zwischenzeitlich fertiggestellt und hat die ersten Tests bestanden. Eine Studentin wurde beauftragt, in regelmäßigen Abständen die Fragebögen zu erfassen, und erhält hierfür eine Aufwandsentschädigung. Die Fehlerlosigkeit dieser Erfassung wird von der Projektleitung stichprobenartig überwacht.

Probleme entstanden vereinzelt durch einen zu schnellen Verbrauch der Fragebögen in einzelnen Praxen, in denen vom Prinzip abgewichen wurde, täglich nur einen Fragebogen auszugeben. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Praxen nicht zu gefährden und auch um die Kosten überschaubar und vergleichbar zu halten, sollte dieser Grundsatz der zufallsbestimmten Vergabe nur eines Fragebogens täglich

beachtet werden. Eine Nachsendung von vorzeitig verbrauchten Fragebögen konnte daher nicht erfolgen.

Aufgrund der bislang kurzen Zeitspanne und der demzufolge nur schlaglichtartigen Übersicht über die Praxisbewertungen war es noch nicht nötig, dass das Bewertungs- und Disziplinargremium zusammentreten musste. Auch das Service-Telefon, das in der Anfangsphase noch bei unserer Geschäftsführerin Frau Berger-Orsag angesiedelt ist, verzeichnete keine nennenswerte Aktivität. Ergebnisse der Arbeitsgruppe ,Fortbildung' sind in Vorbereitung.

Die eigentliche Öffentlichkeitsarbeit wird mit der Überarbeitung und dem Neuvorsand des Fragebogens im nächsten Jahr beginnen. In diesem Jahr fanden nach der Projekt-Auftaktveranstaltung am 28. Februar in Berlin verschiedene Projektpräsentationen statt, so u.a. bei der DAZ/VDZM-Frühjahrstagung in Frankfurt und bei verschiedenen Studiengruppen und Qualitätszirkeln. ZM, DZW und Quintessenz veröffentlichten Berichte zum Projekt. Am 27. Oktober konnte das Projekt auf Einladung der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) bei der Bundeszahnärztekammer zusammen mit anderen nicht-kommerziellen Qualitätsmanagement-Programmen vorgestellt werden.

Dr. Eberhard Riedel, München

Bericht zum Fortgang der Fragebogenaktion

Nach Beginn der Fragebogenausgabe an die Patienten der beteiligten Praxen Mitte Juni haben bis zum 4. Oktober 1238 ausgefüllte Formulare den Weg zurück in die Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes in Berlin gefunden. Diese Zahl nannte der Geschäftsführer des NAV, Herr Dr. Gebuhr, anlässlich der DAZ-Jahreshauptversammlung am 9. Oktober in Berlin. Wenn man von insgesamt 7020 ausgegebenen Fragebögen ausgeht, so entspräche dies einer derzeitigen Rücklaufquote von ca. 17%. Dies stelle ein sehr gutes Ergebnis dar, das sich im weiteren Verlauf steigern könnte auf einen realistischen Endwert von 45-50%. Damit sei genügend Zahlenmaterial vorhanden, um statistisch aussagefähige Ergebnisse zu präsentieren.

Die in die Auswertung eingegangenen Daten über die beteiligten Zahnarztpraxen (Praxisfragebogen) lieferten zudem Hinweise auf Praxisbesonderheiten, von denen er einige als Beispiele herausgriff. So habe sich bei der Frage nach der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit des Praxisbetreibers ein Mittelwert von 41,1 Stunden ergeben. Für erstrebenswert hielten die meisten

Befragten aber nur eine durchschnittliche Arbeitszeit von ca. 35,9 Stunden. Ob die Befragten die reine Behandlungszeit am Patienten vor Augen hatten, oder ihre Gesamtarbeitszeit meinten, konnte jedoch aufgrund der unscharfen Fragestellung nicht ermittelt werden. Im Durchschnitt behandelt jeder Zahnarzt pro Tag 18,5 Patienten und beschäftigt sich mit jedem einzelnen im Mittel ca. 26,9 Minuten.

Wie beurteilen nun die Patienten, denen die Fragebögen in den Praxen ausgehändigt worden waren, ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Behandlung? 50 diesbezügliche Fragen auf jedem Bogen geben dazu eine Antwort. Dr. Gebuhr griff einzelne Fragen heraus und erläuterte die Ergebnisse. Frage 1 bezieht sich auf die Praxisräumlichkeiten und deren Ausstrahlung. Immerhin 95,8% der bewerteten Praxen erhielten hier die Noten 1 oder 2, nur sieben Mal (0,56%) unter allen Antworten gab es die Note 6. Rein statistisch betrachtet ist dies eine zu vernachlässigende Größe, für den einzelnen Praxisinhaber, der diese Antwort seiner Einzelpraxisauswertung entnehmen kann, aber doch ein wichtiger Hinweis.

Als Durchschnittsnote für alle an der Auswertung beteiligten Praxen ergibt sich ein Wert von 1,32 und damit ein höchst erfreuliches Ergebnis. Die beste Durchschnittsnote mit einem Wert von 1,26 ergab die Frage zur Freundlichkeit und der Kompetenz des Praxispersonals (Frage 2), die „schlechteste“ mit einem Wert von 1,63 die Frage nach der Akzeptanz der Wartezeiten (Frage 4) und mit einem Mittelwert von 1,61 die Frage 16, wo nur 78% der Patienten die erstellten Kostenvorschläge für hinlänglich nachvollziehbar hielten.

Besondere Beachtung verdienen auch die Ergebnisse zu den Fragen 18 (Hatten sie jemals den Eindruck, gegen Ihre erklärte Überzeugung zu einer Behandlung überredet worden zu sein?) und 19 (Hatten Sie jemals den Eindruck, Ihre Zahnärztin/Ihr Zahnarzt hat Sie in erster Linie zum eigenen wirtschaftlichen Vorteil beraten und behandelt?). Immerhin gibt es 21 (Frage 18) bzw. 31 (Frage 19) Patienten, bei denen solch ein negativer Eindruck entstanden ist. Statistisch betrachtet nicht signifikant, für die einzelne Praxis jedoch, zumal wenn mehrfach genannt, ein wichtiger Fingerzeig.

Außerordentlich hohe Prozentzahlen (ca. 75 %) in der Rubrik „Keine Antwort“ finden sich bei den Fragen 41, 41 und 43. Die Erklärung liegt auf der Hand: Wer keine Kinder in der Praxis behandeln lässt, von dem sind Antworten zu den Inhalten dieser spezifischen Fragen nicht zu erwarten. Über die Gesamtheit aller gestellten Fragen sind Ergebnisse von 95 – 97 % guter bis sehr guter Beurteilung ein hervorragendes Ergebnis, das Anlass zur Freude, aber nicht zu uneingeschränkter Zufriedenheit bietet. Motiv der Fragebogenaktion im Rahmen

des DAZ-Qualitätssicherungsprogrammes war und bleibt der Wille zur Verbesserung. Deshalb muss gerade das Herausfragen kritischer Bemerkungen unserer Patienten unsere Zielrichtung bleiben. Diese ersten Auswertungen lassen erkennen, dass der Fragebogen in Teilbereichen gestrafft, bei Einzelfragen präziser, zielgenauer formuliert werden muss und insgesamt einer gewissen Überarbeitung bedarf. Diese Weiterentwicklung wird sich in der 2. Auflage der Fragebögen niederschlagen. Jede einzelne beteiligte Praxis wird in den

nächsten Wochen ausführliches Zahlenmaterial erhalten, zum einen die Daten über alle beteiligten Praxen und separat die Beurteilung der jeweiligen Praxis. Auf den ersten Blick mag diese Anhäufung von Zahlen vielleicht abschreckend und verwirrend erscheinen, aber schon nach wenigen Minuten der Betrachtung werden sich für jeden Praxisinhaber interessante Einblicke in das Urteil seiner Patienten ergeben.

Dr. Ulrich Zibelius, Lemgo

Die intraligamentäre Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis

Einführung

Die Angst vor zahnärztlichen Maßnahmen beruht bis in die heutige Zeit bei vielen Patienten hauptsächlich auf zurückliegenden eigenen unangenehmen Erfahrungen und daneben auf Berichten von Verwandten oder Bekannten über schmerzhaft eingegriffene Zähne und am Kiefer.

Erst dank der Lokalanästhesie wurde es möglich, zahnärztlich-chirurgische Behandlungen und aufwändige Maßnahmen der Zahnerhaltung, z. B. ausgedehnte Präparationen, besonders in Pulpanähe, endodontische Behandlungen usw. für den Patienten erträglich zu gestalten.

Überwiegend bakterielle Infektionen (Karies, undichte Füllungen, Infektionen benachbarter anatomischer Strukturen) sowie traumatische und iatrogene Reize stellen die häufigsten Ursachen für Schmerzen auf der Basis einer Pulpaentzündung dar. Für das iatrogene Trauma der Pulpa sind sowohl mechanische, thermische und chemische Reize verantwortlich. Jede Präparation mit schleifenden und schneidenden Instrumenten im Dentinbereich beeinflusst die Flüssigkeitssäule in den Dentinkanälen sowie die Odontoblastenfortsätze. Dies trifft auch auf eine Austrocknung der Dentinoberfläche mit dem Luftbläser oder auf chemische Einflüsse zu.

Bagatellisierungen des individuell sehr unterschiedlichen Schmerzerlebnisses der Patienten sind nicht geeignet, eine Vertrauensbasis des Patienten zum Therapeuten aufzubauen oder zu erhalten. Müller-Fahlbusch [14] betont, dass bis in die jüngste Vergangenheit Vorurteile das Verhältnis Zahnarzt-Patient belasten, die „das Bohren“ und „das Zähne ziehen“ ungeachtet der neuen Möglichkeiten der Therapie, insbesondere der Lokalanästhesie, als furchtbare Schmerzen auslösende Behandlungen erscheinen lassen.

Unabhängig von der Frage der Kostenerstattung hat jeder Patient Anspruch auf eine möglichst schmerzarme bzw. eine schmerzfreie Behandlung. Ihre Gewährleistung lässt einen Abbau der Angst vor Zahn erhaltenden Maßnahmen erwarten.

In der Zahnheilkunde werden verschiedene Methoden der Lokalanästhesie praktiziert und teilweise auch miteinander kombiniert, z. B. Oberflächenanästhesie und Infiltrationsanästhesie.

Oftmals wird routinemäßig eine bestimmte Methode praktiziert, ohne über die für den geplanten Eingriff und den zu behandelnden Patienten am besten geeignete Form der örtlichen Betäubung nachzudenken [12].

Je nach dem Allgemeinzustand der Patienten, Art und Umfang der durchzuführenden therapeutischen Maßnahmen, z. B. Zahnsteinentfernung, Kavitätenpräparation (pulpafern oder pulpanah), Pulpaexstirpation, Extraktion usw. und der Lage des zu behandelnden Zahnes, z. B. Front- oder Seitenzahn im Ober- oder Unterkiefer, ist die Lokalanästhesie-Methode festzulegen:

- Oberflächenanästhesie
- Infiltrationsanästhesie oder terminale Anästhesie
- Leitungsanästhesie
- intraligamentäre Anästhesie.

Die intraligamentäre Anästhesie (ILA) ermöglicht die Analgesie eines einzelnen Zahnes (Einzelzahnanästhesie). Dabei wird das Anästhetikum in das Ligamentum

circulare via Sulcus gingivalis des zu anästhesierenden Zahnes injiziert. Dadurch wird die Betäubung eng begrenzt und eine Taubheit benachbarter Bezirke, etwa von Lippen, Wangen oder Zunge, vermieden.

Seit Einführung der Druckspritzen – auch Pistolenspritzen genannt – Anfang der 1980er Jahre haben Kliniker und Praktiker immer wieder die Vorteile der intraligamentären Anästhesie (ILA), aber auch deren ungewünschte Effekte, selbst erfahren und beschrieben. Gleichberechtigte Methode neben der Terminal- und der Leitungsanästhesie ist die ILA aber nie geworden. Die Pistolenspritzen ließen dem Anwender zu viele Möglichkeiten, bei den in Betracht kommenden Indikationen Effekte zu generieren, die – zu Unrecht – der Methode zugerechnet wurden.

Auch die Dosierflügel-Spritzen, z. B. Citoject und Paroject, ließen dem ungeduldgigen Behandler noch Möglichkeiten, Anwendungsfehler zu reproduzieren. In den Händen erfahrener und behutsamer Behandler stellten diese Spritzen aber eine Bereicherung des Spektrums der dentalen Lokalanästhesie dar.

Seit Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts stehen für intraligamentale Injektionen Spritzensysteme zur Verfügung, bei denen der Behandler den erforderlichen Injektionsdruck mittels eines Dosierrades ohne zwischengelagerte Hebel aufbauen kann und bei denen er den zu überwindenden Gewebsgegendruck direkt in seinem Daumen spüren kann – wie bei einer normalen Aspirationspritze.

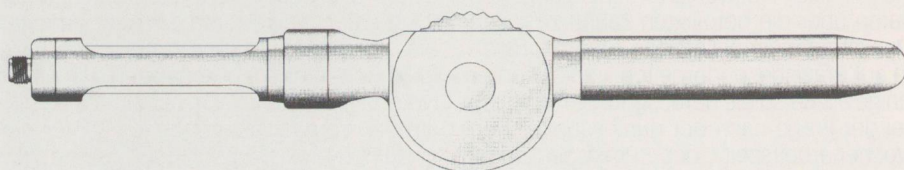


Abbildung 1: Dosierrad-Spritze Soft.Ject

Hypothese

Die intraligamentäre Anästhesie ist in der zahnärztlichen Praxis für die Indikationen

- Restaurative Maßnahmen an einzelnen Zähnen, Kavitäten- und Kronenpräparationen
- Endodontische Behandlungen
- Nachinjektion unter Kofferdam
- Differential-Diagnose unklarer pulpitischer Beschwerden [4, 13, 17]
- Einzelzahnextraktionen im Dauergebiss
- Komplettierung partieller Anästhesieversager bei Leitungsanästhesien
- Lokalisierte PAR-Eingriffe, z. B. Exzisionen kleineren Umfangs

problemlos anwendbar und besonders für

- Risikopatienten nach Herzinfarkten, kardialen Bypassen u. a. Leiden, sowie kreislauffähige Patienten [1, 7, 15]
- Patienten mit hämorrhagischer Diathese und Marcumarmedizierte [18, 10]
- Kinder und Behinderte zur Vorbeugung postoperativer Verletzungen und zum Abbau von Spritzenfurcht [2, 5, 20]

eine Methode der Schmerzausschaltung, die eine zahnmedizinische Behandlung uneingeschränkt ermöglicht.

Unter Verwendung von Instrumentarien und Anästhetika, die dem Stand der Technik und der Wissenschaft entsprechen, ist die ILA – in den Händen erfahrener Behandler – eine Methode der lokalen Schmerzausschaltung, die bei den genannten Indikationen generell anwendbar und den klassischen Methoden Leitungs- und Infiltrationsanästhesie in ihrer Wirkung mindestens vergleichbar ist, für den Patienten jedoch erhebliche Vorteile beinhaltet [3, 8].

Materialien und Methoden

Da einerseits der Widerstand des Parodontalgewebes vom Behandler bei der Injektion zu überwinden ist, andererseits durch zu schnelle Injektion der definierten Anästhetikamenge eine Auslenkung des Zahnes in der Alveole verursacht werden kann [11], müssen Injektionsmenge, Injektionszeit und damit der Injektionsdruck vollständig vom Behandler gesteuert – und kontrolliert – werden. Mit Pistolenspritzen ist dies praktisch kaum, mit Dosierflügel-Spritzen deutlich besser möglich. Die jüngste Generation der ILA-Spritzen – die Dosierrad-Spritzen – ermöglicht dem Behandler eine direkte, durch sein Gefühl gesteuerte Injektion – ohne zwischengelagerte Hebel.

In einer Untersuchung überprüften Tobien und Schulz [19] am Schweinekiefer, ob mit der neuen Spritze der Injektionsdruck so den anatomischen Verhältnissen der Patienten angepasst werden kann, dass un-

erwünschten Effekten vorgebeugt werden kann. Die gemessenen Werte zeigen, dass der Faktor Zeit einen wesentlichen Einfluss auf den aufzubauenden Injektionsdruck zur Überwindung des Gewebewiderstands bei der Injektion eines definierten Volumens ausübt. Mit zunehmender Injektionszeit vermindert sich der zu überwindende Gegendruck. Offensichtlich wird das injizierte Volumen vom Gewebe langsam resorbiert, so dass der Injektionswiderstand abnimmt. Als Kanülen sollten systemadaptierte ILA-Injektionsnadeln mit einem Durchmesser

Injektionsystem Soft.Ject	Injektionszeit für 0,2 ml pro Injektion			
	10 s	15 s	20 s	25 s
Jede 40 Messungen - Maximaler Druck - Minimaler Druck	0,23 0,06	0,19 0,06	0,18 0,06	0,24 0,03
Gemittelter Durchschnitt MPa	0,1375	0,118	0,09925	0,08775

Tabelle 1: Der Injektionsdruck der Soft.Ject – gemessen am frischen Schweinekiefer – hängt bei konstanter Injektionsmenge (0,2 ml) direkt von der Injektionszeit ab.

von 0,3 mm, kurzer Länge von 13 mm mit extrakurzem Anschliff ausgewählt werden. Injektionsnadeln für die ILA sollten keine Länge unter 12 und über 16 mm haben [8].

Wegen der gewünschten gefäßverengenden Wirkung [9] sollte als Anästhetika-Substanz Articain mit Adrenalin 1 : 200 000 (z.B. Ultracain D-S oder Ubistesin) verwendet werden, was auch üblicherweise für Leitungs- und Terminalanästhesien angewandt wird.

Der Anwender sollte sich mit der Methode ILA vertraut machen; es empfiehlt sich, eine persönliche Gewöhnungsphase zu definieren, bis die Injektion gegen den fühlbaren Gewebswiderstand sicher beherrscht wird.

