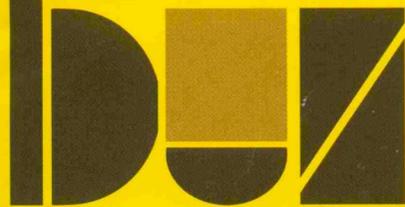




Berlins
unabhängige
Zahnärzte e. V.



Festzuschüsse
-Erfolgsmodell oder
bürokratisches Monster?

**Zahntechniker
schlagen Alarm**

**Einspruch,
Dr. Fedderwitz!**

**Selbstbedienung
ohne Scham**

**DAZ-Projekt
Qualitätssicherung**

Herausgeber
DAZ Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
BUZ Berlins Unabhängige Zahnärzte

FORUM

85

24. Jahrgang, 2. Quartal
VON ZAHNÄRZTEN FÜR ZAHNÄRZTE

DEUTSCHER ARBEITSKREIS FÜR ZAHNHEILKUNDE
BERLINS UNABHÄNGIGE ZAHNÄRZTE

Selbstbedienung in den KZV'en - Festzuschüsse für Zahnersatz:

Keine Feststimmung an der Basis



DAZ, Belfortstr. 9 50668 Köln
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt G8845



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

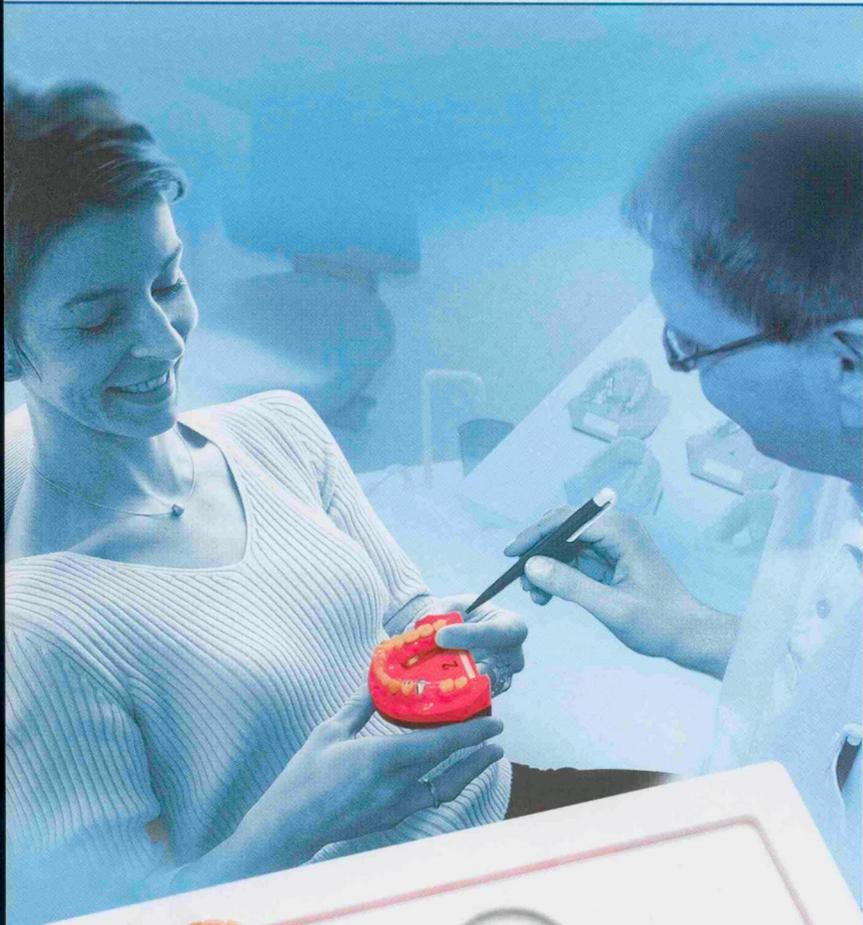
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Effizient erklären mit GO DENT®



Das **GO DENT**-System mit über 100 Informationsmöglichkeiten rund um Zahntechnik und Zahnmedizin.

Investieren Sie intelligent – investieren Sie in eine starke Argumentationshilfe

- ◆ Mehr Wirtschaftlichkeit in der Beratungstätigkeit
- ◆ Bessere Patientenaufklärung durch be"greif"bare Argumente
- ◆ Verstärkte Nachfrage nach hochwertiger Prothetik

Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne oder senden Ihnen weitere Informationen.

Beratung mit GO DENT® – das rechnet sich!
Rechnen Sie nach:

	zum Beispiel	Ihre Zahlen	Ihre Zahlen mit GO DENT®
Anzahl der Patienten pro Tag	20	A	20
Aufklärungszeit pro Patient in Min.	3	B	1
Angenommener Stundensatz in €	150	C	150
Arbeitstage pro Jahr	200	D	200
$A \cdot B \cdot C \cdot D$ 60 min.	30.000 €		10.000 €
	-10.000 €		
	20.000 €		

Sparen Sie 20.000 € pro Jahr an Zeitwerten

GO DENT®-GmbH
Christel Oestreich
Hohe Straße 20
74613 Öhringen

Tel.: (07941) 95 86 68
Fax: (07941) 95 86 69
go-dent@t-online.de
www.godent.de

GO DENT®
MODELLE

Selbstbedienung in den KZV'en - Festzuschüsse für Zahnersatz: Keine Feststimmung an der Basis



Die Kluft zwischen der zahnärztlichen Basis und ihrer standespolitischen Führung ist wieder ein Stück größer geworden. Wenige Findige an der Spitze nutzten die Unorganisiertheit oder Gutgläubigkeit der anderen gewählten zahnärztlichen Vertreter des Landes aus, um eigene Politikrichtungen zu zementieren und hochdotierte Posten zu sichern, nicht ohne sich selbst zu allem Überfluss auch noch satte Gehaltserhöhungen zuzusprechen.

Es wäre ein Beispiel politischer Kultur und gelebten Demokratieverständnisses gewesen, wäre in der Spitze der neuen hauptamtlichen KZBV wenigstens im Ansatz ein Querschnitt der standespolitischen Strömungen in der Bundesrepublik abgebildet worden. Es wäre ein Beispiel für Verantwortungsbewusstsein und gelebte Solidarität in wirtschaftlich schwierigen Zeiten gewesen, hätten sich nicht fast ausnahmslos alle hauptamtlichen KZV-Chefs ihre Bezüge selbst drastisch erhöht.

Aber zu spät, die Botschaft an die Öffentlichkeit ist unumkehrbar: Die Zeche für die Skrupellosigkeit einiger weniger muss die zahnärztliche Allgemeinheit mit ihrem Ruf zahlen. Denn unsere Patienten müssen glauben, dass wir uns diesen Lebensstil auch leisten können. Für viele Patienten passt es da sonnenklar zusammen, dass nun ihre erheblichen Mehrzahlungen für manche Zahnersatzversorgungen die gehobenen Ansprüche eines ganzen Berufsstandes saturieren müssen. Die Patienten, die noch zu uns kommen, auch weil sie keine Wahl haben, überbringen uns diese Botschaft nicht. Es sind vielmehr diejenigen, die nicht mehr wie früher kommen und ihre Zahnarztbesuche und Sanierungsarbeiten auf ein Minimum reduzieren, auch, weil sie die vermutete Habgier des Berufsstandes nicht über Gebühr fördern mögen.

Hat jemand der Verantwortlichen an diesen Bumerang gedacht? Oder war es ihnen am Ende egal, weil die Notwendigkeit, den eigenen Lebensunterhalt in eigener Praxis zu verdienen, bei ihnen kaum noch besteht?

Großartige standespolitische Erfolge wären noch am ehesten geeignet, vom Machthunger und Geltungsdrang an der Spitze abzulenken. Als Erfolg sollte das Festzuschuss-System gefeiert werden, mit dem auf angeblich revolutionäre Weise der Gesundheitspolitik und den Krankenkassen ein Stück neue Eigenständigkeit der Zahnarzt-Patient-Beziehung abgetruzt werden konnte. Ein schöner Erfolg, wären da nicht im Übereifer ein paar wahrhaft fatale Fehler passiert. Welchen Sinn mag man nur darin gesehen haben, das neue System der Zahnersatzplanung und -abrechnung derart kybernetisch kompliziert zu machen? Wer ist wirklich in der Lage, drei verschiedene Planungsebenen mit jeweils eigenen Regelwerken und Bedingungskatalogen miteinander schlüssig zu verbinden und dieses dann noch nach vier verschiedenen Gebührenordnungen für Honorar und Technik richtig und eindeutig abzurechnen? Für jedem Mathematiker wie für jeden Informatiker der blanke Horror!

Sollten zahnärztliche Freiräume etwa auch auf dem Wege bewusster Verwirrung und Intransparenz geschaffen werden? Sind am Ende nur die Kolleginnen und Kollegen zu dumm, die nicht in der Lage oder willens sind, inmitten aller Widersprüchlichkeiten des Systems vermeintliche Freiheiten erfindungsreich auszumachen und für sich auszunutzen?