Pro Zahnwurzel werden – entsprechend dem Stand der Wissenschaft – 0,2 ml Anästhetikum in mindestens 20 Sekunden injiziert. Bei 2-wurzeligen Zähnen erfolgt

je eine distale und eine mesiale Injektion, wobei die Zeit für die 2. Injektion in der Tendenz länger sein sollte (> 20 s). Bei erforderlichen 3. Injektionen – z. B. bei 3-wurzeligen Zähnen – muss die Injektionszeit deutlich verlängert werden (>= 25 s), da das injizierte Anästhetikum nur langsam in das Zahn umgebende Gewebe diffundiert und einer minimalen Bewegung des Zahnes im Zahnfach damit vorgebeugt werden kann.

Während der Injektion wird ein Flüssigkeitsvolumen in einen Raum gepresst, der bereits vollständig ausgefüllt ist. Da Flüssigkeiten inkompressibel sind, kann es bei zu schneller Injektion zu einer Dehnung des Alveolarfaches oder einer Verlagerung des parodontalen Flüssigkeitspolsters nach Art eines hydraulischen Druckausgleichs kommen [11]. Die Folgen wären die in der Literatur beschriebenen – reversiblen – ungewünschten Effekte wie Elongationsgefühl, Druckschmerz oder Vorkontakte nach Abklingen der intraligamentären Anästhesie.

Die für die Injektion erforderliche Zeit wird leicht kompensiert durch den Entfall jeglicher Latenzzeit; die Ausschaltung des Schmerzempfindens erfolgt bei der ILA unverzüglich. Die Anästhesie ist i. d. R. nach ca. 30 Sekunden – also nach Ende der Injektion – bereits tief und vollständig ausgeprägt, so dass die Behandlung sofort beginnen kann. Lediglich bei stark entzündetem Gewebe muss mit mehr als 30 Sekunden Latenzzeit gerechnet werden, sie kann gegebenenfalls auf ca. 60-90 Sekunden steigen.

Zur Erreichung einer ausgeprägten Anästhesie sind Injektionspunkte dicht am Zahnhals und Insertion der Kanülenspitze in den Sulcus von wesentlicher Bedeutung. Zu empfehlen ist bei 2-wurzeligen Zähnen ein distaler und ein mesialer Injektionspunkt, erforderlichenfalls noch ein weiterer Injektionspunkt in der Furkation. Die

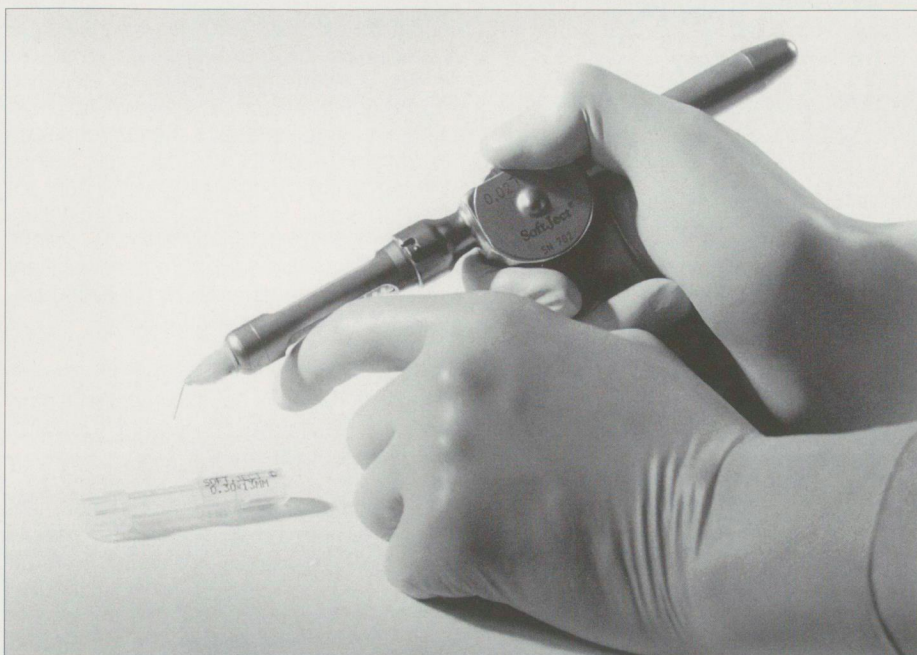


Abbildung 2: Handhabung der Soft.Ject: Es empfiehlt sich, den Injektionsapparat mit der freien Hand abzustützen, um die Kanüle sicher in den Sulcus zu führen.

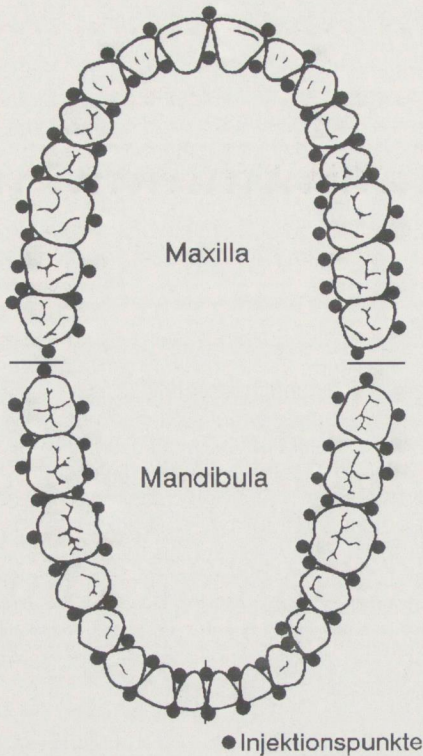


Abbildung 3: Die Injektionspunkte liegen dicht am Zahnhals.

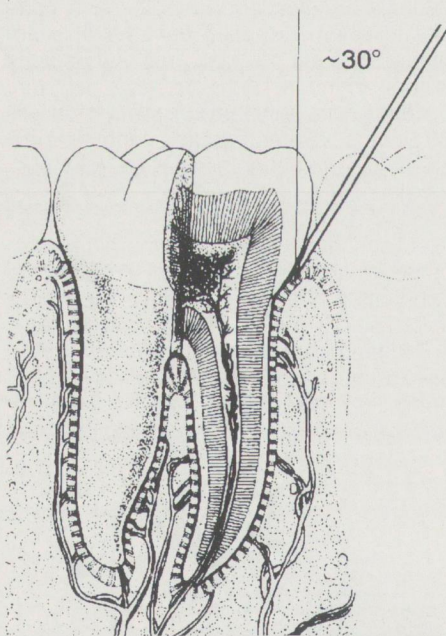


Abbildung 4: Im Kontakt mit dem Zahnhals wird die Kanülenspitze etwa 1 - 2, max. 3 mm in den Parodontalspalt eingeführt; sie muss bei der Applikation fest im Sulcus sitzen und während der ganzen Zeit der Injektion dort fixiert bleiben.

Kanülenspitze wird entlang dem Zahnhals in einem Winkel von ca. 30° etwa 1 - 2 mm maximal 3 mm in den Sulcus eingeführt, bis sie festen Halt hat. Wenn die Kanüle einen festen Halt gefunden hat, behutsam - nicht mit Gewalt - durch langsame Injektion den Gegendruck des Parodontalgewebes überwinden.

Bei der gesamten Dauer der Injektion muss ein deutlicher Gegendruck spürbar sein, der durch eigenen, gefühlvollen Druck zu überwinden ist. Der vom Behandler aufzu-

bauende Druck ist um so geringer, je länger die Injektionszeit ist; er ist von Zahn zu Zahn unterschiedlich.

Durch die direkte Druckübertragung - ohne zwischengelagerte Hebel - ist der zu überwindende Gegendruck uneingeschränkt für den Behandler spürbar. Die unterschiedlichen anatomischen Gegebenheiten führen fallweise dazu, dass ein geringer oder aber ein stärkerer Gegendruck zu überwinden ist. Der Behandler hat die Möglichkeit, bei zu starkem Gegendruck eine andere Injektionsstelle zu wählen, wo die Gewebedichte geringer ist und entsprechend ein niedrigerer Gegendruck überwunden werden muss. Dazu ist der Injektionsdruck durch zurückdrehen des Dosierades abzubauen und an einem anderen Injektionspunkt wieder aufzubauen.

Zur Reduzierung der Empfindlichkeit des Gingivalsaums wird empfohlen, vor der Insertion der Kanüle in den Desmodontalspalt einen Tropfen Anästhetikum an der Stelle des Sulcus abzulegen, wo die Insertion erfolgen soll. Dies ist besonders mit der Dosierad-Spritze leicht durchzuführen.

Ergebnisse

Zugal [20] konnte in einer evidenzgestützten Studie bei 205 dokumentierten Fällen nach intraligamentalen Injektionen einen initialen Anästhesieerfolg erreichen, der bei 91,7 % lag (188 von 205 Fällen), durch ILA-Nachinjektion (12 Fälle) stieg die Erfolgsquote auf 97,6 %. 3 Patienten tolerierten einen Minimalschmerz. Eine Komplettierung erfolgte durch eine LA; ein Fall (Zahn 27) erwies sich als resistent (Anästhesieversager).

Abgesehen von dem Anästhesieversager wurde praktisch keine Latenzzeit zwischen Injektion und Eintreten der Anästhesie festgestellt.

Die injizierte Menge Anästhetikum pro Zahn hängt weitgehend davon ab, wie viele Wurzeln der zu anästhesierende Zahn hat. Die in der Literatur genannte Menge von etwa 0,2 ml Anästhetikum pro Zahnwurzel deckt sich mit aktuellen praktischen Ergebnissen [3, 20]. Im Einzelfall empfiehlt es sich, diese Menge leicht zu erhöhen, um einen sofortigen Anästhesieerfolg sicherzustellen. In jedem Fall ist die eingesetzte Menge Anästhetikum bei der ILA immer signifikant geringer als bei einer konventionellen Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie.

Die Dauer der Anästhesie liegt im Bereich von ca. 30 Minuten. Nach dieser Zeit ist das Empfindungsvermögen wieder vollkommen ausgeprägt.

Die in der Literatur genannten Beeinträchtigungen, hier vor allem Elongationsgefühl und Druckschmerz nach Abklingen der Anästhesie, wurden von keinem Patienten berichtet. Der Grund dafür ist sicher in der seit Jahren gewachsenen Erfahrung des Behandlers mit der Methode der intraligamentären Anästhesie zu sehen. Wesentlich

für das Ausbleiben der genannten Beeinträchtigungen ist sicher die äußerst langsame und sensible Injektion ins Desmodont, um dem Zahn umgebenden Gewebe ausreichend Zeit zu geben, das injizierte Anästhetikum zu resorbieren. Die zu injizierende Menge Anästhetikum wurde kontrolliert langsam (>20 s für 0,2 ml) appliziert.

Wundheilungsstörungen nach den durchgeführten Extraktionen (Dolor post extractionem bzw. trockene Alveole) wurden in keinem Falle registriert. Wie auch von Heizmann und Gabka [10] bereits festgestellt, liegt das wahrscheinlich an der lege artis angewandten Methode der intraligamentären Anästhesie.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die intraligamentäre Anästhesie (ILA) in der routinemäßigen, praktischen Anwendung - durchgeführt unter den definierten Bedingungen - keine unvermeidbaren Risiken birgt und auch keine unerwünschten Effekte verursacht.

Für den Behandler, viel mehr aber für den Patienten, bietet die ILA - im Vergleich zu den Methoden der konventionellen dentalen Leitungs- und Infiltrationsanästhesie - vielfache Vorteile:

- der weitgehend unverzügliche Anästhesieeintritt ohne Latenzzeit ermöglicht einen sofortigen Behandlungsbeginn ohne Unterbrechung des Arbeitsablaufes;
- die durch die ILA erreichbare Einzelzahnanästhesie ermöglicht die Behandlung von Zähnen in verschiedenen Quadranten in derselben Sitzung;
- durch die kurze Anästhesiedauer und das Entfallen von Taubheitsgefühl in Wange, Zunge und Lippen ist es dem Patienten möglich, sofort nach Beendigung der Behandlung seinen beruflichen und sozialen Verpflichtungen wieder uneingeschränkt nachzugehen;
- Anästhesie-Versager spielen praktisch keine Rolle mehr - Nachinjektionen komplettieren erforderlichenfalls die Analgesie weitgehend;
- bei kreislaufstabilen Patienten ist das kardiovaskuläre Risiko deutlich reduziert;
- ohne zusätzlichen Aufwand können Patienten mit Blutgerinnungsstörungen lege artis intraligamentär [7, 10, 18] anästhesiert werden;
- bei Kindern und Behinderten wird das Risiko von postoperativen Bissverletzungen deutlich reduziert;
- bei Verwendung sensibler Instrumentarien hat die „Spritze“ z. T. ihre fürchteinflößende Wirkung verloren.

Die in der Literatur vereinzelt beschriebene Möglichkeit einer Bakteriämie wurde von Heizmann und Gabka [10] aber auch von Zugal [20] während der mittlerweile mehr als 5jährigen breiten Anwendung nicht beobachtet.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu präzisieren, dass besondere Vorsicht bei endokarditisgefährdeten Patienten gilt, da in diesen Fällen eine Absiedlung von Bakterien aus dem Blut zu ernsthaften Komplikationen für den Patienten führen kann. Insbesondere sind invasive Therapien unter Antibiotikenschutz vorzunehmen. Diese Vorsichtsmaßnahme ist jedoch nicht nur bei einer ILA sondern auch bei anderen Manipulationen am Zahnfleischsulcus, z. B. Zahnsteinentfernungen, einzuhalten [6].

Die modernen, zur Verfügung stehenden Spritzensysteme der 3. Generation für die ILA, die Dosierrad-Spritzen, wie z. B. die Soft.Ject, ermöglichen es jedem Behandler, mit etwas Einübung, erfolgreich die intraligamentäre Anästhesie zu praktizieren.

Pistolenspritzen, auch solche mit Druckbegrenzung, sind als obsolet zu betrachten, weil bei diesen Spritzen – selbst bei Druckbegrenzung – die aufbaubaren Drücke: 90 N [16] deutlich über den tolerierbaren Grenzwerten für Maßnahmen der Zahnerhaltung liegen. Mit der Soft.Ject-Spritze wurden – vom Behandler präzise zu kontrollieren – Drücke $<0,1$ MPa (MPa = 1 N/qmm oder 0,1 bar) gemessen [19].

Im direkten Vergleich mit der Dosierrad-Spritze bietet die Dosierrad-Spritze signifikante Vorteile für den Behandler. Mit der Dosierrad-Spritze ist eine genaue Druckerzeugung möglich. Weil bei diesem Injektionssystem keine zwischen-gelagerten Hebel die aufgewandten Kräfte verstärken, spürt der Behandler den zu überwindenden Gegendruck unmittelbar in der eigenen Hand. Wenn sich das Dosierrad nicht mehr drehen lässt, ist der Gewebewiderstand zu groß. Es ist dies das Zeichen, eine andere Injektionsstelle zu wählen, um die anatomischen Strukturen zu erhalten [20].

Am Ende der Injektion kann durch das Zurückdrehen des Dosierrades der Druck wieder abgebaut werden, so dass kein Anästhesiemittel in den Mund fließt und dort auch keinen unangenehmen Geschmack hinterlässt.

Aus der Praxis ist bekannt, dass manche Patienten nur bei einem deutlichen Taubheitsgefühl beruhigt und der Meinung sind, dass die Anästhesie wirkt. In diesem Fall ist eine Terminal- bzw. Leitungsanästhesie indiziert, um das subjektive Empfinden eines Anästhesie-Versagers auszuschließen.

Mit dem ILA-Injektionssystem der 3. Generation – Dosierrad-Spritze und systemadaptierte Kanüle – steht ein Instrumentarium zur Verfügung, das es dem Zahnmediziner ermöglicht, unter präzise zu kontrollierenden Bedingungen schonend, sicher und fast vollständig ohne Anästhesieversager für nahezu alle zahnärztlichen Behandlungen ausreichende Schmerzausschaltung zu erreichen.

Lothar Taubenheim, Erkrath

Die Literaturliste des Autors kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden über daz.koeln@t-online.de

Die neue Generation der Zahnimplantate – Ein erster Erfahrungsbericht

In der Zeit der Budgetzwänge wuchsen proportional mit den wirtschaftlichen Sorgen die Einflüsterungen, man solle doch endlich auch seine Prinzipien aufweichen und beginnen, seinen Patienten wohlfeile Dinge anzubieten, um nicht zu sagen: mit Marketing-Methoden aufzunötigen. Neben dem Jahrmarkt unappetitlicher Unseriositäten, der sich wortklingelnd dafür anbietet, gibt es aber doch Neuerungen an seriöser Diagnostik und Therapie, die von den Patienten sehr begehrt sind, weil sie ihnen echten Nutzen bringen, und die bei moderater Honorargestaltung auch überraschend bereitwillig bezahlt werden, obwohl sie gänzlich ausserhalb der GKV stattfinden, die somit also auch dem Behandler Befriedigung bei der Arbeit und Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit bringen. Hier ist an erster Stelle die neue Generation der Zahnimplantate zu nennen.

Eine Fortbildung mit dem amerikanischen Implantologen Mick Dragoo brachte bei mir den Stein ins Rollen. Seine nachvollziehbare solide Forschungs- und Entwicklungsarbeit, aber auch die erlebbare persönliche Glaubwürdigkeit machten mir die Entscheidung leicht, mich spontan und unverzüglich für die Arbeit mit diesem System zu entscheiden. Es hat sich gelohnt.

Der hochglanzpolierte Rand und die Fuge am Schraubspalt der bisher gängigen zweiphasigen, also auch zweiteiligen Implantattypen hat regelmässig dazu geführt, dass sich das Attachment bis zur Höhe dieses Randes zurückgezogen hat. Besonders tiefes Implantieren erhöhte also keineswegs die Stabilität und die Sicherheit, sondern führte auf Dauer zu Knochensubstanzverlusten.