Sicherlich sind die Patientenzahlungen für eine ganze Reihe von Zahnersatz-Versorgungsarten auf der einen Seite kaum verändert gegenüber dem Vorjahr. Vereinzelt sind die Eigenanteile sogar geringfügig gesunken. Diese Befunde stehen jedoch in gar keiner Relation zu den drastischen Eigenanteilserhöhungen auf der anderen Seite, auch wenn diese nur einen Teil der praktischen Versorgungsfälle ausmachen. Immerhin wurde uns und unseren Patienten als Folge leichtfertiger Ausgrenzungen aus der Regelversorgung der Zugang zum bewährten kombinierten Zahnersatz massiv erschwert, der bislang rund 20 % der Mittel für Zahnersatz ausmachte. Wer angesichts dessen noch behauptet, mit den Festzuschüssen sei das Versorgungsniveau erhalten worden, spricht wider besseres Wissen.

Die KZBV-Führung steht heute in der Verantwortung für inzwischen grundsätzlich angezweifelte politische Vorgaben der letz-

ten Jahre, deren geistiger Heimatverband derzeit politisch heillos zerstritten und gelähmt ist. Förmlich an der Spitze im Stich gelassen wird heute dieser Führung vorgehalten, dass ein großer Teil der Zahnärzteschaft die ihnen bescherte Freiheit entweder gar nicht umsetzen will oder es wegen des Unvermögens des eigenen Patientengutes auch nicht kann. Sollte zudem jemals die Intransparenz des Systems bewusst ins Kalkül gezogen worden sein, so hat es schlicht gar nichts mit dem Verrat hehrer standespolitischer Ziele zu tun, wenn der DAZ dieses öffentlich rügt. Hier geht es nämlich ausschließlich um den Minimalanspruch an das Selbstverständnis unseres Berufsstandes, dessen Mitglieder nur dann die ihnen zustehende Glaubwürdigkeit erzielen, wenn sie der Öffentlichkeit mit klaren Angeboten und nachvollziehbarer Honorargestaltung gegenüber treten.

Dieses Forum zeugt vom Unwillen an der zahnärztlichen Basis. Unwillen über die Selbstherrlichkeiten viel zu vieler Standespolitiker und Unwillen über eine gleichzeitig basisferne Standespolitik. Aber das Forum will auch Alternativen aufzeigen und Verbesserungsvorschläge machen und sich somit konstruktiv und positiv an der Lösung der Probleme beteiligen. Nicht um Opposition um der Opposition willen geht es, sondern um das notwendige Gegengewicht zu allzu kritikresistenter und selbstverliebter Attitüde mancher Verantwortlicher.

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss jetzt Gelegenheit erhalten, die größten Probleme zu erkennen und die krasssten Strukturmängel des Festzuschuss-Systems baldmöglichst zu korrigieren. Besonders die KZBV-Führung ist hier in der Pflicht, entsprechende Vorschläge einzubringen und auf eilige Umsetzung auf allen Seiten zu drängen.

Nicht zulassen dürften wir allerdings die Folgen der zunehmenden Verdrossenheit der zahnärztlichen Basis und der Patienten, sollte es nicht in absehbarer Zeit zu Vereinfachungen der Zahnersatzplanung und zur Erhöhung der Abrechnungstransparenz kommen. Nichts müssten wir dann mehr bekämpfen als einen weiteren Wildwuchs egoistischer Honorargestaltung, der die Bedürfnisse unserer Patienten und die Interessen der Allgemeinheit aus dem Auge verliert.

Dr. Eberhard Riedel
DAZ-Vorsitzender

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

Am 30.04.2005 luden die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin und der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde zu ihrer traditionellen Frühjahrstagung nach Frankfurt ein. Den Nachmittag bestritt der Praktiker Dr. Winfried Zeppenfeld mit einer Fortbildungsveranstaltung zur modernen Komposit-Therapie. An über Jahre hinweg dokumentierten Fallbeispielen zeigte er auf, welche Erfolge das Material nicht nur beim Füllen von Kavitäten sondern bei zahlreichen anderen Indikationen ermöglicht. Deutlich wurde allerdings auch, dass der Aufwand oft beträchtlich ist und sich kaum mit BEMA-Positionen abdecken lässt. Sie finden eine Darstellung eines Teilaspektes – Schienung von Zähnen mittels Komposit – bei den Fachbeiträgen auf Seite 34. Den Start der Frühjahrstagung bildete der gesundheitspolitische Vormittag mit Dr. Ellis Huber, über den wir im Nachfolgenden informieren.

Pressemitteilung

Kommt die nächste Gesundheitsreform von „unten“

Zahnärzte aus DAZ und VDZM diskutierten Projekte der Integrierten Versorgung mit Securvita-Chef Dr. Ellis Huber

Bonn/Köln, 04.05.2005 - Modelle der integrierten Versorgung und die Möglichkeiten lokaler Zusammenschlüsse zur Realisierung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung waren Thema auf der diesjährigen Frühjahrstagung der Zahnärzterverbände DAZ und VDZM in Frankfurt/Main.

Zum Auftakt der Tagung analysierte der ehemalige Präsident der Berliner Ärztekammer und heutige Vorsitzende der Betriebskrankenkasse Securvita, Dr. Ellis Huber, die Krise des deutschen Gesundheitswesens. Im Zuge härter werdender gesellschaftlicher Verteilungskämpfe degeneriert das Gesundheitswesen zum Spielball mächtiger Interessengruppen. Das Ziel, Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, wird zweitrangig. An die erste Stelle rückt das Geschäft mit der Krankheit, wobei die kranken Menschen und die ernsthaft engagierten Ärzte, Pflegekräfte usw. die Benachteiligten sind.

Abhilfe erwartet Huber, der in früheren Jahren immer wieder durch grundsätzliche Kritik und spektakuläre Vorschläge von sich reden machte, weniger von großen politischen Reformen sondern von kleinen

lokalen Modellen, innerhalb derer effiziente Formen der Kooperation der verschiedenen Akteure und eine neue „Kultur des Heilens“ entwickelt werden können. Basis solcher Zusammenschlüsse ist ein Katalog ethisch fundierter Grundsätze und die Zusage bedarfsentsprechender qualitätsgesicherter Behandlung. Die Honorierung der von den Beteiligten erbrachten Leistungen kann abweichend von den sonst geltenden, in erster Linie mengenorientierten Honorarsystemen stärker aufwands- und qualitätsbezogen gestaltet werden. Zugleich kann in den selbst organisierten Versorgungsmodellen ganzheitlich und interdisziplinär vorgegangen und die Dominanz von Pillen und Apparaten durch Methodenvielfalt ersetzt werden. Insbesondere gilt es, Verfahren zur Stärkung der Selbstheilungskräfte und die heilenden Potentiale zwischenmenschlicher Beziehungen – gerade auch der Arzt-Patient-Beziehung – zu nutzen und entsprechend aufzuwerten. Lange Jahre konnte man von solchen Modellen nur träumen, aber inzwischen haben sie in §140 SGBV über Integrative Versorgung eine gesetzliche Grundlage.

DAZ und VDZM beurteilen freiwillige Qualitätssicherungs-Anstrengungen der Beteiligten als effektiver als bürokratische

Kontrollen von außen. Die Verpflichtung auf gemeinsame ethische Grundsätze, Solidarität und Verantwortungsgefühl innerhalb überschaubarer Gruppen und ein qualitätsorientiertes Honorarverteilungssystem bieten die Chance, die galoppierende Kommerzialisierung der Medizin zu stoppen.

Im In- und Ausland gibt es im ärztlichen Bereich bereits viele integrierte Versorgungsangebote unterschiedlicher Art. Der DAZ hat ein „Projekt Qualitätssicherung“ initiiert, das den Patienten in den Mittelpunkt des Geschehens rückt und viele Elemente der von Ellis Huber beschriebenen integrierten Versorgung enthält: Transparenz, Vertrauen und eigenständige Organisation.

Auch wenn viele Zahnärzte der Integrationsidee skeptisch gegenüber stehen, will man sich in DAZ und VDZM weiter damit beschäftigen. Denn die ständigen Krisen des schwerfälligen Tankers Gesundheitswesens, in dem immer mehr Regelwerke die Probleme weniger lösen als verschärfen, drängen zur Suche nach Alternativen. Überschaubare sich selbst steuernde integrierte Versorgungseinheiten könnten eine solche Alternative sein.

Dr. Kristina Schwigon, VDZM-Vorsitzender
Dr. Eberhard Riedel, DAZ-Vorsitzender

Systementwicklung statt Kostendämpfung

Ellis Huber wirbt für Integrierte Versorgungsstrukturen

Dr. Ellis Huber, lange Jahre Berliner Ärztekammerpräsident, inzwischen Chef der Securvita Betriebskrankenkasse, hat offenkundig nichts von seinem früheren Reform-Elan eingebüßt, sucht jedoch inzwischen neue Wege zum Ziel. Ausgehend von einer Beschreibung des seiner Meinung nach desolaten Zustandes des deut-

schen Gesundheitswesens mit mangelhafter Qualität bei sehr hohen Kosten und einer demotivierenden, unproduktiven Bürokratie, plädierte er bei der DAZ-VDZM-Tagung für eine grundsätzliche Veränderung des ganzen Systems.

Zur Erläuterung seiner Vorstellungen

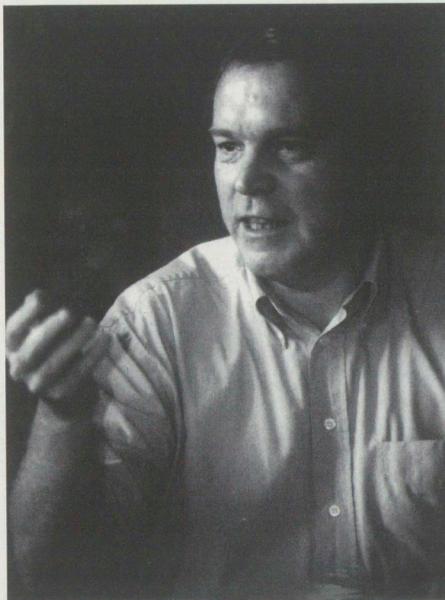
nahm er Bezug auf Entwicklungen im Wirtschaftsleben der postindustriellen Informationsgesellschaft: Von der Vorstellung eines Räderwerkes geht man über zu der eines Netzwerkes, von der Funktionsgliederung zur Prozesssteuerung. Begriffe wie „lernende Organisation“, „atmende Fabrik“ oder „lean Management“

wurden vorgestellt als etabliert im modernen Wirtschaftsdenken, wo Formalitäten nur noch in soweit einen Platz haben, als sie Leistung und Ergebnisse direkt fördern. Auf das Gesundheitssystem übertragen ergibt sich aus seiner Sicht automatisch die Forderung nach kleineren, für den Einzelnen überschaubaren integrierten selbstregulierenden Strukturen. In solchen Strukturen arbeitende Menschen erleben über ein „Wir-Gefühl“ bessere Kommunikation und mehr Sinnerfüllung eine Effektivitätssteigerung.

Gesundheitliche Wertschöpfung ist für Huber eine Beziehungsleistung zwischen Arzt und Patient unter Einbeziehung ihres Umfeldes. Diese Beziehungsleistung setzt eine Grundhaltung mit Wertorientierung und ganzheitlichem, „salutogenem“ Denken voraus. Dagegen sind die Verfolgung von Partikular- und Profitinteressen, Überregulierung und Konzentration auf die Krankheit die Grundhaltungen, die zur Zeit unser Gesundheitssystem dominieren und den Primärprozess Gesundheit hemmen.

Huber fordert die Integration von Versicherung und Versorgung, von Indikationsentscheidung und ökonomischer Verantwortung. Gemeinsam verantwortete Managementgesellschaften von Dienstleistern und Kostenträgern können Prozesse und Ressourcen so steuern, dass die echten Bedürfnisse der Patienten zum Zuge kommen und die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und der Miteinsatz optimiert werden. Auch der bei Kassen und budgetierten Ärzten verbreiteten Angst vor den großen Morbiditätsrisiken ließe sich durch bessere Kommunikation unter Einbeziehung der Patienten begegnen (nicht die maximale Medizin ist immer die beste Medizin).

MediX in Zürich arbeitet seit ca. 10 Jahren als lokaler Managed-Care-Provider und spart verglichen mit konventionellen Kommunitäten 10-30% Kosten ein. Solche integrierten Systeme können als „Versorgungsmarken“ auftreten und so eigenes Vertrauen erwerben. Grundlage sind Leistungsversprechen, deren Einhaltung durch die Patienten überprüft wird. Nichteinhaltung soll von den betroffenen Patienten bemängelt und rückgemeldet werden. Die Leistungsversprechen beziehen sich auf bedürfnisgerechte und individuelle Behandlung, Respekt vor der Persönlichkeit des Patienten mit Körper, Seele, sozialen Beziehungen und seiner Spiritualität, Förderung von Selbstheilungskräften, Erhalt von



Selbstständigkeit sowie Kosten- und Erlöstransparenz. Ziel ist eine biopsychosoziale Medizin in integrierten Versorgungsstrukturen, die allen Beteiligten möglichst viel Autonomie gewährt. Rechtliche Grundlage ist seit dem GMG 2003 der novellierte § 140 SGB V.

„Beitrag zum Schiller-Jahr“, so der spontane Kommentar eines Teilnehmers nach Dr. Hubers Referat. Will sagen: viel Idealismus, viel Sturm und Drang - und ganz schön fern der Realität. Zwar gibt es in Deutschland bereits Modelle der Integrierten Versorgung (IV). Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) listet z.B. nach einer Umfrage Ende August 2004 50 Projekte aus unterschiedlichen Bundesländern und mit unterschiedlichen Krankenkassen als Partnern auf. Ausnahmslos betreffen sie spezielle Krankheitsbilder bzw. Teilaspekte der Versorgung (z.B. Endoprothetik Hüfte / Knie, Gefäßmedizin, ambulantes Operieren usw.). Im April 2005 sprach Gesundheitsministerin Schmidt von über 600 abgeschlossenen IV-Verträgen. Auch diese werden wahrscheinlich zum größeren Teil auf spezielle Versorgungsnotwendigkeiten abzielen. Demgegenüber wäre es, wenn man wie Ellis Huber durch Integrationsmodelle das Gesundheitswesen insgesamt reformieren und zu bedarfsgerechten, patientenfreundlichen und dennoch sparsamen Angeboten kommen will, nötig, die „Normal-Versorgung“ und nicht nur die Therapie weniger Krankheitsbilder in dieser Form zu organisieren. Man bräuchte echte, alle Fachrichtungen und Einrichtungen (ambulant, stationär usw.) umfassende Integrierte Versorgungs-

einheiten, wahrscheinlich jeweils begrenzt auf einen überschaubaren räumlichen Bereich.

Die heute schon realisierten IV-Modelle werfen allerdings die Frage auf, ob mit ihnen der Weg überhaupt in die von Huber angestrebte Richtung geht. Denn die Motive der bisherigen Projekt-Initiatoren und -Teilnehmer sind recht bunt, und längst nicht alle Beteiligten könnten sich ehrlicherweise auf den Katalog von Zusagen verpflichten, die in Hubers Modell die - unabdingbare - Vertrauensgrundlage bilden. Die Orientierung einer Vertragskonstruktion an § 140 SGBV allein garantiert jedenfalls noch nicht, dass ein IV-Projekt im Interesse der Patienten und des Gesamtsystems bedarfsgerecht, qualitätsorientiert und ressourcenschonend arbeitet.

Zweifellos sieht auch Dr. Huber, dass die von ihm beschworenen Änderungen, wenn überhaupt, erst in sehr zarten Ansätzen zu erkennen sind. Seine Beispiele bezieht er eher aus dem Ausland oder aus anderen gesellschaftlichen Bereichen, und was er zu einer Gesundheitsrevolution von unten sagt, beschreibt eher Visionen als Realitäten. „Es braucht Mut, bestimmte Grenzen zu überschreiten“, so sein Plädoyer am Schluss. Der DAZ-Vorsitzende Dr. Riedel pflichtete ihm bei: „Wir kommen nicht herum, mutig Dinge auszuprobieren.“ Und wie sich in Dr. Riedels anschließendem Vortrag zur Weiterentwicklung des DAZ-eigenen Projektes Qualitätssicherung zeigte, kann das durchaus Spaß machen und bei der Arbeit beflügeln. Gerade angesichts der immer stärkeren Bürokratisierung des ärztlichen Alltags bieten selbst organisierte Aktivitäten in Fortbildungsgruppen, Qualitätszirkeln, lokalen Netzen und Gesundheitskonferenzen die Möglichkeit, sich gemeinsam auf die eigentlichen Ziele und Inhalte der Arbeit zu besinnen und die eigenen Handlungsspielräume zu erweitern. Allerdings sollten diese Selbstorganisationsprojekte nicht still und bescheiden in einer Nischenexistenz verharren, sondern selbstbewusst als Avantgarde auftreten. Nur so gibt es eine Chance, nach oben zur Veränderung des ganzen Systems zu wirken.

Die Literaturliste kann bei der DAZ-Redaktion angefordert werden.

Dr. Celina Schätze
Irmgard Berger-Orsag

Bad Reichenhaller

Schmeckt natürlich

*Vertrauen Sie auf die natürliche Reinheit
unserer Alpenquellsole.*



natürlich rein - natürlich gesund

Von Transparenz weiter entfernt als je? Noch sind die Festzuschüsse kein Erfolgsmodell!

Die ersten 100, inzwischen 150 Tage Festzuschüsse sind vorbei. KZBV-Vorsitzender Fedderwitz zieht eine uneingeschränkt positive Bilanz. In diesem DAZ-Forum, dem ersten nach Einführung der Festzuschüsse, werden wir uns ebenfalls um eine Bewertung der neuen Situation bemühen und sie aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchten. Dabei werden wir fragen, ob die angekündigten Verbesserungen - ein einfacheres, klareres System; mehr Transparenz für den Patienten, mehr Wahlmöglichkeiten, Anschluss an den medizinischen Fortschritt, mehr Gerechtigkeit usw. - tatsächlich eingetreten sind.

Als erste haben die Zahntechniker Alarm geschlagen - lautstark, mit Argumenten und Zahlen. Sie registrierten am Jahresanfang Umsatzrückgänge um 50-60 % - dergleichen wäre für jede Branche dramatisch. Die Sorge der Techniker: es geht bei diesen Rückgängen nicht nur um Übergangsschwierigkeiten, sondern um Folgen der einschränkenden Richtlinien, die mit den Festzuschüssen in Kraft getreten sind. Für Außenstehende kaum nachvollziehbar, verändern sie die Voraussetzungen, unter denen bestimmte Leistungen als Regelleistungen eingestuft werden. Was angesichts dieser Situation zu tun ist, erörterte Dr. Riedel mit dem Generalsekretär des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI).