Und hier beginnt das Neue: Mick Dragoo legt sein Schwergewicht weniger auf möglichst viele komplett in den Knochen versenkte Gewindegänge, sondern ist hauptsächlich auf stabiles, gut vaskularisiertes Gewebe im Bereich des „Soft – Tissue – Attachments“ ausgerichtet. Dieser Bereich des Implantats ist also nicht durch eine Schraubfuge unterteilt und von der Oberflächenstruktur her von einer definierten Rauigkeit, mit der er – auch histologisch nachgewiesen – eine besonders innige Anhaftung der Weichgewebe im Bereich des Schleimhautdurchtritts erreicht. Der Wurzelbereich dieses einteiligen Implantats ist als konisches Gewinde ausgeformt, der Apikalbereich ist rund und nicht schneidend. Der Koronarbereich, also der Teil des Implantats, der nach der Einbringung sogleich in die Mundhöhle hineinragt, ist hochglanzpoliert und ausgeformt wie ein Innenkonus. Von okklusal her hat er eine Ausnehmung für die Gegenpassung des Einbringinstruments mit daran anschließendem Gewinde für Verschraubungen.

Diese Eigenschaften des Implantats sowie des dazugehörigen Zubehörs ermöglichen eine minimal – invasive Vorgehensweise ohne Aufklappung mit einer Schleimhautstanz sowie den internen Sinus – Lift.

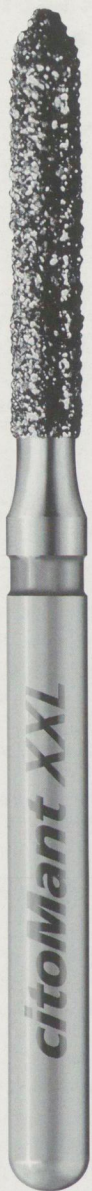
Dies ist bei geringem Knochenangebot im Oberkiefer wirklich ein Meilenstein: War bisher der mühsame und durchaus riskante Weg des externen Sinuslifts – vergleichbar mit dem Abpellen eines rohen Eis – wenigen begnadeten Könnern vorbehalten, so steht uns jetzt ein risikoarmer, fast unblutiger und eleganter Weg zur Verfügung: Man führt die Präparation der Knochenkavität durch das gestanzte Schleimhautloch nicht ganz bis zum Boden der Kieferhöhle durch.. Nun kommt der Bone – Condenser zum Einsatz. Er sieht aus wie ein Schraubenzieher, ist aber an seiner Spitze in identischer Weise konisch ausgeformt wie das Implantat. Unter Abstützung und mit wohl dosiertem Druck treibt man dieses Instrument mit leichten Drehbewegungen nach apikal, bis ein leises Knacken den Durchbruch durch die letzte Knochenschicht anzeigt. Die Konizität des Instruments verhindert dabei, dass man unkontrolliert mit zu viel Kraft zu weit in die Kieferhöhle vordringt. Die Kieferhöhlenschleimhaut bleibt bei diesem stumpfen Vorgehen also zuverlässig unversehrt.

Nun kann das Implantat wie vorgesehen bei kontrolliertem Drehmoment eingebracht werden, wobei der runde Apex die Kieferhöhlenschleimhaut zeltartig hochhebt. Die spätere Röntgenkontrolle wird erweisen, dass die Form dieses Zeltes sich als neuer Knochen um den in den Sinus ragenden Teil des Implantats zeigen wird. Die ersten Erfahrungen sind ausgesprochen ermutigend. Meine ersten 6 internen Sinus – Lift – Ops haben die primäre Einheilungsphase bei überraschender Beschwerdefarmut komplikationslos überstanden, obwohl auch 2 komplizierte Sofortimplantationen dabei waren.

Zur prothetischen Versorgung: Mick Dragoo hat dann nichts gegen Sofortbelastung, wenn jegliche zentrischen und exzentrischen Vorkontakte sicher ausgeschlossen sind und auch keinerlei dominante Artikulationsführung das Implantat belastet. Für mich heisst das: Zentrierende okklusale Stops (nach Gerber) sind erlaubt. Die Patienten können also bereits bei der Implantat – OP – Sitzung die Praxis mit einem kosmetisch akzeptablen Provisorium verlassen..

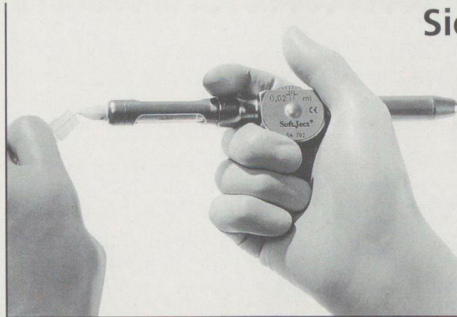
Der bislang einzige Anbieter dieser neuen Implantate lässt sich seine Marktposition beeindruckend gut bezahlen. Die gesamte Versorgung wird jedoch trotzdem besonders preisgünstig, weil es keine Freilegungsoperation, keine Abheilposten, keine gegossenen Stumpfaufbauten und meistens auch keine hochpreisige Endversorgung aus Edelmetall und Keramik gibt. Viele erfahrene Implantologen setzen ohnehin die definitive Brücke nicht mit harten Zementen, sondern mit temporärem Befestigungsmaterial ein. Die Regelversorgung bei implantatgetragener Brückenersatz ist bei mir daher aus NEM, allseitig kunststoffverblendet. Dies hat den Vorteil geringerer Härte gegenüber Keramik, ist auch nachträglich bearbeitbar wie

Wir bieten besondere Lösungen!



Form X 289-012

= blend-a-mant Retard



Sicher injizieren: **Soft.Ject®** (Edelstahl)

Das Injektionssystem für die intraligamentäre Anästhesie

- ☑ Mit gleichmäßiger, kontrollierbarer Druckübertragung
- ☑ Überlegene Anästhesiemethode (Dirnbacher, Wehrmedizin und Pharmazie, 2/2003)
- ☑ Bietet große Vorteile für Behandler und Patienten

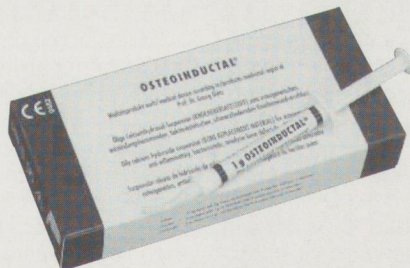


PROPANO AF – Alkoholische Sprühdesinfektion - gem. MPG

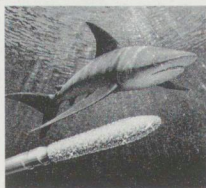
- ☑ Aldehydfrei
- ☑ Quatsfrei, keine Reizung der Atemwege
- ☑ Hohe Materialverträglichkeit/-schonung
- ☑ Schnelle, rückstandsfreie Abtrocknung
- ☑ DGHM gelistet
- ☑ Biologisch abbaubar

OSTEOINDUCTAL®

Für die Versorgung Ihrer Patienten nach chirurgischen Eingriffen



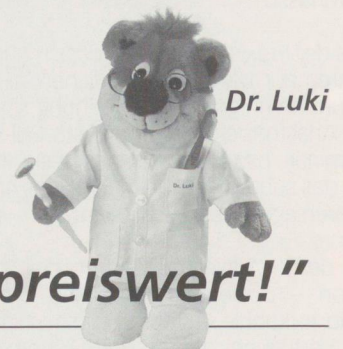
- ☑ Beschleunigte Knochenregeneration durch orthotope Osteoinduktion und Stimulation im Knochen und Bindegewebe
- ☑ Schmerzlinderung nach dem Eingriff
- ☑ Postoperative Entzündung auf ein Minimum reduziert
- ☑ Durch bakteriostatische Wirkung selten postoperativer Antibiotikaeinsatz



Die Natur zum Vorbild

citoMant® - Das Original!

Diamanten, die wie Zähne nachwachsen



"Meine Produkte - gut und preiswert!"



Medical & Dental Service GmbH
Jacques-Remy-Str. 17
D-56203 Höhr-Grenzhausen

Tel.: 0 26 24 - 94 99 - 0

Fax: 0 26 24 - 94 99 29

E-Mail: mds-dental-service@t-online.de

www.mds-dental.de

eine Aufbissschiene und kann bei Bedarf später erneut verblendet oder sogar auch erweitert werden. Der Zahntechniker kann eine solche Versorgung in kürzester Zeit herstellen und zum besonders günstigen Preis anbieten.

Eine ganz spezielle soziale Einsatzvariante ist die Stabilisierung vorhandener herausnehmbarer Prothesen durch Implantate: Ich inseriere z. B. 2 Implantate, fräse unter

der Prothesenbasis den entsprechenden Raum aus, isoliere die wie Innenkoni gestalteten Köpfe der Implantate und unterfüttere den Zahnersatz mit Autocryl direkt. Im Effekt ist diese Versorgung durchaus vergleichbar mit einer Konuskronenarbeit, und der zuvor angefertigte herausnehmbare Zahnersatz ist ja zweifellos in der GKV abrechenbar.

Die grösste Befriedigung verschafft unserem Team allerdings der Dank und die überschäumende Freude unserer Patienten, wenn sie keine herausnehmbare Prothese mehr tragen müssen. Wir sind überrascht und erfreut, wie viele Patienten – und keineswegs nur Grossverdiener – sich für diese Therapieform entscheiden.

Dr. Till Ropers, Steinkirchen

Denttabs - Die bessere Alternative zur Zahnpasta?

1. Zahnpasten: Nutzen und Inhaltsstoffe

Die Verwendung von Zahnpasten mit einem Fluoridgehalt von max. 1.500 ppm stellt weltweit eine anerkannte Maßnahme in der Kariesprophylaxe dar. Eine Metaanalyse der unabhängigen Cochrane-Collaboration, in der 70 klinische Studien ausgewertet wurden, ergab für den Gebrauch von Fluoridzahnpasta im Vergleich zu fluoridfreien Produkten eine Karieshemmung von 24% (Marinho et al., 2003). Zweimal tägliches Zähneputzen mit einer Fluoridzahnpasta resultiert danach in einer um 14% stärkeren Karieshemmung als das nur einmal tägliche Verwenden einer Fluoridzahncreme. Der Nutzen einer Fluoridzahnpasta wird auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO betont und mit einer Karieshemmung von ca. 25% beziffert (WHO, 1994). Dieser Nutzen ist nur auf die Wirkung der Zahnpasta zurückzuführen. Der Nutzen durch Plaqueentfernung addiert sich noch hinzu. Neben diversen aktiven Substanzen wie Abrasivstoffen, Fluorid, Tensiden, Zusätzen für „weiße Zähne“, Substanzen zur Hemmung von Zahnstein und Behandlung empfindlicher Zähne oder Triclosan enthält eine Zahnpasta auch eine Reihe von Hilfsstoffen. Hier ist vor allem Wasser zu nennen, aber auch diverse Substanzen, die erforderlich sind, um andere Stoffe in Lösung zu halten (Emulgatoren, z.B. PEGs), der Zahnpasta einen angenehmen Geschmack (ätherische Öle) und ein ansprechendes Aussehen (z. B. Titandioxid) zu geben bzw. sie haltbar zu machen (Konservierungsstoffe, z. B. Methylparaben). Außerdem sind Feuchthaltemittel (z. B. Sorbit) und Bindemittel (z. B. Hydrokolloide) erforderlich, um der Zahnpasta die gewünschte Konsistenz zu verleihen. Die Tatsache, dass die Zahnpasta ein wässriges System ist, hat vor allem in ihrer Frühzeit z. T. zu gewissen Problemen mit der Stabilität ihrer Inhaltsstoffe geführt. So wurden in Fluoridzahnpasten der ersten Generation Kalziumkarbonat als Abrasivstoff und Natriumfluorid zur Kariesprophylaxe eingesetzt. Nachdem diese Zahnpasten klinisch nur eine geringe Wirksamkeit gezeigt hatten, stellte man fest, dass beide Verbindungen bereits in der Tube zu dem schwer löslichen Kalziumfluorid und Natriumkarbonat reagiert hatten. Dadurch war

das Fluorid weitgehend inaktiviert worden. In der Folge wurde in Zahnpasten daher das chemisch stabilere Natriummonofluorophosphat eingesetzt. Als sich vor allem in den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend zeigte, dass die Wirksamkeit von Natriummonofluorophosphat gegenüber anderen Fluoridverbindungen (z.B. Natriumfluorid und Aminfluorid) geringer war, wurde in den meisten Zahnpasten der Abrasivstoff Kalziumkarbonat gegen das weitgehend inerte Silica ausgetauscht. Damit war das Problem der Inkompatibilität von Fluorid und Abrasivstoff gelöst.

In Deutschland fallen Zahnpasten unter die Kosmetikverordnung des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes. Die einsetzbaren Stoffe sind in einer abschließenden Liste aufgeführt und gelten in den eingesetzten Konzentrationen als unbedenklich und effektiv. Dennoch geraten gewisse Inhaltsstoffe von Zahnpasten immer wieder in die Kritik. Zuletzt geschah das in der August-Ausgabe 2003 der Zeitschrift „Ökotest“, die den Einsatz von PEGs, Natriumlaurylsulfat und Triclosan in Zahnpasten kritisierte. Auch wenn diese Kritik nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft als unberechtigt gelten muss, so möchte offensichtlich doch ein gewisser Teil der Bevölkerung gerne auf bestimmte Inhaltsstoffe in Zahnpasten verzichten. Dies ist einer der Ansatzpunkte, die zur Entwicklung von Denttabs geführt haben.

2. Denttabs-Die Zahnputztablette

Denttabs werden im Munde zerkaut. Mit dem sich bildenden Schaum werden die Zähne dann wie üblich mit einer Zahnbürste gereinigt. Denttabs wurden mit dem Ziel entwickelt, mögliche Nachteile einer Zahnpasta bei gleicher Wirksamkeit zu eliminieren. Unter anderem geben die Erfinder in ihrem „wissenschaftlichen Informationsdienst“ den hohen Wasseranteil mit dem einhergehenden hohen Gewicht und der dadurch möglichen Reaktion wasserlöslicher Inhaltsstoffe (siehe oben: Fluorid und Abrasivstoff) an. Als weiterer Nachteil wird die geringe Haltbarkeit angegeben, die den Zusatz von Konservierungsstoffen erforderlich macht. Dem Nachteil vieler Inhaltsstoffe in Zahnpasten wird die Be-

schränkung auf lediglich sieben Inhaltsstoffe bei Denttabs und damit möglicherweise geringere Nebenwirkungen gegenüber gestellt (www.denttabs.de). Diese sieben Inhaltsstoffe sind Kieselerde (Silica), Natriumfluorid, Natriumlaurylsulfat, Vitamin C, Natriumhydrogenkarbonat, Zellulose und Menthol. Als Vorteil wird auch die lange Haltbarkeit der Denttabs angegeben. Nach einer nicht publizierten Studie, die über die Homepage des Herstellers bezogen werden kann (www.denttabs.de) liegt der Fluoridgehalt des Vorläuferproduktes der Denttabs (Granulat) bei etwa 1.400 ppm Natriumfluorid, was in Verbindung mit den damit kompatiblen weiteren Inhaltsstoffen einer modernen Fluoridzahnpasta entspricht. In derselben Studie wird auch gezeigt, dass das Putzen mit dem Vorläuferprodukt zu einer gleich guten bzw. gleich schlechten Plaque- und Gingivitisprävention (keine Veränderung der beiden Parameter gegenüber der Baseline) führt wie eine nicht näher bezeichnete Zahnpasta. Nach den Angaben des Herstellers ist davon auszugehen, dass das getestete Granulat die gleiche Zusammensetzung wie die Denttabs hat. Es muss erwähnt werden, dass die zitierte Studie das gewählte Versuchsdesign nur sehr vage beschreibt und daher die Validität der Untersuchung fraglich ist.

Die Angabe der Abrasivität des Produktes ist nicht ganz eindeutig (www.denttabs.de): „Durch die mikrofeinen und regelmäßig geformten Putzkörper erreichen DENTTABS® Zahnputz-Tabletten eine Abrasivität, die mit einem RDA-Wert von nur 35 vergleichbar ist“. Es ist davon auszugehen, dass die Abrasivität gemäß RDA (Radioactive Dentin Abrasion) nicht gemessen wurde. Dazu muss auch angemerkt werden, dass das Verfahren der Bestimmung des RDA-Wertes für Zahnpasten definiert ist und grundsätzlich bei Anwendung bei Tabletten nicht zu vergleichbaren Ergebnissen führt.

3. Besser als Zahnpasta?

Wissenschaftliche Studien zu Denttabs liegen abgesehen von der oben zitierten Arbeit nicht vor. Ausgehend von der Tatsache, dass Denttabs mit 1.400 ppm eine hohe Fluoridkonzentration in einer kompatiblen Formulierung enthalten und in einer

allerdings nicht ganz zweifelsfreien Studie eine vergleichbare Plaqueentfernung wie eine Zahnpasta gezeigt haben, handelt es sich möglicherweise um ein aus kariesprophylaktischer Sicht brauchbares Produkt. Allerdings sind auch Zweifel angebracht. Eine Tablette wiegt etwa 0,33 g, das entspricht einem Fluoridgehalt von 0,46 mg. Bei Verwendung einer Zahnpasta werden etwa 1,5 g Zahnpasta, entsprechend etwa 2,1 mg Fluorid pro Zähneputzen in die Mundhöhle gebracht. Ob von der absolut betrachtet also viel geringeren Fluoridmenge in Denttabs die gleiche kariesprophylaktische Wirkung wie bei einer Zahnpasta ausgeht, ist wissenschaftlich nicht belegt. Auch ist nichts über die Verteilung und Retention des Fluorids in der Mundhöhle bekannt. Der Hersteller behauptet ohne erkennbare wissenschaftliche Grundlage, dass Denttabs bei einer mit „RDA 35 vergleichbaren Abrasivität ... Ihre Zähne intensiv, aber schonend reinigen“ und dass „Rotwein-, Tee- und Kaffee-Freunde auf aggressive Weißmacherprodukte mit einem RDA-Wert von bis zu 150 verzichten können“ (www.denttabs.de).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Produkt Denttabs unter dem Aspekt der Oralprophylaxe möglicherweise über ein gewisses Potential verfügt, dass aber wissenschaftliche Nachweise, wie sie für die vielfach untersuchten Fluoridzahnpasten vorliegen, bislang fehlen. Dem Grundsatz folgend, dass ein neues Produkt immer beweisen muss, dass es mindestens genauso gut ist, wie das, welches es verdrängen möchte, ist eine Anwendung solange nicht zu empfehlen, bis dieser Beweis erbracht ist. Für Menschen, die Probleme mit bestimmten Inhaltsstoffen in Zahnpasten haben, gibt es in der Regel auch alternative Zahnpasten, die z.B. kein Menthol, kein Natriumlaurylsulfat, keine Konservierungsstoffe usw. enthalten. Die beschränkte Haltbarkeit von Zahnpasten stellt in praxi keinen spürbaren Nachteil dar.