Bei den Zahnärzten waren die Umsatzrückgänge nach unseren Beobachtungen nicht so krass. Schließlich ist Zahnersatz für sie ja auch nur einer von mehreren Leistungsbereichen. Was sich bisher verändert hat, wird innerhalb unseres Verbandes unterschiedlich beurteilt. Allerdings überwiegen besorgte Stimmen. „So wenig ZE habe ich seit meiner Praxisgründung vor 25 Jahren noch nie gemacht“, schrieb uns z.B. eine Münchner Zahnärztin. Verschiedene Praxisinhaber wiesen auf die Einschränkungen durch die neuen Richtlinien hin. Stellvertretend drücken wir ab, was uns drei niedergelassene Zahnärzte zu der neuen Situation geschrieben haben.

Die Systemumstellung hat klar erkennbar Auswirkungen auf die Patienten. Also versuchten wir, die Bundesbeauftragte für Patientenbelange zu befragen, die im Berliner Gesundheitsministerium angesiedelte SPD-Abgeordnete Helga Kühn-Mengel. Jedoch scheinen unzufriedene und verunsicherte Patienten nicht vorrangig in Berlin anrufen. Der Patientenbeauftragten und ihrem Stab liegen noch nicht viele Erfahrungen zum Festzuschuss-System vor.

Anders auf lokaler Ebene. Wie Sie vielleicht wissen, gibt es verstreut über die Republik in einigen großen Städten unabhängige

Patientenstellen sowie Beratung zu gesundheitlichen Themen durch Verbraucherorganisationen. Sie sind auf Bundesebene zusammengeschlossen und inzwischen auch - allerdings ohne Stimmrecht - an den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesauschusses beteiligt. Seit jeher haben diese Beratungsstellen häufig mit dem Thema Zähne zu tun. Nach dem Festzuschuss-Start stieg die Zahl diesbezüglicher Anfragen. An einigen Orten wurden Hotlines eingerichtet und Sonder-Info-Veranstaltungen über die Neuregelungen beim Zahnersatz angeboten. Das erste Fazit der Patientenberater lautet: die Verunsicherung ist groß. Entgegen andersartiger Behauptungen ist das neue System für Patienten nicht einfacher und nicht durchschaubarer. Zugleich zeichnet sich ab, dass die Kostenanteile der Patienten wachsen. Lesen Sie, was von Judith Storf und Adelheid Schulte-Bocholt zusammengefasst wurde.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollte das allgemeine Versorgungs- bzw. Zuschuss-Niveau im Bereich Zahnersatz erhalten bleiben. Haben die Vertragspartner diese Vorgabe korrekt umgesetzt? Bei gravierenden Eingriffen in unser Versorgungssystem ist zu fordern, dass Begleitforschung stattfindet, dass die Folgen der Veränderung untersucht werden, insbesondere die Folgen für weniger finanzkräftige Versicherte.

Nach den ersten 150 Tagen kann noch keiner der Beteiligten repräsentative Daten und endgültige Bewertungen präsentieren. Aber wir sammeln Problemfälle und Vorschläge für evt. Nachbesserungen und werden aufmerksam verfolgen, was die Selbstverwaltungspartner zur Überprüfung und Verbesserung des Systems unternehmen. Vor allem engagieren wir uns - und dies schon jetzt - dafür, dass die Öffentlichkeit korrekt über die Neuerungen informiert wird und dass der einzelne Patient alle relevanten Informationen über die medizinische und finanzielle Seite seiner Behandlung erhält. Denn wenn schon zahlreiche Reformversprechen nicht eintreffen, die Kassenbeiträge nicht runter- sondern raufgehen, die Zuzahlungen in allen möglichen Bereichen steigen, die Wahlfreiheit sich für viele - mangels Finanzkraft - keineswegs erhöht, dann sollte doch wenigstens eine der vollmundigen Ankündigungen Wirklichkeit werden: das Versprechen vollständiger Transparenz über Leistungen, Preise, Alternativen.

Hier sind die Politik, die KZBV, die Kassen und auch die einzelnen Zahnärzte gefordert. Sorgen Sie für korrekte Information des Patienten. Sorgen Sie für Transparenz!

Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin

Pressemitteilung Neues Zuschuss-System verteuert Zahnersatz für Kassenpatienten

Bonn/Köln, den 04.05.2005 - Grundlegende Korrekturen an der Ausgestaltung und Handhabung des seit Januar geltenden Festzuschuss-Systems für Zahnersatz forderten die Zahnärzterverbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) auf ihrer diesjährigen Frühjahrstagung in Frankfurt/Main.

Bei der letzten Gesundheitsreform wurde die Umstellung des bisherigen prozentualen und an der gewählten Therapie orientierten Zuschuss-Systems für Zahnkronen, Brücken und Prothesen auf ein befundbezogenes Festzuschuss-System beschlossen. Die zu Fortbildung und Erfahrungsaustausch zusammengekommenen DAZ- und VDZM-Zahnärzte stellten nach den Erfahrungen der ersten vier Monate mit dem neuen System fest:

- Das System in der derzeitigen Form ist viel zu kompliziert und selbst vorgebildeten Personen kaum verständlich zu machen. Insofern erhöht es nicht - wie politisch erhofft - die Transparenz, sondern es macht sie zunichte. Zugleich kostet es durch den bürokratischen und den Erklärungsaufwand Arbeitszeit, die für medizinische Aufgaben fehlt.
- Obwohl es politische Vorgabe und Zusage der Vertragspartner war, dass den Versicherten Leistungsspektrum und Zuschusshöhen erhalten bleiben, bewirkt die neue Regelung über einschränkende Richtlinien eine Reihe von Leistungsausschlüssen bzw. die Absenkung des Zuschusses und Erhöhung der Kosten für den Patienten (so z.B. bei den meisten Teleskopversorgungen und bei festsitzendem Zahnersatz, wenn der Gegenkiefer Lücken oder herausnehmbaren Zahnersatz aufweist).
- Eine größere Zahl an Patienten ist neuerdings konfrontiert mit Therapieanschlägen, die sog. „gleichartige“ oder „andersartige“ Leistungen enthalten. Die Kompliziertheit des Systems begünstigt eine manipulative Darstellung der Möglichkeiten. Hat sich der Patient einmal für Leistungen außerhalb des Regelkataloges entschieden, wird nach der privaten Gebührenordnung GOZ - mit variablem Steigerungsfaktor! - abgerechnet. So übersteigt der Eigenanteil des Patienten oft erheblich die 50% oder 35% des Gesamtbetrages, die bis Ende letzten Jahres zu zahlen waren, und umfasst schnell 70% oder 80% der Gesamtrechnung - für viele Versicherte ein regelrechter Schock. Die von allen Seiten propagierte Teilhabe der Bevölkerung am zahnmedizinischen Fortschritt wird durch dieses System

nicht gefördert, sondern empfindlich erschwert.

Nach Auffassung von DAZ und VDZM ist der krasse Nachfragerückgang bzgl. Zahnersatz, der zum Wegbleiben von Patienten aus den Praxen und zu eklatanten Umsatzrückgängen bei den zahntechnischen Labors (im Februar bis zu 60%) geführt hat, nicht nur ein Übergangsproblem. Angesichts hoher Arbeitslosigkeit und geringer Einkommen in vielen Familien führt eine wesentliche Verteuerung von Zahnersatz auch längerfristig zum Unterlassen notwendiger Behandlungen, insgesamt also zu einem Absinken des Versorgungsniveaus in den weniger betuchten Schichten.

Wenn es hier um eine politisch gewollte Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung geht, dann – so forderten es die in Frankfurt versammelten Zahnärzte – sollen die dafür Verantwortlichen dies ehrlich gegenüber der Bevölkerung zugeben. Auch die Vertreter der Zahnärzte sollten nicht das System schönreden, sondern ungeschminkt dazu stehen, dass sie über die Ausweitung von Privatleistungen höhere Honorare erzielen wollen. Ehrlichkeit ist unabdingbar, sonst verlieren die Menschen auch noch den letzten Rest von Vertrauen. Schlimm genug ist schon, dass ihnen Beitragssenkungen versprochen, stattdessen aber vielfach schon jetzt Erhöhungen zugemutet wurden und noch weitere bevorstehen, nicht zuletzt in Form des Sonderbeitrags von 0,9%, den sie ab Juli 2005 zahlen müssen und der wegen der Aufgabe der Parität zwischen Arbeitnehmer

und Arbeitgeber einer Beitragserhöhung um 0,45 Prozentpunkte entspricht.