Ob das Produkt über den angepriesenen „angenehmen Geschmack“ verfügt, muss jeder für sich selbst entscheiden. Ein kleiner Anwendungstest mit sechs zahnärztlichen Kollegen führte jedenfalls nicht zu einem mit der Werbeaussage kongruenten Ergebnis.

Nebenbei bemerkt würde das Produkt sicher an Glaubwürdigkeit gewinnen, wenn der Hersteller den wichtigsten Inhaltsstoff von Denttabs auf der Verpackung richtig schreiben würde: Dort steht Natriumfluorid statt Natriumfluorid.

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer, Universität Düsseldorf
Literatur

1. Marinho, V. C., Higgins, J. P., Sheiham, A. & Logan, S. (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002278.
2. WHO (1994). *Fluorides and Oral Health* (WHO Technical Report Series No.). WHO.
3. www.denttabs.de

Berlin, 14.10.2004
Sehr geehrter Herr Dr. Zimmer,

lassen Sie mich Ihnen zunächst bitte meinen ausdrücklichen Dank dafür aussprechen, dass Sie sich so ausführlich mit DENTTABS® als Thema auseinandergesetzt haben! Die Kritiker, die sich bislang mit dem Produkt beschäftigt haben, kamen zumeist (leider) nicht über die Frage des Geschmacks und der Schaumbildung hinaus.

Zu Ihren Kritikpunkten:
Der Schreibfehler ist auf allen neu entstandenen Unterlagen korrigiert. Der Druckteufel hatte sich da leider eingeschlichen.

Die Frage der Hilfsstoffe war mit einer der Gründe für die Entwicklung der DENTTABS®. Selbstverständlich sind alle Stoffe, wie wir sie z.B. im DentalVademekum gefunden haben, wissenschaftlich untersucht und für unbedenklich befunden. Sie dienen aber im Grunde nur einer verzichtbaren Aufgabe: Dem Verkauf von Zahnpasta.

Im Rahmen der Überlegungen von Prof. Gängler, die zu der Entwicklung von DENTTABS® geführt haben und wie sie auf unserer Web-Site im Wissenschaftsbereich nachzulesen sind, braucht es zum Reinigen der Zähne ja eigentlich 'nur' ein Abrasiv und eine Zahnbürste. Zur Kariesprophylaxe dient Fluor. Das Tensid bildet den Schaum um die Verteilung in der Mundhöhle zu verbessern und die Verbindung zum Wasser herzustellen. Vitamin C regt den Speichelfluss an, durch den die Remineralisierung der Zähne erst möglich wird. Genaugenommen sollte DENTTABS® auch auf das Menthol verzichten. Aber da haben sich dann selbst die hartnäckigsten Fans geweigert DENTTABS® zu benutzen. Alle anderen Stoffe sind im Grunde verzichtbar. Ob deren Einsatz schädigend auf den menschlichen Organismus wirkt, können wir (noch) nicht sagen. Ihr Nicht-Einsatz hat aber auf keinen Fall Nachteile.

Die Frage der Fluoridkonzentration versuchen wir derzeit über das BfArM zu klären. Um eine entsprechende Menge Natriumfluorid in der 0,33gr Tablette unterzubringen müssten wir die Konzentration auf ca. das dreifache des für Zahnpasta zugelassene erhöhen. Dagegen spricht insofern nichts, als dadurch ja die gleiche Menge je Putzvorgang verwendet würde wie beim Einsatz von ca. 1gr. Zahnpasta. Dem stehen aber gesetzliche Höchstmengen entgegen, die wir ohne amtliche Zustimmung natürlich nicht überschreiten wollen.

Nach allen bisher vorliegenden Daten der internationalen Literatur ist die Bioverfügbarkeit von Fluoriden gerade auch im niedrigen Bereich von 1 ppm der entscheidende Promotor für die Remineralisation. Dabei spielte auch die Retention über längere Zeiträume in der Mundhöhle eine Rolle, wozu für alle Zahnpasten bisher nur wenige Daten vorliegen. Mit der Formulierung von 1450 ppm Fluoridgehalt bei 0,3 Masse % Natriumfluorid gehen wir davon aus, dass am Wirkungsort des Zahnschmelzes und Dentins eine optimale Bioverfügbarkeit erreicht wird.

Zudem sind an der Universität Witten-Herdecke unter Prof. Peter Gängler Untersuchungen in Vorbereitung, die das Remineralisationsverhalten von Läsionen in vitro vergleichend klären sollen. Dabei spielt die Frage der tatsächlichen Fluorverfügbarkeit, die ja trotz Anpassung der Abrasiv/Fluor Kombination nach wie vor mit der Lagerzeit und -temperatur einer handelsüblichen Zahnpasta eine erkennbar abnehmende Tendenz hat (Hanfland & Wetzel, 1995), auch eine Rolle.

Was die Reinigungswirkung angeht, so waren wir selbst überrascht, wie sauber die Zähne werden, obwohl wir ein derart feinkörniges Abrasiv verwenden. Eine jüngere Untersuchung unter Prof. Gängler, die allerdings erst in einer Vorab-Veröffentlichung für einen Zahnärzte-Kongress in Beirut zur Verfügung steht, zeigt sich eindeutig, dass DENTTABS® in der Reinigungswirkung herkömmlicher Zahnpasta deutlich überlegen ist. Es zeigt sich, dass die Plaquebildung schon nach kurzer Zeit regelmässiger Anwendung stark rückläufig ist.

Die Vergleichbarkeit mit einem RDA-Wert von 35 ergab sich aus Untersuchungen, die Dr. Eifler im Rahmen seiner wissenschaftlichen Betreuung zu DENTTABS® mit Hilfe von Vergleichstests durch die Erstellung von Kratzmustern durchgeführt hat. Dabei wurden Kratzmuster auf Acrylplatten mit Materialien erstellt, deren RDA-Werte bekannt waren. Im optischen Vergleich liess sich das Granulat ideal im Bereich des RDAwertes 35 einordnen. Zusätzlich verwenden wir neben der Kieselerde, als extrem feinkörnigem Abrasiv, mikrokristalline Zellulose, die die Zahnoberfläche nach der Befreiung von Plaque durch das Abrasiv quasi poliert, was zusätzlich die Anlagerung von Plaque offenbar stark behindert.

Was die Frage des Geschmacks angeht, so müssen wir zugeben, dass es beim ersten Zubeissen nicht bei allen Anwendern zu einem sofortigen Lächeln gekommen ist. Allerdings berichten uns viele derer, die sich nicht haben abschrecken lassen, dass sie sich bereits nach wenigen Tagen so sehr an die saubereren Zähne und den Wegfall des künstlichen Beigeschmacks ihrer bisherigen Zahnpasta gewöhnt haben, dass sie in Zukunft auf DENTTABS® nicht mehr verzichten möchten.

Trotzdem arbeiten wir nach wie vor an der geschmacklichen Verfeinerung der Rezeptur, um ein deutlich breiteres Publikum erreichen zu können. Die nächste Generation der DENTTABS® wird voraussichtlich zum 11.11. auf den Markt kommen. Nicht als Karnevalsscherz, sondern zum 1. Geburtstag von DENTTABS®.

Gerne schicken wir Ihnen, wenn Sie dies möchten, weiterhin Proben zu, damit Sie auf dem Laufenden bleiben und uns weiter mit Ihrer Kritik helfen können.

Mit freundlichen Grüßen

proDentum® Dentaltechnik GmbH Berlin
Axel Kaiser

Einleitung zur

Diskussion „preiswerter“ Zahnersatz

Der Verband der Angestelltenkrankenkassen VdAK fiel in diesem Frühjahr mit einer Kampagne auf, bei der Versicherte in Verbindung mit der Genehmigung von Zahnersatz mit einem Schreiben über den ‚Bezug von preiswertem Zahnersatz‘ informiert wurden. In diesen Schreiben heißt es u.a., dass der VdAK mit verschiedenen zahntechnischen Laboren Vereinbarungen abgeschlossen habe, die Preisnachlässe bis zu 20% für Arbeiten im Inland, Nachlässe bis zu 40% im Ausland und Verlängerungen der Gewährleistung bis zu fünf Jahren ermöglichten. Gleichzeitig wird der Versicherte ermutigt, nicht nur mit dem eigenen Zahnarzt, sondern auch mit einem der zahntechnischen Anbieter in Kontakt zu treten.

Es handelt sich hierbei nicht um den ersten Versuch von Kassenseite, den Versicherten die Möglichkeit des Billigzahnersatzes nahe zu bringen. Wünschenswert wäre eine breitere Diskussion zu diesem Thema, die wir mit folgenden Stellungnahmen und Meinungsäußerungen einleiten wollen:

Brief an die DAK-Hauptverwaltung

Sehr geehrter Herr Dr. Schiffner,

mit der prinzipiell begrüßenswerten Zielsetzung der Kosteneinsparung läuft bei Ihnen derzeit eine Informationskampagne, in der Sie Zahnarztpatienten, bei denen Zahnersatz geplant wurde, darauf aufmerksam machen, dass Sie mit einzelnen deutschen Großlaboren Verträge mit deutlich verminderten Preisen für zahntechnische Leistungen abgeschlossen haben. Ihre Versicherten fordern Sie in diesem Zusammenhang auf, ihren Zahnarzt auf diese Verträge hinzuweisen, um möglichst die entsprechenden zahntechnischen Arbeiten in den jeweiligen Laboren kostengünstiger herstellen zu lassen. Ferner geben Sie Ihren Versicherten, wenn sie in den Genuss günstigeren Zahnersatzes kommen wollen, sogar den Rat, mit diesen Labors direkt in Kontakt zu treten.

Die Mitglieder des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) stehen diesen Bestrebungen äußerst distanziert und kritisch gegenüber. Der DAZ, dem ich vorstehe, gehört dabei zu den wenigen zahnärztlichen Verbänden, die seit jeher versucht haben, Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch qualitätsbewusstes Verhalten wirksam zu betreiben, und die auch heute noch ein faires Miteinander der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Zahnärzteschaft sowie den Erhalt von GKV-Strukturen in unserem Gesundheitswesen nachdrücklich propagieren.

Den von Ihnen nunmehr eingeschlagenen Weg halten wir aber gleich aus mehreren Gründen für verkehrt und schädlich.

1. Es ist nicht verwunderlich, wenn die allermeisten meiner Kolleginnen und Kollegen ein solches Ansinnen Ihrerseits bzw. des Patienten ablehnen. Dieser Ablehnung liegt aber nicht primär mangelndes Kostenbewusstsein zugrunde, sondern die Überzeugung, dass ein in der Regel weit entferntes Labor nicht ohne weiteres das Vertrauen genießen kann wie das normalerweise beauftragte Labor ‚um die Ecke‘. Sie verkennen mit Ihrer Aktion, dass ein entscheidender Teil des Gelingens einer prothetischen Arbeit vom guten und eingespielten Zusammenwirken von Zahnarzt und Zahntechniker abhängt. Tatsächlich ist das Vertrauensverhältnis zwischen

Zahnarzt und Techniker ganz ähnlich einzustufen wie das zwischen Patient und Zahnarzt.

Ihr Ansatz entspringt dabei einer offenbar sehr mechanistischen Vorstellung über die Entstehung von Zahnersatz, genau so, als ob der Zahnarzt in seinem Labor immer das gleiche, standardisierte Werkstück bestellt. Nur unter dieser Prämisse wäre die Wahl eines geeigneten Labors unerheblich, und nur dann könnte man sich auf die Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes und die Wahl in Deutschland zugelassener Inhaltsstoffe beschränken. Richtig ist aber vielmehr, dass die Behandlungstechniken des Zahnarztes wie auch die Arbeitsunterlagen für das Labor, also Abdrücke, Bissnahmen etc., eben **keinen standardisierten Verfahren** entspringen und dieses wegen der Arbeit im biologischen System Mensch auch nie können.

Niemals bildet der die Praxis verlassende Kieferabdruck die Mundsituation völlig fehlerfrei ab. Hinzu kommen Eigenheiten der Präparationstechnik des jeweiligen Zahnarztes. Nur die gemeinsamen Erfahrungen von Zahnarzt und Techniker und deren möglichst langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit können damit ein Höchstmaß an Präzision gewährleisten. Nichts anderes sollte Ihren Versicherten zur Verfügung stehen!

2. Nicht selten ist es nötig, dass der Zahntechniker den Patienten selbst in Augenschein nimmt. Insbesondere die Feinabstimmung der Ästhetik von Zahnersatz, die dem Techniker ohne Kenntnis der Farbgebung von Nachbarzähnen oder der Form der Lippenpartien gar nicht möglich ist, macht dessen Besuch in der Praxis teilweise unumgänglich. Es liegt nahe, dass eine Qualität dieser Art von einem weit entfernt liegenden Labor nicht geleistet werden kann. Aber auch das abschließende Überarbeiten des vom Zahnarzt am Patienten angepassten Ersatzes im Labor ist ohne den Techniker in der Nähe oft nicht möglich.

3. Ihre Versicherten, die die verlockende Möglichkeit der Kosteneinsparung von ihrem Zahnarzt einfordern, werden möglicherweise nicht verstehen, warum dieser ihrem Wunsch nicht nachkommen mag. Zu leicht wird sich ein Patient dann überverteilt vorkommen, obwohl sein Zahnarzt seine Entscheidung äußerst gewissenhaft

getroffen hat. Damit wird durch Ihre Offensive ganz unnötig das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler belastet, was sicher auch nicht in Ihrem Interesse ist. Eine ähnliche Belastung der Behandlungssituation kann durch die direkte Kontaktaufnahme zwischen Ihrem Versicherten und einem Labor entstehen, da nach Zahnheilkundengesetz nur der Zahnarzt das Labor beauftragen darf.

4. Konsequenz zu Ende gedacht würde Ihre Initiative die Konzentration auf wenige Großlabore fördern und gleichzeitig viele gute kleinere Labore vom Markt verdrängen. Nicht nur, dass Sie hiermit der Vernichtung deutscher Arbeitsplätze Vorschub leisten, Ihre Aktion zerstört auch sehr viel des gerade vor Ort und flächendeckend benötigten zahntechnischen Knowhows.

5. Schließlich muss auch das von wenigen Großlaboren betriebene Preisdumping als ein Verdrängungskampf entlarvt werden, der leider nicht über die Qualität, sondern ausschließlich über den Preis stattfindet. Diese Labore hoffen offensichtlich, über die Quantität der Aufträge Kostendeckung zu erzielen. Die Qualität der Arbeiten muss aber zwangsläufig darunter leiden. Auch für die Zahntechnikerinnung kann dieses nicht wünschenswert sein. Zudem halte ich die BEL II als Laborhöchstpreisliste auch mit den Höchstpreisen für nicht überbewertet. Schließlich werden zwischen Ihnen und der Zahntechnikerinnung eben diese Laborpreise regelmäßig ausgehandelt, so dass spätere Einzelverträge auch gesamtvertragsrechtlich bedenklich sein dürften. Dass sich die landesspezifischen Kostenstrukturen in den Vertragsabschlüssen widerspiegeln, ist nicht nur ein Phänomen im Bereich der Zahntechnik und zudem eine unvermeidbare Realität, die nicht durch die Beauftragung weit entfernter Labore unterlaufen werden kann, ohne die o.g. Konsequenzen heraufzubeschwören.

Ich bin sicher, dass auch Sie die diversen enorm nachteiligen Folgen für ihre Versicherten nicht für wünschenswert halten und bitte Sie hiermit eindringlich, nicht nur Ihre Kampagne einzustellen, sondern auch an geeigneter Stelle Ihren Versicherten eine entsprechend erläuternde und im obigen Sinne vollständige Information zukommen zu lassen. Ich würde mich freuen, von Ihnen eine entsprechende Bestätigung zu erhalten, die wiederum auch auf unserer Seite veröffentlicht wird.

Der DAZ setzt zur Kosteneinsparung, aber auch zur gedeihlicheren Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Krankenkassen, auf ein neu entwickeltes Qualitätssicherungs-Projekt, das in diesen Wochen in einer Pilotphase in einigen Zahnarztpraxen bundesweit angelaufen ist. Hierin binden sich die teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte an einen Katalog wesentlicher Selbstverpflichtungen, zu denen ein Optimum an Betreuungsqualität und der Verzicht auf Marketingstrategien, die am Patientenbedürfnis vorbeigehen, genauso gehören wie die Einhaltung der Verträge mit den Gesetzlichen Krankenkassen, das

Anstreben längerer Haltbarkeiten zahnerhaltender und prothetischer Leistungen, verbesserte Kostentransparenz sowie ein bundesweites Service-Telefon. Als Kontrollinstanz fungieren in diesem System die Patienten selbst, die über eine fortwährende Fragebogenaktion anonym ihre jeweilige Praxis in den verschiedenen Qualitätsbereichen bewerten. Die zusammengefasste Auswertung dieser Daten fließt quartalsweise in die angeschlossenen Praxen zurück und hilft dort, Strukturen und Behandlungsergebnisse zu verbessern. Bei gehäuft registriertem Fehlverhalten wird ein zahnärztliches Gremium beratend

tätig und kann bei Erfolglosigkeit auch die betroffene Praxis von der Teilnahme ausschließen.

Wenn Sie weiteres Interesse an unserem Projekt Qualitätssicherung haben, so werden wir Sie gerne mit näheren Informationen versorgen.

Einstweilen verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Dr. Eberhard Riedel
DAZ - Vorsitzender

Antwort der DAK

Sehr geehrter Herr Dr. Riedel,

Bereits seit vielen Jahren ist den Krankenkassen das Recht eingeräumt, die Versicherten über preiswerte Versorgungsmöglichkeiten in der Versorgung mit Zahntechnik zu informieren. Eine dieser preiswerten Versorgungsmöglichkeiten neben z.B. dem Preisgefälle zwischen den Bundesländern ergibt sich aus den durch den VdAK geschlossenen Verträgen mit einzelnen Anbietern. Diese Information führt die DAK nun seit einigen Jahren aus, ohne dass sich bislang Grund zur Beanstandung für Zahnärzte, Zahntechniker oder Versicherte ergeben hätte.

Es handelt sich bei der von uns ausgegebenen Information auch nicht um eine „Laborempfehlung“. Vielmehr soll darüber aufgeklärt werden, dass entsprechende Einzelverträge existent sind und welche wesentlichen Inhalte sie haben. Dabei informieren wir auch nicht ausschließlich über ausländische Zahntechnik, sondern wir nennen auch Bezugsmöglichkeiten von ausschließlich inländischen Anbietern, deren Gewährleistung u.a. über die in Deutschland üblichen zwei Jahre hinausgeht. Doch selbst wenn Zahnersatz im Ausland gefertigt wird, erfolgt dies unter Beachtung der inländischen Qualitätsstandards. Die Gewährleistung ist selbstverständlich auch in Deutschland angesiedelt. Auf diesen beiden durch uns aufgezeigten Wege lassen sich auch ohne irgendeinen Auslandsbezug Preisvorteile in der Versorgung mit Zahnersatz erlangen. Selbstverständlich nehmen wir dabei auch keinen Einfluss in die Therapiefreiheit eines Zahnarztes, der letztlich selbst entscheidet, welches Labor er mit der Herstellung von Zahnersatz beauftragt.

Die Auffassung, dass ausschließlich nur ein ortsansässiges Labor den hohen Qualitätsansprüchen von Zahnarzt und Patient gerecht wird, teilen wir nicht. Hier sei auch der Hinweis erlaubt, dass es seit Jahrzehnten gängige Praxis ist, dass in grenznahen Bereichen, wie z.B. Nordrhein Westfalen, Zahnärzte Dentallabore aus dem angrenzenden Ausland mit der Herstellung von Zahnersatz beauftragen. Letzlich haben auch Vorkommnisse im Zusammenhang mit dem „Globudent“ Skandal gezeigt, dass

auch ausländischer Zahnersatz qualitativ nicht schlechter ist als der inländische.

Wir halten daher die von uns ausgegebene Information für eine gute Möglichkeit für unsere Versicherten, über neue Wege in der Versorgung mit Zahnersatz nachzudenken. Dabei achten wir, wie bereits erwähnt, die Therapiefreiheit des Zahnarztes und das sensible Verhältnis zwischen Patienten und Behandler. Zu keinem Zeitpunkt wird und wurde von uns irgendein Einfluss ausgeübt, nun unbedingt diese zahntechnischen Einzelanbieter bei der Versorgung mit Zahnersatz zu beauftragen.

Unsere Unternehmensentscheidung, diese Information unseren Versicherten zur Verfügung zu stellen, folgte auch aus dem bei uns messbaren Bedürfnis unserer Versicherten, über diese zusätzlichen Versorgungsmöglichkeiten aufgeklärt zu werden. So werden wir in zunehmenden Maß mit dem Wunsch der Versicherten konfrontiert, die gesamte Versorgung mit Zahnersatz im Ausland durchzuführen. Hier macht sich bereits die Existenz eines europäischen Gesundheitsmarktes durch die publizierten Entscheiden des EuGH bemerkbar. Unsere Information zur preiswerten Zahntechnik bietet u. E. dabei eine Alternative, die Versorgung im Inland durchführen zu lassen.

Bereits im Rahmen der Einführung der Information haben wir abgewogen, ob sich daraus nachteilige Folgen für unsere Versichertenstruktur ergeben. Letztlich aufgrund des Umstandes, dass auch inländische Vertragspartner dem VdAK günstige Angebote unterbreitet haben und die Qualitätssicherung nur im Inland erfolgt, führt die Information nicht zu dem von Ihnen aufgezeigten Arbeitsplatzabbau im zahntechnischen Handwerk. Überdies besteht schon dem Grunde nach die von Ihnen unterstellte Verantwortlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungserbringer im Gesundheitswesen nicht. Als aktuelles Beispiel verweisen wir auf die Änderungen des § 60 SGB V zum 01.01.2004, die natürlich gravierende Auswirkungen auf Taxiunternehmen haben.

Ähnlich, wenn auch zugegeben nicht gleich, verhält es sich mit der Umsetzung des nach § 88 Abs. 2 Satz 3 SG13 V zulässigen Informationsrechts. Die gesetzlich ermöglichte Ermessensentscheidung wurde

hier wie beschrieben getroffen. Vor dem Hintergrund des für uns schwerer wiegenden Informationsbedürfnisses unserer Versicherten ist die durch uns veröffentlichte Information nicht zu beanstanden.

Sehr geehrter Herr Dr. Riedel, wir hoffen, Ihnen mit diesem Schreiben die Hintergründe unseres Handelns ein wenig näher gebracht zu haben. Selbstverständlich sind wir auch stets an qualitätsfördernden Maßnahmen interessiert, die nicht zuletzt auch gesetzliche Vorgabe sind. Wir nehmen Ihr Angebot zur Information zu dem Projekt Qualitätssicherung daher gerne an und bedanken uns hierfür bereits im Vorwege.

Freundliche Grüße
i.A. Ute Salge-Krause
DAK-Hamburg

Wettbewerb, Transparenz und Qualität – zu welchen Kosten?

Sehr geehrter Herr Dr. Riedel,

meine persönliche Einschätzung und die Bewertung des „Marktes“ Zahnmedizin stehen sehr oft im Einklang mit vom DAZ publizierten Aussagen. Qualität, Transparenz, Kostenbewußtsein und Erhalt eines solidarischen Gesundheitssystems als GKV oder in Form von Bürgerversicherungen halte ich für sehr wertvoll und wichtig.

Zu Ihrem Schreiben an Herrn Dr. Schiffner möchte ich als betroffener „Importeur von preiswertem Zahnersatz“ einige Punkte zu bedenken geben:

1. Zahnersatz ist und bleibt eine individuelle Anfertigung. Darin stimme ich mit Ihnen überein. Was ich bezweifle, ist die Aussage, dass der Zahntechniker des öfteren zwecks Nachfragen und persönlicher Begutachtung in die Praxis kommen muss. Da die allermeisten Kronen und Brückenarbeiten relativ unkompliziert sind, liegt der Be-

darf der persönlichen Betreuung bei ca. 10 – 15% der tatsächlichen Fälle. In der Regel kann ein versierter Zahnarzt bei Problemen genaue Anweisungen geben, und 99% der Problemfälle sind auch dann erledigt.

Anders sieht es z.B. bei komplizierter Kombinationstechnik aus. Da ist ein Labor vor Ort fast unumgänglich, um lange Versandwege zwischen den Schritten zu vermeiden. Also sollte ein Importeur immer eine Laborinfrastruktur vorhalten, um den notwendigen Service bieten zu können.

Dennoch würde es Sie verblüffen, wieviele Teleskoparbeiten von Berlin aus kreuz und quer durch die Republik transportiert werden und wie viele Arbeiten zur allerhöchsten Zufriedenheit der Patienten und Zahnärzte entstehen. Ob dazwischen ein Schritt in Singapur gefertigt wird, ist dabei fast irrelevant.

Es funktioniert tadellos, solange die Qualität stimmt. Und auch bei uns gibt es z.B. Zahnärzte, die mit unserem „Stil“ nicht klar kommen und andere, die unsere Qualität höher bewerten als die des lokalen Labors. Was für Ihre These der Individualität der Abläufe spricht.

2. Womit Sie vollkommen Recht haben, ist die Frage, ob die Kasse den Patienten zum „Preisdruck“ auffordern soll. Wir haben vor langer Zeit beschlossen, keine Vereinbarungen mehr mit den Kassen zu treffen, weil wir eben nicht der Meinung sind, dass die Patienten in das für Laien vollkommen unverständliche Denken und Handeln von Kassen, Zahnärzten und Zahntechnikern eingreifen sollten. Als wir Mitte der 90er Jahre Verträge abschlossen, brachte das nur Ärger mit Zahnärzten, verunsicherte die Patienten, und neue Kunden kamen schon gar nicht zu uns.

Auch gibt es bei uns in der Tat fast keine

Kunden, die nicht auch ein zweites oder drittes Labor beschäftigen, das die eine oder andere Technik noch besser beherrscht als wir. Der Zahnarzt muss die Entscheidungshoheit über die Therapie und die zahntechnische Versorgung haben. Weil er auch die Verantwortung trägt.

Insofern bleibt die Frage offen, wie der Patient grundsätzlich über die Kosten von Zahnersatz informiert werden soll? Der mündige Patient muss die Chance haben, zu entscheiden, ob er ein günstiges Angebot nimmt oder ob ihm das Vertrauen zu seinem Zahnarzt wichtiger ist als die Einsparung von u.U. einigen hundert Euro.

3. Preisdumping ist natürlich ein sehr negativer Begriff für etwas, was wir Wettbewerb nennen. Ein günstiger Preis heisst natürlich nicht automatisch schlechte Qualität, denn dann müssten Sie das auch den Kollegen in den Neuen Bundesländern vorwerfen? Oder den Zahntechnikern in benachbarten westeuropäischen Ländern, die oft deutlich weniger verlangen können als wir. Der VdZI, der seine Betriebe vor Preisverfall schützen muss, hat es leider versäumt, die Betriebe auf die Umwälzungen der Globalisierung auch in unserem Handwerk vorzubereiten. So bleibt ihm nichts anderes übrig, als den „Importeuren“ den schwarzen Peter zuzuschieben und über die Qualitätsdiskussion Stimmung zu machen.

Es wird nichts helfen, denn unsere Labors sind nach den strengen Normen des (unbestechlichen) deutschen TÜV auf ein internationales Qualitätsmanagement hin überprüft. Das kann kaum ein anderes deutsches Labor nachweisen. Auch nachgewiesene Einzelfälle von befreundeten Institutionen des VdZI helfen da wenig. Den Gegenbeweis konnte man oft genug lesen, auch im DAZ Forum.

Wichtig ist auch in der Diskussion, deutlich zu unterscheiden, ob der Patient im Aus-

land oder im Inland versorgt wird, ob der Zahnarzt ein direktes Lieferverhältnis mit einem ausländischen Labor hat oder ob ein deutsches Meisterlabor eine Kooperation mit einem von deutschen Zahntechnikern geführten Qualitätslabor im Ausland unterhält.

Wenn der Patient ab kommendem Jahr die Kosten für aufwendige Restaurationen in Deutschland und die Angebote von Kliniken in Polen und Tschechien sieht, wird er nur noch nach einem Kriterium entscheiden: Kostenvergleich! So sind die meisten Menschen. Wenn die Zahnärzte dann die Entscheidung haben, dem Patient auch eine günstigere Alternative anzubieten, damit er eben nicht ins Ausland fahren muss, dann spätestens werden auch Sie vielleicht zögern, den Patienten mit dem DAK-Flyer wegzuschicken. Denn auf das Honorar für eine 14-gliedrige vollverblendete Brücke werden auch Sie nicht verzichten wollen. Natürlich nicht!

Wenn Sie dann im Einzelfall auf ein seriöses „Preiswert-Labor“ zurückgreifen können, dann können alle nur gewinnen: Der Patient, Sie, die Kasse, der Importeur und auch das lokale Labor, weil es 85% der Aufträge weiterhin anfertigen kann. Denn bei den vielen Kleinversorgungen ist der Preisunterschied in der Regel nicht so enorm.

4. Ihre Transparenz- und Qualitätsoffensive können wir nur begrüßen. Unsere Erfahrungen als zertifiziertes Labor bringen wir gern ein, wenn es gewünscht ist. Wenn das gelingen sollte, spricht doch auch nichts dagegen, den Patienten über die Kosten zu informieren.

Auch über die Alternativen. Das wäre fair. Und transparent.

Mit freundlichen Grüßen
Matthias Kaiser

proDentum® Dentaltechnik GmbH Berlin

Fazit aus:

Was wenig kostet, kann nicht gut sein?

Die (im Artikel ZMK (20) 10/04) angeführten Beispiele zeigen deutlich das Bemühen der Firma PERMADENTAL, die Tätigkeit des Zahnarztes durch QM und Serviceangebote der nicht alltäglichen Art zu unterstützen. Sie unterstreichen exemplarisch, warum wir nach sechs Jahren Zusammenarbeit sagen können, dass diese sehr erfolgreich war, und wir auch für die Zukunft auf eine weitere Kooperation setzen.

Die Verunsicherung auf Seiten unserer Patienten ist gewichen: Service, Ästhetik und Qualität der prothetischen Restaurationen sprechen für sich und so mancher Patient stellt sich schon mit dem Wunsch vor, seine Restauration ebenfalls - wie sein Nachbar oder die Nachbarin - aus Hongkong zu erhalten. Unsere Erfahrung zeigt, dass die meisten dieser kostenbewussten Patienten bereit sind, zumindest einen Teil ihrer Ersparnis in komfortablere Privatleistungen zu investieren.

Diese Zusammenarbeit wird nicht dazu führen, dass der Autor auf die Kooperation mit ortsansässigen Laboren verzichten wird - zu wichtig sind in besonderen Fällen Merkmale wie persönlicher Kontakt des Technikers zum Patienten, die deutlich schnellere Reaktionsfähigkeit vor Ort usw.

Qualität auf hohem Niveau muss nicht unbezahlbar sein - und selbst „High-end-Versorgungen“ bleiben erschwinglich. Gerade in Zeiten knapper Budgets und rigoroser Sparmaßnahmen eröffnen sich für Zahnarzt, Patient und Krankenkassen Möglichkeiten, begrenzte Mittel effizient und wirtschaftlich einzusetzen - und das zum Vorteil aller Beteiligten!

Dr. E. Trübenbach, Bocholt, ZMK (20) 10/04

Antwort des VDZI Produkt- und Strukturqualität der Zahnersatzversorgung sind gefragt

Durch die im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes erneut aufgekommene Diskussion um billigen Zahnersatz aus dem Ausland fühlt sich der VDZI in seiner Politik der kompromisslosen Forderung nach Transparenz beim Zahnersatz bestätigt. Schon seit Jahren weist er die Politiker und die Krankenkassen auf die wachsenden grauen Märkte hin, wie sie zunehmend mit Händlerringen und „Satellitenlabors“ und unzulässigen wirtschaftlichen Gewinnanreizen gegenüber dem Zahnarzt entstanden sind.

Die grauen Märkte wurden jahrelang von einzelnen Krankenkassen durch Förderung von Handelsgesellschaften mit Gewinnversprechen für Zahnärzte hoffähig gemacht. In Verbindung mit einer zunehmenden Vergewerblichung des ärztlichen Berufsstandes und der bloßen Einsparfixierung bei Krankenkassen sei ein Milieu geschaffen worden, das den schnell verdienten oder eingesparten EURO höher bewertet, als eine nachvollziehbare und qualitätsgesicherte Lieferkette in der Nähe des Patienten, der schließlich mit dem Zahnersatz Jahrzehnte lang leben muss. Dafür aber bürgen die inländischen Meisterbetriebe mit der qualitätsorientierten Zahnärzteschaft. Es geht bei der Qualitätsdebatte im Medizinbereich also nicht nur um Produktqualität, sondern auch um die Frage innovativer Angebotsstrukturen vor Ort, die patientennah mit dem Zahnarzt eine optimale bedarfsorientierte Versorgungslandschaft bereitstellen können.

Studie: Patienten zahlen bei Auslands-Zahnersatz eher drauf

So bestätigt auch eine kürzlich in der „Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift“ veröffentlichte Studie, dass die Patienten langfristig bei Zahnersatz aus dem Ausland eher draufzahlen. Das Fazit der Studie lautet:

„Summarisch ergab sich aus Patientenperspektive ein (...) Verlust von 10.998 für die 60 begutachteten Patienten nach Inanspruchnahme zahnärztlich-prothetischer Leistungen im Ausland, so dass diese Versorgung sowohl aus klinischer wie auch ökonomischer Sicht zu hinterfragen sind.“

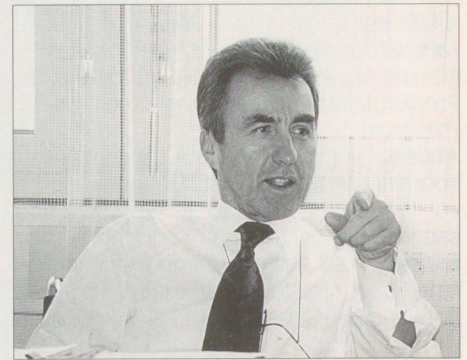
Als wesentlichen Kritikpunkt arbeitete die Studie heraus, dass die Qualität des im Ausland angefertigten Zahnersatzes nicht ausreichend war, so dass Nachbesserungen erforderlich wurden.

Dies erweckt natürlich den Eindruck, als sei die Qualität der ausländischen Kollegen grundsätzlich schlechter – das kann niemand behaupten, aber es verweist darauf, dass Bezugsquellen nicht ausschließlich nach der Qualität, sondern der erzielbaren

Handelsspanne, die es dann zu „verteilen“ gilt, ausgewählt werden. Diese Mentalität fördert Betrugsanreize mit tendenziell schlechterer Qualität aus dem Ausland.