Zur Verbesserung des Festzuschuss-Systems erhoben die Tagungsteilnehmer 3 Forderungen:

1. Das System muss drastisch vereinfacht werden durch die Reduzierung auf eine Zweiteilung in Regelleistungen und Nicht-Regelleistungen, mit der ebenfalls die Wahlfreiheit des Patienten realisiert wird. Drei parallel laufende Leistungsarten (Regelversorgung, gleichartige und andersartige Versorgung) führen zu einem letztlich unbeherrschbaren Regelungsdickicht.
2. Die über Richtlinienänderungen quasi klammheimlich vorgenommene Ausgrenzung von verschiedenen Zahnersatzlösungen aus dem Katalog der Regelversorgungen muss zurückgenommen werden. Hierzu gab es keinen politischen Auftrag, und die längerfristige Sparwirkung des Verzichts auf bewährte langlebige Versorgungsformen ist ohnehin fragwürdig.
3. Als letztes wurde die Verbesserung der Transparenz gefordert. Das beginnt mit der Aufklärung über Leistungen und Kosten beim Zahnarzt, der Anregung, eine Zweitmeinung einzuholen, dem Bekanntmachen und der Erweiterung der Beratungsangebote, insbesondere der unabhängigen Patientenberatung. Hinzu kommen müssen Begutachtungsmöglichkeiten – auch schon im Planungsstadium und

auf jeden Fall auch unter Einschluss der Privatleistungen. Ebenso hat der Patient Anspruch auf detaillierte Angaben (Leistung, Steigerungsfaktor, Einzelpreis) zu den geplanten Privatleistungen. Mit nur einer Zahl als Gesamtsumme im Heil- und Kostenplan ist der Transparenz nicht Genüge getan. Die Planungsunterlagen und die Rechnung kann der Patient vorlegen, wenn er will – auch seiner Kasse. Im übrigen soll dem Patienten vermittelt werden, dass es beim Abweichen von der Regelleistung und Übergang zur privaten Gebührenordnung keine starren Preise mehr gibt. Das heißt, der gewählte Steigerungsfaktor ist keine Vorgabe von oben, sondern verhandelbar. Das gleiche gilt für die Laborleistungen, die ebenfalls zunehmend nach dem privaten Verzeichnis BEB berechnet werden.

DAZ und VDZM beendeten ihre Frankfurter Beratungen mit dem dringlichen Appell an die Vertragspartner, zügig an die Überarbeitung des Konzeptes zu gehen und Mängel in der Umsetzung umgehend zu beseitigen. Schließlich gehe es um wichtige Ziele: den Erhalt und die Verbesserung der oralen Gesundheit der Bevölkerung sowie um das Vertrauen der Menschen in unser gesundheitliches Versorgungssystem im allgemeinen und in die Zahnärzte im besonderen.

Dr. Kristina Schwigon, Vorsitzende der VDZM / Dr. Eberhard Riedel, Vorsitzender des DAZ

Zahntechniker schlagen Alarm

VDZI fordert Überarbeitung des Festzuschuss-Systems und Rücknahme der von der KZBV durchgesetzten „scheibchenweisen“ Leistungsausgrenzungen

Vor dem Hintergrund dramatischer Umsatzeinbrüche in den bundesdeutschen zahntechnischen Labors im 1. Quartal 2005 beantwortete am 14. April der Generalsekretär des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI), Walter Winkler, die Fragen der Forum-Redaktion. Heraus kamen grundlegende Kritik des VDZI an der Ausgestaltung des Festzuschuss-Systems und die Forderung nach sofortiger Feinjustierung verschiedener Regelungsaspekte.

Forum: Wie schätzen Sie die derzeitige Lage der zahntechnischen Betriebe ein: Gibt es als Ergebnis der Neustrukturierung der Zahnersatzbezuschung eine echte Bedrohung Ihres Berufsstandes und die reale Gefahr von Insolvenzen in großem Ausmaß?

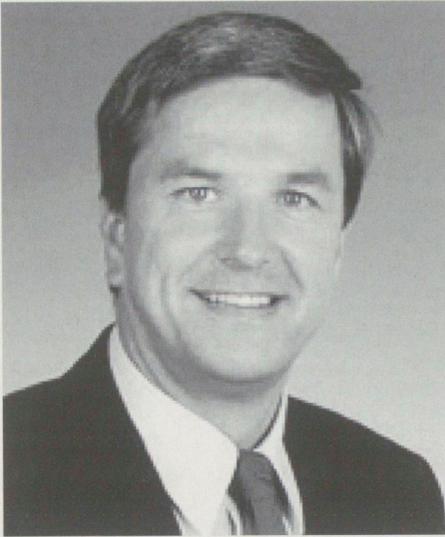
Winkler: Die Betriebe leiden akut unter einem nun seit fast vier Monaten anhaltenden massiven Auftragsrückgang. Das kann mit Entlassungen qualifizierter Mitarbeiter nur zum Teil aufgefangen werden. Es gilt schließlich auch, die Leistungsträger bei den Mitarbeitern zu halten. Sie repräsentieren das Wissen und die breite Erfahrung für alle Lösungen. Sie sind unverzichtbares Betriebskapital des erfolgreichen Unternehmens. Auftragschwäche ist unmittel-

bar mit fehlender Liquidität verbunden, um die Kosten zu decken und langfristige Verbindlichkeiten zu bedienen. Das ist das drängendste Problem der unverschuldet in die Krise geratenen Betriebe. Preisabsenkungen der Vergangenheit haben zu einer Ertragsschwäche geführt. Daher ist die Eigenkapitaldecke für eine so lange Durststrecke zu dünn. Die Banken sind restriktiv gegenüber dem Mittelstand. Das gefährdet nach unseren Schätzungen nach wie vor 6.000 bis 10.000 Arbeitsplätze, wenn nicht bald das System angenommen wird.

Forum: Welche konkreten Klagen und Probleme sind Ihnen aus Ihren Mitgliedsbetrieben gemeldet worden?

Winkler: Es zeigt sich, dass aufgrund

der Komplexität und Widersprüchlichkeit in Bezug auf den konkreten Patientenfall viele der Regelungen weder vom Zahnarzt noch vom Labor verstanden werden und damit nicht praxistauglich sind. Das System ist da, nun muss es nach Ansicht des VDZI schnell funktionsfähig gemacht werden, indem man auf Praxismängel schnell reagiert. Wir setzen uns nun seit vielen Monaten dafür ein, die Probleme in den Entscheidungsgremien einer schnellen und unkonventionellen Lösung zuzuführen, ohne Patienten durch weitere Nachrichten zu verunsichern. Aber der VDZI kann hier – im verantwortlichen Gemeinsamen Bundesausschuss – weder einen Antrag stellen, noch ist er bei den Entscheidungen selbst stimmberechtigt. Die großen Akteure zeigen sich erstaunlich hilflos. Ich halte dies



für eine unverantwortliche Provokation der Macht zu Lasten derjenigen, die das gegenüber dem Patienten jeden Tag in die Praxis umsetzen und vertreten müssen.

Druck hat der VDZI gemacht, nachdem seine Umfragen die schleppende Genehmigungspraxis mit klaren statistischen Daten belegt hatten. Der Zeitaufwand der Prüfung ist schon wegen der systematisch und fachlich komplexeren Prüfinhalte deutlich gestiegen. Das ist systembedingt, dafür müssen aber auch die Krankenkassen die notwendigen Kapazitäten bereitstellen. In zahllosen Gesprächen mit Krankenkassen, dem Ministerium und der Politik konnte eine Sensibilität für dieses Thema erreicht werden. Wir gehen davon aus, dass dieses Problem deutlich in den Hintergrund tritt.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses enthält das Versprechen, die Befunde und Festzuschüsse zu prüfen. Das kann nicht mehr länger auf sich warten lassen. Die Probleme der Befundstruktur und der vielen Sonderregelungen sind offenkundig, sie müssen schnell diskutiert werden. Der Bundesausschuss muss daher schnell die Befunde auf Ungereimtheiten untersuchen und anhand der bisherigen Erfahrungen in neue Beschlüsse umsetzen. Dies gilt auch für die Höhe der Festzuschüsse.

Forum: Welche Defizite sehen Sie bei der Ausgestaltung der Festzuschüsse?

Winkler: Zum einen geht es um die Höhe der Festzuschüsse. Auf Vorschlag der Zahnärzte hat man ein statistisches Frequenzmodell statt eines konkreten Zuordnungsmodells für die Zuordnung der Einzelleistungen und für deren Bewertung gewählt. Dies heißt konkret, dass es mathematisch nur rein zufällig zu einem 50%-Niveau im Vergleich zum Vorjahr bei einer vergleichbaren Versorgung kommt. Wegen der Berechnungsweise des bundeseinheitlichen Zuschusses auf der Basis der Honorare und Preise aller Länder ist in den alten Bundesländern die Zuzahlung gestiegen – ohne Preisänderung wohlgemerkt. Das schafft Irritationen beim Patienten und widerspricht seinen Erwartungen.

Zur Systematik der Festzuschüsse: Es ist klar, dass die 11 Befunde, die Neuanfertigungen betreffen, keineswegs die individuelle Verschiedenheit des tatsächlichen medizinischen Befundes abbilden können. Die Zahnärzte, die dieses System anwenden müssen, stehen vor dem konkreten medizinischen Bedarf des Patienten und müssen sich in Befundzuordnungen und Kombinationsübungen verlieren, die nicht abschließend gesichert, interpretationsunfähig sind und daher zu einer uneinheitlichen Anwendung führen. Man hat oben Transparenz versprochen und unten kommt Beliebigkeit in vielen Fällen an. Dies alles schafft gänzlich unverständliche individuelle Zuzahlungsverhältnisse, selbst beim gleichen „Festzuschuss-Befund“. Auch das schafft Irritationen beim Patienten und widerspricht seinen Erwartungen.

Es sind aber nicht nur die Festzuschüsse selbst, die in ihrer Struktur oder Höhe Probleme bereiten. Es sind auch die einschränkenden Vorlauftexte der Richtlinien, in denen sich der objektive Versuch der KZBV ausdrückt, durch eine immer enger werdende Indikationsbreite die Kombinationsversorgungen und Brückenversorgungen scheinbarweise aus dem Leistungsanspruch des Versicherten zu entfernen. Was heute an solchen Einschränkungen in den allgemeinen Texten und in den Befunddefinitionen enthalten ist, ist ja nur ein Kompromiss zwischen Kassen und KZBV. Tatsächlich will die KZBV die weitgehende Ausgrenzung, sei es als konkrete Leistung im alten System oder durch eine finanzielle Diskriminierung, indem man nur noch einen Zuschuss auf der Basis einer Klammerversorgung gewährt. Die Methoden sind anders im Festzuschuss-System, das Ziel aber bleibt gleich. Wer die massiven ausgrenzenden Eingriffe in die Kombinationsversorgung in den Festzuschuss-Richtlinien als Wegsteuern einer Fehlversorgung bezeichnet, wie dies Herr Dr. Fedderwitz vor dem Ausschuss des deutschen Bundestages im März getan hat, verliert nicht nur an politischer Glaubwürdigkeit; schließlich hat die KZBV die Zahnersatz-Richtlinien der Vergangenheit mitgestaltet. Er ignoriert auch die medizinischen und gesundheitspolitischen Erfolge seiner Kollegen, die mit dieser Versorgungsart viel für die Erhaltung des Restzahnbestandes getan haben.

Was die Akzeptanz des Patienten betrifft: Dieser erwartet die Erstattung von 50 % seiner Kosten. Man hat ihm durch die Jahrzehnte versprochen, dass er durch die Vorsorge durch die Bonusregelung mehr Zuschüsse – bis zu 65 % – erhält. Dies ist bei der Regelversorgung allenfalls durch statistische Zufälligkeit der Fälle, vor allem deshalb, weil die typischen Fälle Befundkombinationen sind. Das ist für ihn undurchsichtig, nicht nachvollziehbar und schafft Argwohn. Da kann man noch viel über das neue System erklären. Etwas anderes empfindet der Patient ungerecht, und das wird noch lange andauern. Das schlägt auf die Zahnärzte und Labors zurück. Denn Zuzahlungserhöhungen, obwohl sie auf Betreiben der KZBV durch Zuschussenkung verursacht sind, werden

als Kostenerhöhungen dem Zahnarzt und dem Labor angelastet, obwohl beispielsweise die Durchschnittspreise in den alten Bundesländern gesunken sind. Das schafft Argwohn und Probleme in der Praxis und führt zu Verteilungskämpfen zwischen Zahnarzt und Labor.

Dies gilt übrigens auch für die so genannte gleichartige Versorgung, die ja in Wahrheit nichts anderes ist als die alte Mehrkostenregelung mit neuem Namen. Der Patient nimmt dies nun anders wahr, weil er durch den Heil- und Kostenplan und die tatsächliche einheitliche Rechnung seinen konkreten Leistungsanspruch in Form von Geld direkt mit den tatsächlichen Kosten seiner individuellen Wahl vergleicht. Das ist zwar ein reines Wahrnehmungsproblem. Es trägt aber auch zur Verunsicherung bei. Gefragt wird, ob der Zuschuss noch in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht. In ihrer Rhetorik einer vermeintlichen Wahlfreiheit, die sich in Wahrheit rechtlich gar nicht erhöht hat, hat die KZBV die ökonomische Realität an der Basis vergessen. Und auch eines kann man wissen: Problemdruck schafft Lösungsdruck. Wer in einem System nicht mit höchster Verantwortung unter Beachtung des Allgemeininteresses für eigene Ziele „liberalisiert“, zwingt die Betroffenen im anderen System zu Gegenreaktionen. Es ist die Eigenlogik der Systeme in der Demokratie, dass die Zahnärzteschaft eine „Bematisierung“ der GOZ zu erwarten hat.

Man kann die Probleme der Festzuschüsse nicht wirklich lösen, man kann sie nur lindern. Der letzte Punkt aber wird auf Dauer bleiben, mit der Gefahr, dass für die Zahnärzteschaft und leider auch für die Labors das Experiment Festzuschuss-System mehr wirtschaftliche Nachteile entfalten wird als die Vorteile, die versprochen wurden. Die wirtschaftliche Realität ist eine andere, als die KZBV sie sich vorstellt.

Es ist nun eine Gemeinschaftsinitiative der gesamten Branche fällig, den Patienten offensiv und selbstbewusst vom besonderen Wert und Nutzen moderner Zahnersatzversorgung zu überzeugen, um das Versorgungsniveau – und damit auch das Einkommensniveau – unter dem Festzuschuss-System zu halten.

Forum: Der VDZI saß in beratender Funktion im Gemeinsamen Bundesausschuss, als die Festzuschüsse ausgehandelt wurden. Was ist im letzten Jahr aus Ihrer Sicht falsch gelaufen?

Winkler: Ja, der VDZI war leider nur selektiv beteiligt, wenn es den Interessen einer Seite gefiel. Falsch gelaufen ist, dass sich der Gemeinsame Ausschuss mit den Kassen zu defensiv gezeigt hat wegen der Unsicherheit über die Kostenwirkungen der Neuregelungen. Er wog wohl Streichungen und Ergänzungen zu kosten- statt versorgungsorientiert gegeneinander ab. Finanzziele bei der Umsetzung der Zuschüsse standen aber nicht im Gesetz.

Die KZBV hat, fixiert auf ihr politisches

Ausstiegsziel, das Instrument der Neuregelung überstrapaziert. Das geht zu Lasten der fachlichen Reputation, wenn man für dieses Ziel die medizinischen Erfolge der bisherigen richtlinienkonformen Versorgungsstrukturen für die Zahngesundheit der Bevölkerung leugnet.

Forum: Welche Vorschläge macht der VDZI, um das Festzuschuss-System nachzubessern? Oder sollte nach Ihrer Einschätzung die Zahnersatzbezuschussung von Grund auf neu konzipiert werden?

Winkler: Die Einschränkungen bei der Brückenversorgung, wie sie etwa durch die Voraussetzungen bei der Gegenbeziehung erfolgt sind, müssen ersatzlos gestrichen werden, und die alten Zahnersatz-Richtlinien müssen wieder gelten. Dies gilt auch für die Anwendungsbreite der Kombinationsversorgungen. Dieser medizinische und politische Skandal muss beendet werden. Niedrige und mittlere Einkommensschichten werden sich bei niedrigem Zuschuss diese Versorgung nicht mehr leisten. Diese finanzieren nun durch Verzicht auf diese Leistungen in Wahrheit diejenigen, die sich nun bei den hohen Kosten der Implantat-

versorgung eines geringen Zuschusses sicher sein können. Verteilungspolitisch ist dies eher fragwürdig.

Der VDZI will ein funktionsfähiges System für Zahnarzt und Labor. Er will, dass die Patienten Vertrauen in die Sozialverträglichkeit des Systems haben. Er will, dass die beiden Berufe zu ihren Leistungen stehen und zu einem Versorgungsniveau, das dem wissenschaftlichen Stand entspricht. Und er will ein modernes Versorgungsniveau für alle Teile der Bevölkerung.

Das Festzuschuss-System in seinem Grundansatz muss nicht geändert werden. Es muss aber an allen Stellen der oben genannten Punkte nachgearbeitet werden. Das ist Feinsteuerung. Wenn dann ein Befund korrigiert oder ein Festzuschuss angepasst werden muss, dient dies der Akzeptanz des Systems und sollte leichter fallen, als das System ständig wegen seiner Mängel in der Diskussion zwischen Zahnarzt und Patient zu halten. Der Zahnarzt muss sich um die Patienten kümmern, statt Dinge zu verteidigen, die nicht verteidigungswürdig sind.

Der VDZI hat schon frühzeitig ein gemeinsames Gremium, quasi ein „Frühwarnsystem“, für offene Interpretationsfragen zu den Befundklassen vorgeschlagen. Darauf ist man im letzten Jahr nicht eingegangen. Nun sollte eine „Clearing-Stelle“ zwischen den Spitzenverbänden und der KZBV offene Fragen ohne Beteiligung des VDZI klären. Erst unsere Interventionen haben es dann ergeben, dass der VDZI nun zu den ersten Gesprächen am 27.4.2005 eingeladen wurde. Angesichts der erheblichen aktuellen Probleme kommt dieser Termin nach unserer Auffassung viel zu spät. Man lässt die Zahnärzte und Labors an der Basis verzweifeln. Von den Versicherten ganz zu schweigen. Wer die Akzeptanz dieses Systems wirklich will, muss schneller und flexibler auf den Erfolg hinarbeiten, und das heißt: aktuell die Probleme lösen.

Der VDZI ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Zahntechniker-Innungen aus ganz Deutschland. Seine ausführliche, für eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages verfasste Stellungnahme zu den Übergangsproblemen und grundsätzlichen Mängeln des Festzuschuss-Systems kann bei der DAZ-Geschäftsstelle oder vom VDZI in Frankfurt (info@vdzi.de) angefordert werden.