Allgemein werden folgende Punkte als kritisch erachtet:

- Schlechte Produkte werden erst erkannt, wenn gravierende gesundheitliche Probleme auftauchen. Fehlerquellen sind zum Beispiel die Verwendung von Nickel oder Palladium, die ein höheres Allergierisiko bergen.
- Nicht fachgerechte Verarbeitung von Materialien. Es kann zu Abplatzungen oder Rissen beispielsweise bei Kronen kommen, in die Bakterien eindringen.
- Qualitätssichernde Maßnahmen vor Ort fehlen. Es gibt in Staaten, die nicht in der EU sind, kein Medizinproduktegesetz.
- In keinem Land ist die Kontrolldichte so hoch wie in Deutschland. So sind die Bezirksregierungen für die Überwachung zuständig und kommen unangemeldet in die Labore, kontrollieren die Geräte und verlangen eine lückenlose Dokumentation der verwendeten Materialien.
- Räumliche Nähe ausländischer Dentallabore zum Zahnarzt fehlt. Für eine optimale qualitätsgesicherte, individuelle Versorgung mit Zahnersatz ist die Systempartnerschaft zwischen Zahntechniker und Zahnarzt vor Ort unabdingbar.
- Gebissabdrücke, die beispielsweise als Vorlage nach Fernost geschickt werden müssten, sind äußerst temperatur- und feuchtigkeitsempfindlich. Nach langem Transport können daher Abdrücke nicht mehr exakt stimmen; die notwendige Genauigkeit liegt aber im Zehntel-Millimeterbereich. Korrekturen sind dann im Nachhinein schwer zu organisieren.
- Haftungsansprüche von Patienten oder Zahnärzten sind schwer durchzusetzen. Mangelnde Regress-Möglichkeit für Patienten, die sich im Ausland behandeln lassen.
- Krankenkassen, die ausländischen Zahnersatz empfehlen, schauen nur auf den kurzfristigen wirtschaftlichen Erfolg. Dabei ist gerade die Tragedauer bei höherwertigem Zahnersatz viel länger.
- Nicht jede Prothese passt auf Anhieb. Eingespartes Geld muss der Patient erneut in Flug- und Hotelkosten investieren, da nicht viele Zahnärzte und Dentallabore in Deutschland bereit sind, fremden Zahnersatz zu korrigieren.



Lutz Wolf, VDZI-Vorsitzender

Zahnersatz bleibt zum Teil jahrzehntelang im Mund. Er muss umfangreichen Belastungen standhalten, muss verträglich sein, perfekt passen, gut aussehen. Daher sollte man sich gut überlegen, ob nur die Kosten wichtig sind oder ob andere Kriterien wie Qualität, Haltbarkeit, Verlässlichkeit, Verträglichkeit mit hinzu gezogen werden sollten.

Unsere Empfehlung: Die Patienten sollten sich an einen Zahnarzt ihres Vertrauens wenden. Er kann die verschiedenen Versorgungsformen erläutern und eine individuelle Empfehlung aussprechen. Und er weiß auch, welche der zahntechnischen Meisterlabore in seiner Nähe qualitativ hochwertigen Zahnersatz zu angemessenen Preisen herstellen.

Leistungs- und Kostentransparenz bei Zahnersatz aus Deutschland

Der VDZI hat mit den gesetzlichen Krankenkassen in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag für alle Anbieter ab dem 1. Januar 2004 die Anforderungen an die Leistungs- und Kostentransparenz weiter erhöht und klare Regelungen geschaffen. Man erwartet daher, dass die neuen Regelungen insbesondere von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber allen Teilnehmern umgesetzt werden. Das deutsche Zahntechniker-Handwerk hat auch angesichts der Grauiporte begrüßt, dass der Gesetzgeber im GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – im letzten Jahr seine Transparenzforderung aufgegriffen hat, dass der Herstellungsort nunmehr anzugeben sei. Nach § 87 Abs. 1a SGB V gilt trotz der Einführung des Festzuschuss-Systems ab Januar 2005 wie bisher:

1. Der Zahnarzt hat eine Kopie der Originalrechnung des gewerblichen Labors an den Patienten weiterzugeben.
2. Der Zahnarzt hat eine Konformitätserklärung des gewerblichen Labors an den Patienten weiterzugeben.
3. Die Anbieter zahntechnischer Leistungen haben die Pflicht zur Offenlegung des Herstellungsortes.

Diese Regelungen stärken die Interessen der qualitätsorientierten inländischen zahntechnischen Meisterbetriebe.

Innungsinitiative Allianz Meisterliche Zahntechnik

In Abgrenzung gegen Handelsgesellschaften hat der VDZI mit der „Allianz Meisterliche Zahntechnik“ bereits zu Beginn des Jahres 2003 eine Initiative zahntechnischer Innungsfachbetriebe in Deutschland ins Leben gerufen, die genau diese Transparenz bei der Herkunft von Zahnersatz in den Mittelpunkt stellt. So geben die zahntechnischen Meisterbetriebe den Patienten mit der Rechnung für den gefertigten Zahnersatz auch ein Hersteller-Zertifikat an die Hand. Der Patient erhält damit einen Nachweis, dass sein Zahnersatz nach Maßgabe der zahnmedizinischen Erfordernisse in qualitätsgesicherten Arbeitsabläufen und nur mit geprüften Materialien gefertigt wurde. Dies ist bedeutungsvoll, besonders

bei auftretenden Krankheitsfällen, bei denen für die Anamnese und Diagnose entsprechende Rückschlüsse aus der inneren und äußeren Dokumentation der wohnortnahen Zahnersatzherstellung gezogen werden können. Und der Patient weiß auch, dass sein Zahnersatz vom Fachmann auch noch lange nach der Eingliederung in der Nähe verantwortet wird.

So attestiert das Zertifikat der Allianz Meisterliche Zahntechnik, dass der Zahnersatz mit sorgfältigster Handwerkskunst entsprechend dem in Deutschland geltenden hohen Stand der Zahntechnik als Sonderanfertigung nach dem Medizinproduktegesetz hergestellt wurde und dass die Qualitätsleitlinien des Berufsfachverbandes für zahntechnische Leistungen eingehalten wurden.

Das Zertifikat stellt somit neben der hohen Qualifikation der selbstständigen Zahntechniker einen weiteren Qualitätsnachweis dar, auf den Patienten nicht länger verzichten sollten. Jeder Patient und Zahnarzt kann die Berechtigung des zahntechnischen Labors, dieses Zertifikat auszuhandigen, auch unter der folgenden Internet-Adresse nachprüfen: www.allianz-meisterliche-zahntechnik.de. Der VDZI ruft alle zahntechnischen Meisterbetriebe in Deutschland auf, sich den qualitätsorientierten Regeln der Innungen und des Bundesverbandes anzuschließen.

Lutz Wolf
Präsident des Verbandes Deutscher Zahntechniker Innungen (VDZI), Frankfurt, www.vdzi.de

Überlegungen aus der Forum-Redaktion

Nicht alle Fälle über einen Kamm scheren!

In der Debatte über die Tauglichkeit von Zahnersatz aus fernen Ländern wird meines Erachtens zu wenig differenziert. Da werden schwierige und leichte Fälle, da werden zahnärztliche Behandlungen mit zahntechnischen Arbeiten im Ausland und im Inland, da werden Angebote von Labors mit niedrigem technischen Standard und ungeprüften Materialien mit denen aus hochqualifizierten zertifizierten Unternehmen in einen Topf geworfen.

Wie oft steht neben dem Zahnarzt auch noch ein Techniker?

Ich habe mal im Bekanntenkreis, vornehmlich unter Älteren, und bei Patienten, die sich ratsuchend an den DAZ wandten, herumgefragt, wer schon mal einen Zahntechniker am Behandlungsstuhl erlebt hat oder sich im Labor des Technikers vorstellen sollte. Wenn es auch keine wissenschaftliche Erhebung war: von den Menschen, die bereits Kronen und Brücken im Mund trugen, hatten die wenigsten bisher Kontakt mit dem Dentallabor. Die meisten Fälle werden ohne Beteiligung von Technik-Spezialisten, unzählige sicher auch ohne telefonischen Kontakt zwischen Zahnarzt und Labor abgewickelt. Dann spielt es auch keine große Rolle, ob das Labor um die Ecke, in einem anderen Bundesland oder auf der anderen Seite des Globus angesiedelt ist. Wichtig ist die fachgerechte Ausführung anhand qualitativ hochwertiger Vorgaben des Zahnarztes.

Import-Zahnersatz heißt nicht Behandlung im Ausland

Der VDZI führt als Argument für deutsche Zahntechnik die in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift DZZ 59/2004, S. 230-235, veröffentlichte Studie von Dr. Christine Baulig u.a. zur „Evaluation von Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlich-prothetischer Versorgung im (Nicht-EU-)Ausland“ an. In der Untersuchung ging es um 60 Patienten, die im Ausland versorgt wurden. Das heißt, nicht nur die ZahnTECHNIK stammte aus dem Ausland, sondern die Patienten suchten für eine kurze Zeit dauernde prothetische Behandlung ihnen bisher unbekannte aus-

ländische ZahnÄRZTE auf. In der Studie sollten zum Beispiel die Fragen geklärt werden: „War der angefertigte Zahnersatz hinsichtlich seiner Planung entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses ... ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich? Inwiefern zeigt der angefertigte Zahnersatz hinsichtlich der technischen Ausführung (fehlende Vorbehandlung, Okklusion, technische Gestaltung, verwendete Materialien etc.) Mängel?“

Zu einem wesentlichen Teil ging es also um die Qualität der zahnÄRZTLICHEN und nicht der zahnTECHNISCHEN Arbeit. Bei den berichteten Mängeln werden insbesondere Planungsmängel hervorgehoben bzw. es gab zahlreiche Fälle, in denen die Wissenschaftler die gewählten Versorgungsformen als nicht indiziert klassifizierten. Auch wo eine insuffiziente technische Gestaltung festgestellt wurde, kann man nicht unbedingt auf Mängel der Laborarbeit schließen. Ein Labor kann nicht für fehlerhafte Planungen oder schlechte Abdrücke verantwortlich gemacht werden. Und schon gar nicht für unwirtschaftliche Versorgungsformen, gemessen an den deutschen Kassenrichtlinien – beauftragt und ausgeführt in einem Umfeld, in dem diese Kassenrichtlinien überhaupt nicht als Richtschnur gelten!

Dass z.T. Materialien zum Einsatz kamen, die nicht den hiesigen Normen entsprechen, ist ebenfalls kein Argument gegen Import-Zahnersatz. Denn hier auf dem deutschen Markt präsentieren sich vor allem solche ausländischen Firmen, die ausschließlich in Deutschland zulässige, mehrfach zertifizierte Materialien verwenden.

DZZ-Studie spricht für ZE-Behandlung beim Zahnarzt zu Hause

Insgesamt deutet die in der DZZ publizierte Untersuchung in die Richtung, dass man allenfalls bei kleineren und unkomplizierten Arbeiten eine Behandlung durch einen ZAHNARZT im Nicht-EU-Ausland erwägen kann. Komplexe orale Rehabilitationen lassen sich nicht mal schnell in ein paar Urlaubstagen bei einem fremden Zahnarzt absolvieren.

Gründe dafür kann sich jeder Leser selbst denken. Bei einer umfangreichen Sanierung muss Raum sein für eine Vorbehandlung, für das Abwägen verschiedener Alternativen (in einer Sprache, die Patient und Arzt beherrschen), für Korrekturen, auch für eine Behandlung in mehreren aufeinander aufbauenden Phasen. Es muss also gewissermaßen ein Stück Wegstrecke gemeinsam zurückgelegt werden – von dem Dreiergespann Patient, Zahnarzt und Zahntechniker. Zum Glück sind längst nicht alle Fälle so schwierig.

Kerschbaum-Studie eruierte vergleichbare Qualität von Import-Kronen

Den Beweis, dass von deutschen Zahnärzten geplanter und eingesetzter Import-Zahnersatz aus zertifizierten ausländischen Labors besonders unzulänglich war, den hat meines Wissens weder der VDZI noch eine wissenschaftliche Untersuchung geliefert. Stattdessen gibt es eine Studie von Prof. Dr. Klaus Kerschbaum, Köln, aus dem Jahre 2001, in der es speziell um das Thema Kronenrandschluss ging (siehe zm 91-2001 und DAZ-Forum 76-2002). Kerschbaum attestierte den ausländischen Zahntechnikern eine Qualität à la „Made in Germany“ (siehe zm 91 – 2001, DAZ-forum 76/02). Die Patienten hatten bis zu 50% Preisvorteil. Zweifellos lässt sich aus dieser Untersuchung keine Aussage für *alle* prothetischen Versorgungsformen und *alle* ausländischen Labors ableiten. Eine solche Studie kann es nie geben. Und es muss sie auch nicht geben. Denn jeder Zahnarzt prüft selbst die Qualität seines in- oder ausländischen Labors.

Ich würde mir eine sachliche Diskussion zu diesem Thema wünschen. Und Flexibilität bei allen Beteiligten. Denn im nächsten Jahr kommen mit dem Festzuschuss-System erhöhte Eigenanteile für festsitzende Prothetik auf viele Patienten mit reduziertem Zahnbestand zu. Noch wissen wir nicht, wie sich die Versorgungssituation dadurch verändern wird.

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Termine

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

19.-21.11.2004, Berlin/Novotel: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes mit Podiumsdiskussion zur „Reformblockade ‚Sozialstaatsbindung‘“ (Tel. 0221/973005-0)

20./21.11.2004, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b: DAZ-Ratssitzung

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

08.12.2004, 20.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b: Advents-Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg (Tel. 030/9915108)

Januar 2005, 20.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b: Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema „Magnetprothetik“, Referent: Dr. Felix Blankenstein, Charité, Abt. für zahnärztliche Prothetik und Alterszahnmedizin (Tel. 030/9915108)

05.03.2005, 9.00-17.00 Uhr, Kiel/Universität: 12. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag unter dem Thema: „Behandlungskonzepte für das Lückengebiss“ (Tel. 0431/260926-0)

30.04./01.05.2005, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung: gesundheitspolitischer Vormittag mit Dr. Ellis Huber, Vorstand der Securvita-BKK, Hamburg, über „Therapien für das kranke Gesundheitswesen“ und Fachfortbildung mit Dr. Winfried Zeppenfeld, Flensburg, zu „Neue Möglichkeiten der Komposittherapie aus der Sicht des Praktikers“

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

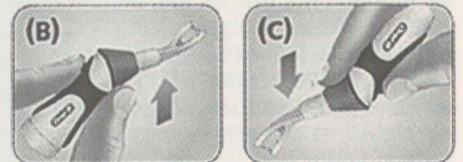
Hilfe durch den Kolibri



Krokodile haben es mit der Zahnpflege gut: während sie mit weit geöffnetem Mund schlafen, picken kleine Vögel die Speisereste aus ihrem Gebiss und reinigen mit ihren spitzen Schnäbeln die Zahnzwischenräume. Jetzt können wir es auch besser haben: der Kolibri kommt uns zur Hilfe. Nur können wir dabei (noch) nicht schlafen, wir müssen ihn selbst durch den Mund führen.

Oral-B präsentiert eine neue Lösung zur schnellen und unkomplizierten Pflege der Zahnzwischenräume, den Kolibri. Ein handliches, sehr funktionell gestaltetes Gerät, das eine handelsübliche Batterie enthält, wird, mit Zahnseide- oder Zahnstocheraufsatz versehen, bequem in alle Zahnzwischenräume geführt und entfernt dabei effizient Speisereste und Plaque zwischen den Zähnen. Durch die durchdachte Form lassen sich auch die distalsten Zwischenräume der Molaren einfach erreichen! Sanfte Vibrationen massieren dabei das Zahnfleisch und hinterlassen ein frisches, sauberes Mundgefühl. Die sanften Vibrationen sind nicht nur angenehm und effektiv, sie beugen auch den zu großen Kräften vor, die viele Patienten

gut gemeint bei der manuellen Anwendung von Zahnseide und Zahnstocher anwenden und dabei die Papillen verletzen und das Parodont destruieren. Der Kolibri ist trotz solider Konstruktion so klein, dass er immer mitgenommen und zwischendurch angewendet werden kann.



Noch ein Pluspunkt: der Preis. Mit Batterie und 8 austauschbaren Aufsätzen ist der Kolibri ab sofort für 7.99 Euro incl. MWSt. im Handel zu erwerben. Wir Zahnärzte bekommen ihn direkt für 3.60 Euro + MWSt. Bis Ende Oktober gibt es zusätzlich noch einen Einführungsrabatt. Näheres siehe unter www.oralprofessional.com/de

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

Zahnmännchen und andere Gütesiegel unter der Lupe beim Jugendverbraucherschutztag: „GUCK MAL, WAS DU KAUFST“

Was bedeutet eigentlich das Zahnmännchen mit Schirm auf einem Lutscher? Wofür steht das Biosiegel? Und was genau verbirgt sich hinter dem „Blauen Engel“? Antworten auf diese und viele andere Fragen zum Thema Verbraucherschutz gab die am 8. September in Berlin von Verbraucherministerin Künast eröffnete Ausstellung „Guck mal, was du kaufst“. Ziel der als bundesweite Wanderausstellung konzipierten Informationsschau ist es, besonders junge Menschen über ihre Rechte und Handlungsmöglichkeiten als mündige Verbraucher spielerisch aufzuklären, ihnen einen kritischen Blick „hinter die Produkte“ und zugleich auf sich als Konsumenten zu gewähren. Unter die Lupe genommen werden dabei auch wissenschaftlich fundierte Qualitätszeichen wie das Signet der Aktion zahnfreundlich. An ihm erkennen große und kleine Verbraucher Süßigkeiten, die garantiert wissenschaftlich getestet sind und nachweislich weder Karies noch andere Säureschäden (Erosionen) an den Zähnen verursachen.

Vier Monate lang kann man seit September 2004 im Kindermuseum des FEZ Wuhlheide (Kinder-, Jugend- und Familienzentrum) die interaktive Verbraucherausstellung erleben. Zwölf begehbare Erlebnisräume und ein echter kleiner „Kaisers for Kids“-Einkaufsmarkt laden die Besucher zu einem ungewöhnlichen Parcours rund um Themen wie Konsum, Wünsche und Geld, Produktzertifizierung und -qualität ein. Auf humorvolle und zugleich ernsthafte Weise können die Besucher Themen hinterfragen, reflektieren und entdecken. Sie werden zum Mitmachen, Forschen und Spielen aufgefordert.

Im Ausstellungsraum „Blauer Engel“ soll der Label-Dschungel mit über 1.000 so genannten Gütesiegeln ein wenig entwirrt werden: Ausgewählte Zeichen, die Güte und verlässliche Qualität garantieren, werden in der Atmosphäre eines Kinderzimmers mit Bett, Stuhl und Schreibtisch erklärt und an Originalprodukten gezeigt und erklärt - von zahnfreundlichen Süßwaren über Kinderkleidung bis hin zum Plüschtier.

„Wir freuen uns, dass unser Signet als ein Beispiel für ‚die Zeichen, die Güte und verlässliche Qualität garantieren‘ ausgewählt wurde und dass die von uns zertifizierten zahnfreundlichen Produkte gezeigt und erklärt werden“, betont Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer, Vorsitzender der Aktion zahnfreundlich, einer vor knapp 20 Jahren gegründeten im Bereich Mundgesundheit engagierten non-profit-Organisation. Das

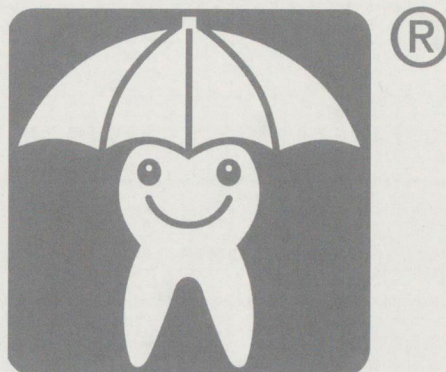
Zahnmännchen mit Schirm bedeute für den Verbraucher Sicherheit und ist eine wichtige Orientierungshilfe. „Fast alle Kinder lieben Süßes. Ihnen das Naschen zu verbieten, damit ihre Zähne gesund bleiben, ist unrealistisch. Stattdessen sollten wir ihnen kluge Alternativen anbieten,“ so der Zahnmediziner.

Guck mal, was du kaufst - probier mal, wie das schmeckt

Davon gibt es eine große Auswahl: Weit über 100 verschiedene Süßigkeiten - Schokolade, Kaugummis, Lutscher, Bonbons - und sogar Hustensäfte sind inzwischen mit dem roten Signet ausgezeichnet. „Die kann man naschen, ohne eine schlechtes (Zahn-) Gewissen haben zu müssen, denn Zahnmännchen-Produkte erhalten ihre Süße durch Zuckeraustausch- und Süßstoffe.“ Dass Zahnfreundliches obendrein auch lecker schmeckt, davon konnten und können sich die Besucher der interaktiven Ausstellung, die bis Mitte Februar 2005 in Berlin zu sehen ist, durch ausgiebiges Probieren überzeugen: Die der Aktion zahnfreundlichen angeschlossenen Süßwarenhersteller haben reichlich Kostproben zur Verfügung gestellt und werden dies auch an den weiteren Stationen der Wanderausstellung tun. 100.000 junge Menschen sollen bundesweit erreicht werden. Zum Weltverbrauchertag am 14. März 2005 eröffnet „Guck mal, was du kaufst“ in Bielefeld, im Herbst ist München an der Reihe, und 2006 wird die Ausstellung in Dortmund und weiteren Städten Nordrhein-Westfalens zu sehen sein.

Für den Verbraucher: Garantie und Sicherheit

„Wichtig ist ein wissenschaftlich fundiertes aber trotzdem leicht verständliches Signet für den Verbraucher“, erklärt Dr. Zimmer. „Gerade in unserer heutigen ‚Multi-Kulti-Gesellschaft‘ muss ein gesundheitsbewusster Konsument auch ohne weitere Erklärung erkennen können, ob ein Produkt nur zuckerfrei oder wirklich zahnfreundlich ist. Die Kennzeichnung ‚zuckerfrei‘ oder ‚hergestellt unter Verwendung des Zuckeraustauschstoffes X‘ sagt noch nichts über die Zahnfreundlichkeit aus. So genannte zuckerfreie Produkte können durchaus Glukose (Traubenzucker), Fruktose (Fruchtzucker), Maltose (Malzzucker) oder Laktose (Milchzucker) enthalten, die letztendlich auch zu Kariesschäden führen“, erläutert Dr. Zimmer. „Nur wenn dieses international geschützte Signet auf der Verpackung ist, hat der Verbraucher die Garantie der wissenschaftlichen Prüfung. Produkte mit



dem ‚Zahnmännchen mit Schirm‘ haben in fundierten Tests nachgewiesen, dass sie keine Karies verursachen. Darüber hinaus enthalten sie so wenig Frucht- oder andere Säuren, dass dadurch keine Zahnschäden (Erosionen) ausgelöst werden können“, unterstreicht der Zahnmediziner.

Wer mehr über die Aktion zahnfreundlich erfahren und z.B. auch Aufklärungsblätter, Plakate usw. erhalten will, kann ich wenden an:

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer
Heinrich-Heine-Universität
Poliklinik für Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde
Moorenstr. 5, 40255 Düsseldorf
E-Mail: zimmer@med.uni.duesseldorf.de

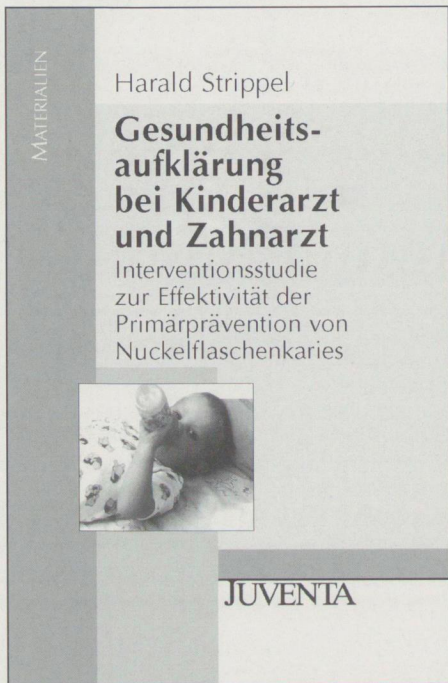
Aktion zahnfreundlich e.V.
Pressestelle: Hedi Peters
Danckelmannstr. 9
14059 Berlin
Tel.: 030 – 30 12 78 81 und 85
Fax: 030 – 30 12 78 84
Mobil: 0171 402 36 08
eMail: aktion-zahnfreundlich@t-online.de
Internet: www.zahn.maennchen.de

Infos zur Aktion zahnfreundlich e.V.:

Der gemeinnützige Verein wurde 1985 gegründet. Zu seinen Mitgliedern gehören ca. 400 persönliche Mitglieder, darunter zahlreiche Wissenschaftler, Zahnmediziner, Ärzte, Ernährungsberater, Vertreter von zahnärztlichen Organisationen und der Krankenkassen, Dental Hygienikerinnen und Prophylaxe-Assistentinnen, Journalisten. Des Weiteren gehören ihm 32 Süßwaren- und Rohstoffhersteller sowie ein Fördermitglied an. Satzungsgemäße Aufgaben und Ziele sind die Förderung der Zahngesundheit und die Aufklärung über gesundes Ernährungsverhalten.

Buchbesprechung

Harald Strippel: Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt - Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries Juventa Materialien 2004-09-07, 248 Seiten, Preis: 19,50 EUR, Best-Nr. 1670-3, ISBN 3-7799-1670-3



Nuckelflaschenkaries auf dem Vormarsch

Nuckelflaschenkaries zeigt inzwischen ca. jedes 10. Kleinkind. Die dramatische Zunahme steht in direktem Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Plastikflaschen seit Mitte der 70er Jahre, die - im Gegensatz zu Glasflaschen - Kindern unbedenklich zum Dauergebrauch überlassen werden. Ein erstrebenswerter Präventionsansatz wäre der Verzicht auf süße Flüssigkeiten zur Schlafenszeit. Dr. Strippel stellt in seinem Buch unter anderem eine Interventionsstudie vor, die zeigt, dass strukturierte Elternberatung (durch Pädiater) zwar zu einem Kenntniszugewinn führte, nicht aber zu einer relevanten Verhaltensänderung. Diese wäre am ehesten durch das Vom-Markt-Nehmen von Kunststoffflaschen, also die Rückkehr zur Glasflasche, erreichbar. Trotz der geringen Verhaltenswirksamkeit erscheint eine konzentrierte Aufklärung durch Pädiater und Zahnärzte gerechtfertigt und ethisch erforderlich. Das Buch liefert dem Praktiker hierzu vielfältiges Material vom Aufklärungsinhalt über Zeitaufwand bis zu Eltern-Info-Blättern. Der wissenschaftlich und versorgungspolitisch Interessierte findet darin epidemiologische Hintergründe, Abschätzungen zur Effektivität verschiedener Präventionsmodelle und Empfehlungen an den Gesetzgeber etc.

Dr. Jörg Hendriks, Aurich

Was ist MUT ?

Berliner Forum-Leser/innen wissen wahrscheinlich sofort Bescheid: Es geht um die Gesellschaft für Gesundheit MUT, die in Berlin eine Reihe von sozialen Projekten - darunter die europaweit erste und einzige Zahnarztpraxis für Obdachlose - ins Leben gerufen hat und unterhält. Der eine oder andere von Ihnen hat vielleicht schon etwas für diese oder die inzwischen etablierte zweite Praxis gespendet oder ehrenamtlich mitgearbeitet. Beides ist nach wie vor nötig, denn die Beschaffung finanzieller Mittel ist eher schwieriger geworden.

Wer mehr über MUT bzw. die Obdachlosenpraxen wissen will, findet Infos im Internet unter www.mut99.de oder auch in DAZ-Forum 80-2003.



Welche Dinge werden zur Zeit besonders gebraucht? Nachfolgend erhalten Sie die „Wunschliste“ des zahnärztlichen Teams (bald ist Weihnachten!):

Materialien für die Wurzelkanalbehandlung
Materialien für die Funktionsabformung
Desinfektionslösung für die Absauganlage
Zahnpflegemittel (Zahnpasta, Zahnbürsten usw.)



Haftcremes und Tabletten für Prothesen
Röntgenfilme
Mundspülbecher
Große Abdecktücher für Einheit

Wie Sie MUT erreichen usw.:

MUT Gesellschaft für Gesundheit
Geschäftsführerin Dr. Helga Schlick
Rudolfstr. 11, 10245 Berlin
Tel. 030/293302-0, Fax 030/29330211
Mail mut99@t-online.de, Internet www.mut99.de

Zahnarztpraxis am Bahnhof Lichtenberg

Weitlingstr. 11, 10315 Berlin, Tel. 030/52695638

Zahnarztpraxis am Ostbahnhof

Stralauer Platz 32, 10243 Berlin, Tel. 030/29047541

Spendenkonto

Konto-Nr. 13333330 bei der Berliner Sparkasse, BLZ 10050000
Stichwort: Obdachlosenbetreuung



Kontroverse Diskussion über Integrierte Versorgungsmodelle

Den Auftakt der diesjährigen Jahrestagung des DAZ in Berlin bildete ein Vortrag des BZÄK-Präsidenten Dr. Weitkamp, der deutlich die Annäherung der Standpunkte zwischen dem DAZ und dieser Säule der Landesvertretung belegte, aber natürlich trotzdem noch so manche Frage offenließ. Ob es um Fortbildung geht, um zahnärztliche Ergebnisqualität, um Qualitätsmanagement in den Praxen – auffällig ist die Zurückhaltung der BZÄK in Bezug auf verbindliche Vorgaben.

Umso gespannter konnte man sein auf die Diskussion am Nachmittag im Rahmen der DAZ-Jahreshauptversammlung (JHV): Würden hier weiter gehende Forderungen verabschiedet werden? Einen wichtigen Teil der Hauptversammlung bildete die Beratung über das DAZ-Projekt Qualitätssicherung, bei der die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse der Pilotphase vorgestellt und diskutiert wurde – Näheres dazu auf der Seite 17.

Erstes Thema, das zu einer ausführlichen und ausgesprochen kontroversen Diskussion führte, war die „Integrierte Versorgung“ (IV). Dieses seit dem GMG mögliche, nicht primär für den zahnärztlichen Bereich gedachte Versorgungsmodell bietet erstmalig einen legalen Rahmen für besondere Verträge von Gruppen von Zahnärzten mit Krankenkassen auch unabhängig von ihren KZVen. Der DAZ-Vorsitzende Dr. Eberhard Riedel berichtete von verschiedenen überregionalen Tagungen im Laufe dieses Jahres. Immer wieder habe er feststellen können, dass wichtige gesundheitspolitische Akteure sich derzeit mit diesen Möglichkeiten beschäftigen und neue Konzepte entwickeln. Der DAZ solle sich seines Erachtens in zwei Richtungen positionieren: mit seinem Qualitätssicherungsprojekt und durch Beteiligung an Strukturen der IV.

Als Beispiel für ein IV-Modell stellte Dr. Riedel ein Konzept aus Bayern vor. Einzelne niedergelassene Zahnärzte und Ärzte bilden eine Vertragsgemeinschaft gemäß §§ 140a SGB V ff, um eine integrierte Versorgung im Bereich der Zahn-, Mund-, Kiefer-, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde aufzubauen. Ziel dieser Vertragsgemeinschaft ist eine Verbesserung der Patientenversorgung und zugleich eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der teilnehmenden Mediziner. Durch die elektronische Abwicklung von Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren sollen Effizienzreserven erschlossen, durch die elektronische Vernetzung der Informationsfluss verbessert und mehr Transparenz erreicht werden. Die teilnehmenden Praxen verpflichten sich zu bestimmten Qualitätssicherungsmaßnahmen, und bspw. für Restaurationen bzw. Zahnersatz sollen längere Gewährleistungspflichten vereinbart werden. Grundsätzlich soll sich der Vertrag nur auf einen bestimmten Teil des Leistungskataloges und einen Teil der Patienten einer Praxis erstrecken. Er bietet – so Dr. Riedel – die Chance, etwas Neues auszuprobieren. Von weiteren Teilnehmern wurde von ver-

gleichbaren Projekten aus anderen Regionen berichtet und die Erwartung geäußert, dass solche Initiativen jetzt in jedem Fall entstehen werden – mit oder ohne den DAZ.

Überwiegend meldeten sich allerdings kritische Stimmen zu Wort. Da wurde die Frage aufgeworfen, ob für die zahnmedizinische Versorgung tatsächlich fachübergreifende, andere Arztgruppen umfassende Modelle gebraucht würden, und es wurde angesprochen, dass nach wie vor die freie Arztwahl des Patienten bestehe und oftmals nicht zu den speziellen Konstellationen im IV-Projekt passen werde. Darüber hinaus gab es aber auch Befürchtungen, diese besonderen Verträge würden Keile in die Zahnärzteschaft treiben und die KZVen, für deren Erhalt sich ja gerade der DAZ immer stark gemacht habe, schwächen. Vorerst – so einigte man sich schließlich – sollten integrative Modelle aufmerksam verfolgt werden. Einzelne DAZ-Mitglieder wollten sich beteiligen und könnten so Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung berichten. Zum jetzigen Zeitpunkt solle der DAZ als Verband nicht die Beteiligung an einem IV-Projekt anstreben. Die Diskussion sollte bei der nächsten Arbeitssitzung im November fortgesetzt werden.

Zu diesem (vorläufigen) Ergebnis trugen sicher auch die Ergebnisse der in allen Bundesländern durchgeführten KZV-Wahlen bei. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) hatte bereits seit mehreren Jahren den Verbleib der Zahnmedizin in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Fortbestand der KZVen in Frage gestellt. Zum Teil standen an den Spitzen der Körperschaften Personen, die öffentlich die Abschaffung eben dieser Körperschaften forderten. Extremes Beispiel war die KZV Bayern – zweimal provozierte sie in diesem Jahr den Einzug eines Staatskommissars. Das Rennen machten jetzt bei den Wahlen solche Gruppen und Vertreter, die sich klar dazu bekannten, zum Wohle der Zahnärzte aktiv in den Selbstverwaltungsstrukturen mitzuarbeiten. Man kann vermuten, dass zukünftig in verschiedenen KZVen die ideologischen Kämpfe durch konstruktive Sacharbeit abgelöst werden. Diese vom DAZ begrüßte Entwicklung war für mehrere der JHV-Teilnehmer ein wichtiger Grund, erst einmal mehr auf die Unterstützung der KZVen als auf den Aufbau weiterer Strukturen setzen zu wollen. Wobei klar wurde, dass beides kein Gegensatz sein muss.

Wie schon am Vormittag im Rahmen der Diskussion mit Dr. Weitkamp kam auch in der Hauptversammlung die GOZ-Novellierung zur Sprache. Bekanntlich sind die Zahnärzte hier nur über die BZÄK mit beratender Stimme beteiligt. Die Entscheidungsfunktion liegt bei den Bundesländern und dem Bundesgesundheitsministerium, die als Beihilfegeber durchaus eigene Interessen im Spiel haben. Noch ist kein Vorschlag bekannt, der von den Zahnärzten einhellig begrüßt werden könnte. Die Versammlung beauftragte den Vorstand, zu diesem Thema weitere Informationen ein-

zuholen, Gespräche mit wichtigen Beteiligten zu führen und die DAZ-Position in Kürze zu veröffentlichen.