Neues System bringt Leistungsausschlüsse durch einschränkende Richtlinien Erfahrungen eines Berliner Zahnarztes

Zum 1. Januar 2005 sind das zweite Mal in Folge einschneidende Veränderungen in der Versorgung mit Zahnersatz im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschlossen worden. Bereits zum 1. Januar 2004 sind uns Zahnärzten und den Patienten wesentliche therapeutische Möglichkeiten genommen worden: So sind seitdem keine Extensionsbrücken nach distal, keine Geschiebe und Monoreduktoren über die gesetzliche Krankenversicherung mehr abrechenbar. Damit ziehen diese durchaus gängigen Versorgungsformen einen erhöhten Eigenanteil oder die private Liquidation nach sich.

Zum 1. Januar 2005 hat sich diese Entwicklung für unsere GKV-Patienten, für uns Zahnärzte und für unsere Zahntechniker noch verschärft. Die Mär, alles bliebe beim Alten, herausgetönt von Bundesgesundheitsministerium, Krankenkassen und Zahnärztervertretern, trifft eben nicht zu. Frau Ulla Schmidt war und ist immer noch der Meinung, lediglich Patienten mit fast schon abnormen Wünschen an ihre Zahnersatzkonstruktion werden mit etwas mehr Zuzahlung rechnen müssen.

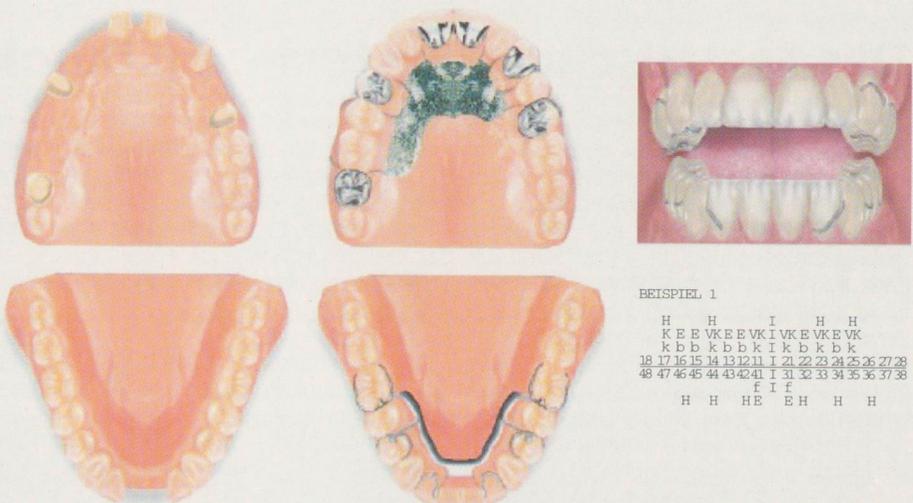
Nachdem alle Beteiligten etliche Wochen benötigten, um sich Klarheit über die neuen Regelungen zu verschaffen, ist im Ergebnis festzustellen: Die Zahnersatzleistungen haben sich gegenüber dem Jahr 2004 im wesentlichen nicht geändert, um so mehr aber ihre Anwendung, eben die Richtlinien, die festlegen, bei welchem

Befund was zu planen ist. Und da gibt es einige Richtlinien, die ich für kritisch und überdenkenswert halte:

Bei der Anfertigung festsitzenden Zahnersatzes gilt: Fehlen mehr als 4 Zähne im Kiefer, ist herausnehmbarer Zahnersatz, sprich ein klammerverankerter Modellguss (MOG), anzufertigen sowie eventuell, bei Überkronungsbedürftigkeit, Schutzkronen. Ist ein Kiefer herausnehmbar versorgt, so ist der Gegenkiefer ebenfalls herausnehmbar zu versorgen. Dazu ein Fall:

Ein 43jähriger Patient hat zur Zeit im Oberkiefer zwei Brücken. Eine von 17 bis 11, wobei 16, 15, 13 und 12 Brückenglieder

sind. Die zweite Brücke von 21 nach 25, wobei 22 und 24 Brückenglieder sind. Beide Brücken müssen erneuert werden. Dem Patienten fehlen also im Oberkiefer 6 Zähne, bleibt als Regelversorgung nur die MOG-Prothese, mit Einzelkronen und Halteelementen bei 17, 14, 11, 21, 23 und 25. Dieser Patient unterliegt der Härtefallregelung und muss nach meinem Kostenvorschlag, wenn er über die Regelversorgung Klammerprothese hinaus gehen will, ca. 650 Euro für seinen festsitzenden Zahnersatz dazuzahlen. Ebenso sind natürlich auch die provisorischen Brückenglieder in der Front selbst zu zahlen. Sollten diesem Patienten auch noch die beiden unteren Schneidezähne fehlen, müsste auch hier



BEISPIEL 1

H	H	I	H	H												
K	E	V	K	E	V	K	E	V	K							
k	b	k	b	k	I	k	b	k	b	k						
18	17	16	15	14	13	12	11	I	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	I	31	32	33	34	35	36	37	38
									f	i	f					
									H	H	H	E	E	H	H	H



BEISPIEL 2

f	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
18	17	16	15	14	13	12	11	I	21	22	23	24	25	26	27	28											
48	47	46	45	44	43	42	41	I	31	32	33	34	35	36	37	38											
wwf		f	wwf																								
K	E	E	K	E	V	K																					
H			H																								

Der neuen Zahnersatzregelung sind aber auch positive Aspekte abzugewinnen. So halte ich die Einteilung in Regelleistungen und alternativ wählbare, privat zu zahlende Therapiemöglichkeiten für sinnvoll. Hiermit besteht die Möglichkeit, den GKV-Patienten den Bereich der Zahnersatzleistungen zu öffnen, die bis jetzt den Verlust jeglichen Zuschusses bedingten. So ist es möglich, die Patienten z.B. mit Maryland-Brücken zu versorgen und dafür einen Kassenzuschuss zu erhalten.

Dennoch wiegen die Vorteile die Nachteile für unsere GKV-Patienten nicht auf und ich hoffe, dass bei einigen Richtlinien noch nicht das letzte Wort gesprochen wurde.

Christian Keil

eine MOG-Prothese mit gegossenen Klammern angefertigt werden.

In einem ähnlich gelagerten Fall fehlen die Zähne 37, 36 und 34, wobei die Zähne 38, 35 und 33 überkronungsbedürftig sind. Wenn der Oberkiefer herausnehmbar gestaltet ist, dann gilt auch hier: MOG-Prothese für das Ersetzen von 3 Zähnen.

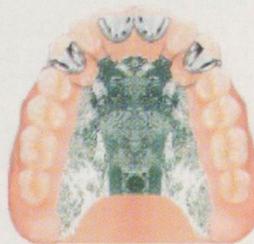
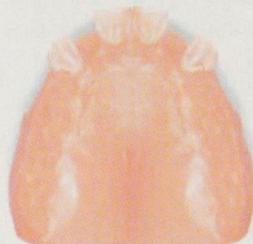
Teleskope können nur im Frontzahnbereich angefertigt werden, es müssen mindestens beidseits die Prämolaren fehlen, und bei einem Restzahnbestand von bis zu 3 Zähnen ist eine Coverdenture-Prothese anzufertigen, d. h. Abdeckung der gesamten Schleimhaut. Meist sind die letzten 3 Zähne auch parodontal vorgeschädigt, da sollte nicht noch eine Abdeckung des Parodontiums durch den Zahnersatz dazukommen. Aus parodontalhygienischer Sicht muss unbedingt die Basis reduziert werden und das ist nur durch einen Modellguß, ggf. mit Rückenschutzplatte, möglich. Also fallen wieder Zusatzkosten für den Patienten an, noch über die ohnehin fällige Eigenbeteiligung bei Regelleistungen hinaus.

Ebenso ist der erste Teil der Regelung, Prämolaren müssen fehlen, mit zusätzlichen Kosten für den Patienten verbunden. Bei mehr als 3 Restzähnen und der Existenz eines Prämolaren sind in der Regelleistung keine Teleskope vorgesehen, d. h. Einzelkronen, Klammern, herausnehmbarer

Zahnersatz gelten als Regelleistung. Teleskope lösen erhebliche Zuzahlungen aus. Dabei halte ich eine Versorgung des Patienten mit einer teleskopierenden Prothese mit 4 oder 5 Teleskopen und einem Modellguß oder teleskopierende Halte- und Stützelemente auf den Prämolaren als erweiterungsfähigen Zahnersatz auch bei parodontal vorgeschädigtem Gebiß durchaus für eine Standardversorgung.

Insgesamt kann ich eine Absenkung des allgemeinen Niveaus der Versorgung mit Zahnersatz feststellen. Das mag ein Geheule auf sehr hohem Niveau sein, es bleibt aber eine Absenkung. Tendenz: Nur das Allernötigste bleibt Kassenleistung bzw. bildet die Grundlage für die Zuschuss-Berechnung. Das andere, auch sehr bewährte Lösungen, kann sich der Patient privat dazu kaufen - zu den Preisen der privaten Gebührenordnung. Gleichzeitig zahlt er für das abgespeckte Kassen-Angebot noch 0,45 % mehr Beitrag.