Auf der Agenda standen außerdem noch die üblichen Vereinsformalia, die ordnungsgemäß abgehandelt wurden und zur Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung führten. Mit enormem ehrenamtlichen Engagement, Bereitschaft zu improvisieren und großer Sparsamkeit schafft es der DAZ trotz steigender Preise und nicht-steigender (!) Mitgliedsbeiträge nach wie vor, seine Vereinsaktivitäten aufrecht zu erhalten und auch die Zeitschrift DAZ-Forum weiter herauszugeben. Es folgte der schon aus früheren Jahren bekannte Appell des Chefredakteurs, dass sich möglichst viele Kollegen beteiligen sollten – sei es mit eigenen Fach- oder politischen Artikeln, sei es mit Leserbriefen, mit Lob oder Kritik. Denn die wenigen, die einen großen Teil ihrer Freizeit in die ehrenamtliche Redaktionsarbeit stecken, sind dringend auf Feedback angewiesen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das Mitmischen in einer Redaktion auch großen Spaß machen kann. Bei uns sind Newcomer ebenso willkommen wie alte Hasen, kleine ebenso wie große Talente. Am besten, Sie fangen gleich jetzt mit dem Mitmachen an. Wenn Sie Forum 84 in Händen halten, bleibt noch jede Menge Zeit, um stressfrei ein interessantes Forum 85 zusammenzustellen!

Zu guter Letzt ging es um die JHV 2005, denn schließlich soll bei jeder Jahrestagung bereits die nächste geplant werden. In diesem Jahr war die Mehrzahl der Teilnehmer der Auffassung, man brauche mehr Zeit, um die zum Teil recht schwierigen Fragen gründlich diskutieren zu können. Insofern wurde ins Auge gefasst, in 2005 entweder auf einen politischen oder fachlichen Vortrag zu verzichten oder aber den auf die Tagung folgenden Sonntag noch mit für das verbandsinterne Programm zu nutzen. Demgegenüber wurde das Angebot eines kulturellen Rahmens, wie er in diesem Jahr durch eine Musikdarbietung am Samstagabend und eine Stadtführung am Sonntag gegeben war, für weniger wichtig gehalten. Bei der nächsten DAZ-Vorstands- und -Ratssitzung am 21.11.2004 in Berlin wird über die Gestaltung der Jahrestagung entschieden. Wenn sich keine Hinderungsgründe ergeben, findet sie am 24./25.09.2005 in Berlin statt.

Am nachfolgenden Sonntag konnten bei frischem, herblich strahlendem Wetter die auswärtigen Gäste, aber auch manche Berliner DAZler feststellen, wie schön Berlin sein kann, welche idyllischen Plätzchen es mitten in der Stadt gibt – z.B. in Charlottenburg. Also sind Sie hoffentlich wieder dabei – bei der nächsten DAZ-Jahrestagung.

Aber – bitte noch nicht den Terminkalender weglegen! Es gibt ja auch noch die DAZ-VDZM-Frühjahrestagung in Frankfurt, dieses Mal am 30.04./01.05.2005. Nähere Infos auf Seite 13.

Irmgard Berger-Orsag, DAZ-Geschäftsführerin

Fünf Jahre Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. (AZK) - Vom Zangenkoffer zur Zufluchtsstätte - Zum Jahrestreffen der AZK in Münster am 30. Okt. 2004



Angefangen hat alles 1999, als der Thüringer Zahnarzt Dr. Achim Schinkel mit einem Koffer voller Anästhesie-Spritzen und Extraktionszangen im Kloster der Franziskanerinnen in Nyabondo im Hochland von Kenia erschien. Dort traf er auf eine Bevölkerung, in der die meisten Menschen noch nie einen Weißen, geschweige denn einen weißen Zahnarzt gesehen hatten.

Von seinen Erlebnissen berichtete er in den Zahnärztlichen Mitteilungen und erfuhr eine stürmische Resonanz mit Hilfsangeboten von Kolleginnen und Kollegen, die bald darauf zur Gründung des Vereins Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. (AZK) führte. Dieser zählt heute über 100 Mitglieder und hat inzwischen an drei Orten in Kenia komplette Zahnarztpraxen und eine Augenarztpraxis (mit Op.-Mikroskop) eingerichtet, die reihum von Mitgliedern und Freunden des Vereins personell betreut werden.

Beherbergt werden die Kolleg/innen dabei von den Nonnen des örtlichen Franziskaner-Ordens. Von denen haben sie auch gelernt, dass die wahren Probleme ihrer Patienten nicht ihre kranken Zähne sind, sondern die gesellschaftlichen Strukturen, in denen sie zu leben gezwungen sind. An erster Stelle steht ihre bittere Armut, an zweiter das AIDS-Problem. In den Slum-Vierteln von Nairobi und in der Gegend um Kisumu am Victoria-See, in denen die Praxen eingerichtet sind, ist annähernd die Hälfte der mittleren Generation, die eigentlich die Aufgaben einer Gesellschaft trägt, HIV-positiv oder an AIDS erkrankt oder verstorben.

So wurde im Dezember 2001 von der AZK begonnen, AIDS-Waisenkinder in persönliche Patenschaften zu vermitteln, wodurch der Lebensunterhalt der Kinder und ihr Schulbesuch finanziert wird. Über 140 Kinder haben so deutsche Pateneltern gefunden. Die Zahl wächst ständig.

Ein weiteres rasant wachsendes Aufgabenfeld bildet die Betreuung von AIDS-Witwen. Sie wurden nach dem Tode des Vaters ihrer Kinder zusammen mit diesen aus dem Familienverband ausgestoßen, weil man sie – häufig zu recht – für infiziert hält. Diese Frauen und Kinder sind entweder dem Verhungern, der Prostitution oder dem Vegetieren in Slums preisgegeben. Die AZK hat inzwischen mehr

als 45 Selbsthilfegruppen (mit insgesamt ca. 900 Teilnehmerinnen) ins Leben gerufen, die voller Vitalität und Kreativität die bescheidenen Hilfsgelder nutzen, um sich und ihre Kinder am Leben zu erhalten. Die monatlichen Treffen der Vertreterinnen der einzelnen Gruppen, ihr Erfahrungsaustausch und ihr gegenseitiges Mutmachen gehört immer wieder zu dem Bewegendsten, was die deutschen Gäste erleben – und was tiefe Eindrücke bei jedem hinterlässt, der die derzeitige „Sozialabbau“-Diskussion in Deutschland beschämt verfolgt.

Die Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. hat vor einigen Monaten begonnen, für diese Rest-Familien ein Zufluchtsdorf zu bauen. Die ersten Häuser stehen schon – auch dank des Einsatzes der Betroffenen selbst, die oft über große Strecken zu Fuß selbst gebrannte Ziegelsteine herantragen. Seit neuestem kann sich der Verein über die finanzielle Unterstützungszusage für dieses Projekt durch die deutsche Botschaft in Nairobi freuen, deren Vertreter uns vor Ort besucht und sich von dem Projekt selbst überzeugt haben.

Die Aktivitäten des Vereins sind aber noch vielfältiger: so vergeben AZK-Spender Stipendien für die Fortführung der Ausbildung von verwaisten mittellosen Pharmazie-Studenten und Krankenschwestern an der örtlichen Klosterschule.

Mit der deutschen Initiative „Ärzte helfen hautkranken Kindern in Afrika e.V.“ und deren kenianischen Health-Workern ist die AZK in engem Kontakt. Sie werden sich hoffentlich bald den mobilen Einsätzen anschließen.





Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wird Pflicht - Was machen SIE in IHRER Praxis?

Der Gesetzgeber schreibt ab 2005 mit dem sog. ‚einrichtungsinternen Qualitätsmanagement‘ Maßnahmen vor, die schwerpunktmäßig die Ergebnisqualität des niedergelassenen (Zahn-)Arztes verbessern sollen. Hierzu hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) mit seinem ‚Projekt Qualitätssicherung‘ ein Konzept entwickelt, das nicht nur den gesetzlichen Forderungen gerecht wird, sondern zugleich bei geringstmöglichem Kostenaufwand eine einfache Integration in den gewohnten Praxisalltag bei größter Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Patienten ermöglicht.

Die Vorteile unseres Projektes sind:

- Maximum an qualitätsfördernden Effekten
- Minimum an Umsetzungsaufwand und Kosten in der Praxis
- Erhalt der gewachsenen Praxisstrukturen
- Erhalt der Therapieviefalt
- Kein starres Fremdkonzept, keine Therapieschrittlisten
- Sensible Methoden zur Erkennung von Qualitätsdefiziten
- Beseitigung von Qualitätsdefiziten in eigener Regie
- Geringstmögliche Fremdeingriffe nach strenger Problemorientierung
- Vermeidung ineffektiver QM-Inhalte

Die Kernelemente des Projekts sind

- Die ethische Verantwortung gegenüber dem Patienten
- Die Gewährleistung längerer Verweildauer zahnärztlicher Arbeiten
- Fortlaufende Fragebogenaktion mit subjektiven Patientenangaben als Kontrollparameter
- Service-Telefon
- Beratung durch Beratungsgremium
- Fortbildung mit praxisnahen Schwerpunkten

Der Jahresbeitrag für Ihre Teilnahme an diesem Projekt beträgt € 500 (€ 250 für DAZ-Mitglieder). Damit lohnt sich nicht nur die Teilnahme am Projekt, sondern auch die DAZ-Mitgliedschaft. So erreichen Sie uns:



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, Belfortstr.9, 50668 Köln

Tel 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail kontakt@daz-web.de, Internet www.daz-web.de

Rücksende-Coupon

An den
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Belfortstr. 9
50668 Köln

Fax 0221/7391239

Ich interessiere mich für das Projekt Qualitätssicherung und erbitte die Zusendung einer Informationsmappe.

Ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft im DAZ und bitte hierzu um nähere Informationen.

Name

Adresse

Tel.

Fax

e-mail



Weiterhin fördert der Verein die HIV-Positive-Initiative Nyanepha in Nyabondo, die Menschen aller Altersgruppen hinsichtlich Prävention und Aufklärung über AIDS anspricht und Hilfe bei der Bewältigung der zahlreichen Probleme der Infizierten gibt. Gleiches gilt für die Unterstützung der VIMA-SELFHELP-GROUP in der Nähe von Homa Bay, die gemeinsam eine Klinik, eine Ziegelbrennerei, Landwirtschaft und Waisenbetreuung betreibt. AZK pflegt intensive Kontakte zu den umliegenden Schulen und last not least steht immer noch die zahnärztliche Tätigkeit im Vordergrund. Sie findet nicht nur in den stationären Praxen, sondern auch bei sog. „Mobiles“, also ambulanten Einsätzen im Umkreis von 100 km unter Schatten spendenden Bäumen auf den Dorfplätzen, statt – mit doppelten Handschuhen ohne fließendes Wasser und Strom für Motoren, Licht und Druckluft. Es gibt lediglich einen kleinen Generator für den Steri.

Dennoch fehlt alles und überall: Materialien und Ersatzteile müssen hergeschafft werden, was das Reisegepäck der Kolleg/innen und ihrer Helfer völlig überfordert. So werden nun regelmäßig Containerladungen zusammengestellt, mit denen einmal jährlich alles im weitesten Sinne Brauchbare für die Zahn-



Oktober 2004 in Münster einen persönlichen Eindruck von diesem Hilfsverein zu machen und eigene Fragen zu stellen, Material und Instrumente/Geräte für die Praxen in Kenia aus seiner Praxis mitzubringen oder sich gleich für einen Hilfeinsatz in den nächsten beiden Jahren vormerken zu lassen.

Dr. Roland Ernst, Edeweicht
Fotos: Köster/Happ

Kontaktadresse

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V.
Bahnhofstr. 21
99610 Sömmerda

Tel: 03634 621079 Fax: - 39313
Mail: azk@zahnarztthilfe-kenya.de
www.zahnarztthilfe-kenya.de

Zum weiteren Ausbau des Witwenprojektes nimmt die Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. gerne auch Ihre Spende entgegen:

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya,
Konto 140 051 503
BLZ 820 510 00
Sparkasse Mittelthüringen

Der Bundespräsident

Berlin, den September 2004

Sehr geehrter Herr Dr. Schinkel,

bei meinen Reisen durch die Länder Afrikas habe ich viel Not und Elend gesehen, aber auch viele Menschen getroffen, die etwas ändern wollen. Ich habe mir damals geschworen: In welchem Amt auch immer ich sein werde, ich will etwas für Afrika tun! Ich will denen helfen, die das Schicksal in eigene Hände nehmen wollen. Ich halte es mit unserer Selbstachtung nicht für vereinbar, wenn uns das Los der Menschen in Afrika gleichgültig lässt.

Die Aktivitäten der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e. V., den selbstlosen Einsatz der Mediziner kann man nur als bewundernswert bezeichnen. Ich freue mich besonders darüber, dass Sie auch mithelfen, den Kampf gegen AIDS zu führen und die große Not der Erkrankten und ihrer Familienangehörigen zu lindern.

Wir können die Probleme, die es in allen afrikanischen Staaten im Gesundheitswesen gibt, nicht allein durch zwischenstaatliche Kooperation lösen. Die Menschen sind dringend auf Aktivitäten von Privatleuten wie den Mitgliedern Ihres Vereins angewiesen. Ich wünsche Ihnen für Ihre weitere Arbeit viel Erfolg und der Mitgliederversammlung einen guten Verlauf. Wenn es sich ergibt, werde ich gerne Ihre Projekte auf einer meiner nächsten Afrikareisen in Kenia besuchen.

Mit freundlichen Grüßen

Josf Houb Kähler

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 Kollegen-schaft 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 Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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

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 KVZen.

Der DAZ hat ein eigenes Projekt zur Qualitätssicherung etabliert, 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
Geb. Datum

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

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

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 Zahn- gesundheit (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 flächen- deckende 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 Prophylaxeassisten-

tin 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

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

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,
Pleiserhoher Str. 27,53639 Königswinter
Tel./Fax 02244 / 875124
RKuechlin@gmx.de

Oberbayern / München

Dr. Eberhard Riedel, Wolfratshauer Str. 189
81479 München, Tel. 089/ 534552,
Fax 089/ 54404484
E-Mail e_riedel@msn.com

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 Tödtmann, 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

Rheinhessen

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

Schleswig Holstein

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

Thüringen

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

Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,
32657 Lemgo, Tel. 0526110166,
Fax 05261 92901,
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

DAZ-Geschäftsstelle

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

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.Doiz.Dr.Stefan Zimmer
ViSdP: Dr. Ulrich Happ

Leitender Redakteur dieser Ausgabe:

I. Berger-Orsag

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

Erscheinungsweise: 2 mal jährlich; Auflage: 2.400

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 info@druckerei-diet.de

Kleinanzeige

Frischgebackene Zahnarthelferin

sucht Arbeitsstelle in Praxis in Köln und
Umgebung. Nähere Infos beim DAZ in Köln
(Frau Knoblauch) - Tel. 0221/97300545, Fax
0221/7391239, Mail daz.koeln@t-online.de

... alles gespart!



Durch die Teilfertigung von Zahnersatz in unserem Meisterlabor in Manila sparen Ihre Patienten bis zu 40% der Laborkosten und das bei einem Maximum an Qualität und Service.

Kann Ihr Labor das auch?

InteraDent Zahntechnik AG

Neue Zähne: schön, preiswert und sympathisch.

InteraDent®

Zentrallabor Lübeck

Roggenhorster Straße 7
23556 Lübeck

Telefon: 04 51-8 79 85-0

Telefax: 04 51-8 79 85-20

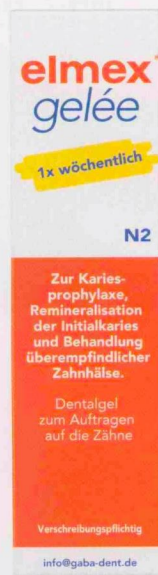
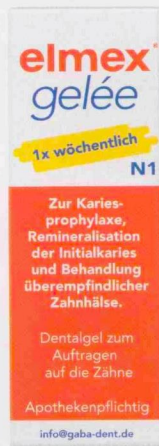
www.interadent.de

info@interadent.de

elmex® gelée und elmex® fluid im Rahmen des IP-Programms unverändert erstattungsfähig

Zahnärztliche Anwendung

Häusliche Anwendung



Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) können Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. elmex® gelée und elmex® fluid) auch weiterhin als **Sprechstundenbedarf** verordnet werden.

Zur häuslichen Anwendung im Rahmen des IP-Programms können Arzneimittel (z.B. elmex® gelée 25 g und elmex® gelée 38 g) anspruchsberechtigten Jugendlichen weiterhin unverändert **zu Lasten der GKV** verordnet werden.

Zur intensiven Kariesprophylaxe für Ihre **erwachsenen Patienten** können Sie elmex® gelée 25 g empfehlen oder elmex® gelée 38 g auf Privatrezept verordnen.

Zusammensetzung: 100 g elmex® fluid enthalten: Aminfluoride Dectaflur 1,150 g, Olafur 12,126 g (Fluoridgehalt 1 %), gereinigtes Wasser, Saccharin, Aromastoffe. **Anwendungsgebiete:** Zur Kariesprophylaxe; therapeutische Anwendung zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll elmex® fluid nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen. GABA GmbH, 79515 Lörrach. **Packungsgrößen und Preise:** 20 ml Lösung € 14,98, 50 ml Lösung € 23,06. Verschreibungspflichtig. Stand: August 2004

Zusammensetzung: 100 g elmex® gelée enthalten: Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olafur 3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt 1,25 %), gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hydroxyethylcellulose, Saccharin, Aromastoffe. **Anwendungsgebiete:** Zur Kariesprophylaxe; therapeutische Anwendung zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll elmex® gelée nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen. GABA GmbH, 79515 Lörrach. **Packungsgrößen und Preise:** 25 g Dentalgel € 7,63 (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel € 14,49 (verschreibungspflichtig); 215 g Anstaltspackung € 23,92 (verschreibungspflichtig). Stand: August 2004