Die Abbildungen wurden freundlichlicherweise von der Firma IS-Dental mit der Software „Assistent Prothetik“ für uns erstellt. Diese Software wurde für Zahnärzte und Dentallabore entwickelt. Es lassen sich beliebige prothetische Versorgungen patientenbezogen simulieren und fotorealistisch darstellen. Gleichzeitig können die ungefähren Kosten des Zahnersatzes ausgewiesen werden. Mit ein paar Mausklicks kann man so dem Patienten verschiedene Alternativen verdeutlichen - sicher ein wertvolles Hilfsmittel für die Patientenberatung. Mehr Infos unter www.is-dental.com



f	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
18	17	16	15	14	13	12	11	I	21	22	23	24	25	26	27	28												

Das Festzuschuss-System - ein bürokratisches Monster

Das grundsätzlich begrüßenswerte Festzuschuss-System hat sich in seiner konkreten Ausgestaltung als bürokratisches Monster gezeigt. Der Aufwand für das formal korrekte Erstellen und Abrechnen der Kostenpläne und das Informieren der Patienten über Bestimmungen und Verfahrensweisen ist enorm gewachsen. Der Primat für die Auseinandersetzung mit den zahnärztlichen Fragen der Planung gegenüber Verfahrensfragen zu erhalten, wird immer schwieriger. Der Regelungskatalog ist insgesamt zu kleinteilig und damit unflexibel.

Inhaltlich richtet sich die Kritik hauptsächlich gegen fundamentale Indikationseinschränkungen, die die neuen Regelleistungen enthalten. Zuerst die Anwendungseinschränkung der Teleskopkrone auf Eckzähne und dann die Einschränkungen, die sich aus der Bezahnung des Gegenkiefers ergeben.

Die Teleskopkrone ist seit langer Zeit von den Prothetikern als das sicherste, robusteste und hygienischste Verankerungssystem propagiert worden. Dies ist bei den Verfassern der Regelungen offenbar nicht

unbekannt, da nur eine teleskopierende herausnehmbare Versorgung im Gegenkiefer einer festsitzenden gleichgestellt wird.

Der Einsatz dieses Behandlungsmittels ist in der Regelversorgung jetzt auf Eckzähne beschränkt und selbst da noch mit Einschränkungen versehen. Dadurch erhöhen sich die erforderlichen Zuzahlungen für Patienten mit der Indikation für Teleskopkronen auf anderen Zähnen in unangemessener Weise. Das bedeutet, dass diese so sinnvolle Versorgungsform einem großen Teil der Patienten nur schwer und echten

Härtefällen überhaupt nicht zugänglich ist.

Die in dem neuen Regelwerk enthaltene Vorschrift, dass herausnehmbarer Zahnersatz in einem Kiefer zwingend ebensolchen im Gegenkiefer nach sich zieht, widerspricht grundsätzlich dem Rehabilitationsziel einer Behandlung. Damit kann sogar eine „Abwärtsspirale“ in Gang gesetzt werden.

Alle Einschränkungen der neuen Regelung sind nur relativ, da sie nur den Festzuschuss zu einer Versorgung festlegen und über entsprechende Zusatzvereinbarungen und Zuzahlungen zu überwinden sind. Realisieren lässt sich diese Freiheit allerdings für viele finanziell schwache Patienten nicht.

Dr. Celina Schätze

Einspruch, Dr. Fedderwitz!

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die befundbezogenen Festzuschüsse sich zu einem Bürokratie-Monster entwickelt haben.

Es kann auch kein Zweifel darüber bestehen, dass viele Patienten finanziell mehr belastet werden als bisher, wenn eine qualifizierte prothetische Versorgung geplant und durchgeführt wird.

In den Monaten Januar und Februar 2005 ist es zu dramatischen Einbrüchen bei der Zahnersatzversorgung von 50 bis 60% in fast allen zahnärztlichen Praxen gekommen. Die Situation im März und April hat sich nur leicht entspannt. Für das Jahr 2005 muss mit einem Gesamtumsatzeinbruch von mindestens 30% bei der Zahnersatzversorgung gerechnet werden. Zur Zeit dominieren Reparaturen und Erweiterungen sowie einfache Kronen- und Brückenversorgungen. Das Versorgungsniveau wird auf eine qualitativ niedrigere Ebene absinken.

In vielen Bereichen führt die mangelnde systematische Klarheit des Konzeptes zu einer uneinheitlichen und damit willkürlichen Auslegung in der Beantragungs- und Genehmigungspraxis der Heil- und Kostenpläne. Widersprüchlichkeiten in den Beschlüssen des Bundesausschusses und in den Befundstrukturen erschweren die Einordnung in die Regelversorgung und in gleich- und andersartige Versorgungsformen. In einigen Bereichen Bayerns gibt es eine schleppende und unzureichende Genehmigungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen.

Es besteht eine deutlich verringerte Behandlungsbereitschaft der Patienten. Im Vergleich zum bisher einfachen therapiebezogenen, prozentualen Zuschuss-System sind die komplexen Befunde und Befundkombinationen beim Festzuschuss-System für die Versicherten und auch für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht nachvollziehbar.

Hinzu kommt die allgemeine wirtschaftliche Verunsicherung wegen der hohen Arbeitslosigkeit und eine Versorgungszurückhaltung bei den Versicherten mit geringeren Einkommen. Das Festzuschuss-System führt selbst bei den Normalverdienern unter unseren Patienten zu einem sozial und fachlich nicht verantwortbaren Absinken des Versorgungsniveaus. Die Versicherungsbeiträge bleiben auf hohem Niveau fast stabil, und die Versicherten finanzieren die Zahnersatzversorgung dann auch noch ohne Arbeitgeberanteil allein. Eine sozialpolitische „Glanzleistung“ der Bundesgesundheitsministerin!

Durch Indikationseinschränkungen ist es zu einer schleichenden finanziellen Ausgrenzung bewährter Versorgungsformen gekommen, obwohl der Bundesausschuss den gesetzlichen Auftrag hatte, die Befunde und Festzuschüsse so zu gestalten, dass das bisherige Versorgungsniveau erhalten bleibt. Offensichtlich hat sich hier eine unheilige Allianz von „Privatisierern“ der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und „Einsparbefürwortern“ der Krankenkassen durchgesetzt.

Dabei steht aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen eindeutig fest, dass z.B. Kombinationsversorgungen mit Teleskopkronen die geringsten Verlustraten aufweisen und langfristig den Wirtschaftlichkeitskriterien optimal entsprechen. Nachgewiesen ist auch, dass Teilprothesen ohne Schutzkronen eine dreifach höhere Verlustrate im 3-Jahres-Zeitraum haben. Entgegen den bisher geltenden Zahnersatz-Richtlinien, die keine Einschränkungen nach der Lage der Restzähne vorsehen, hat der gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass Patienten nur noch unter ganz bestimmten, fachlich nicht vertretbaren Voraussetzungen qualifiziert mit Teleskopkronen versorgt werden können.

Damit ist die einfachste und wirtschaftlichste Form der notwendigen Verbindungsvorrichtungen, die Teleskopkrone, nahezu aus der Versorgungspraxis der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegrenzt worden. Rund 80% der bisher mit Kombinationsarbeiten versorgten Patienten haben keinen Anspruch mehr auf einen angemessenen Festzuschuss bzw. müssen entsprechend erhöhte Zuzahlungen leisten.

Ähnlich unsinnig ist aus fachlicher und sozialpolitischer Sicht die Richtlinie, dass bei mehr als einem fehlenden Zahn im Seitenzahnggebiet eine Brückenversorgung nicht mehr als Regelleistung gilt, sofern im

Gegenkiefer ein herausnehmbarer Zahnersatz vorhanden ist (Modellgussprothese, Klammer- oder Totalprothese). Andererseits gibt es aber auch Situationen, wo ein vorhandener gesunder Zahn der wünschenswerten Bezuschussung regelrecht im Wege steht. In jeder Praxis mehren sich die Fälle, in denen die Zuschussregeln medizinisch kontraproduktive Lösungen nahelegen.

Tatsächlich kann man ein Festzuschuss-Modell für 32 Zähne, um die es letztendlich geht, regelrecht ad absurdum führen dadurch, dass man jedes Detail zu regeln versucht. Denn nach den Gesetzen der Kombinatorik gibt es hier schier unendliche Möglichkeiten (in einem Lehrbuch ist, bezogen auf ein Gebiss mit 28 Zähnen, von mehr als 268 Millionen Möglichkeiten die Rede - Körper, Zahnärztliche Prothetik, Thieme Verlag).

Nach den ersten Monaten mit den Festzuschüssen kommt man als Praktiker zu dem Schluss, dass dieses System nur positiv bewertet werden kann von einem Zahnarzt, der sein Einkommen nicht mehr durch Patientenbehandlung bestreiten muss.

Dr. Fedderwitz, der Vorsitzende der KZBV, hat für Kritiker schon eine Antwort parat. Natürlich ruft die Festzuschussregelung „wieder einmal die ewigen Nörgler und Blockierer auf den Plan“ (Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 7 vom 16.04.2005). Welch Zynismus! Mit Recht wehren sich z.B. die Zahntechniker gegen die dramatischen Einbrüche seit Anfang des Jahres. Die Behauptung des KZBV-Chefs, dass das Versorgungsniveau erhalten bliebe, kann weder die Techniker, noch Patienten oder Zahnärzte beruhigen - denn sie entspricht nicht den Tatsachen.

Wenn Dr. Fedderwitz Kritik damit abtut, dass schließlich nur „Manche Kombinationsversorgungen - schon ehemals in der Grauzone der Überversorgung“ teurer würden, dann sollte er seine Approbationsurkunde abgeben. Man fragt sich, was eigentlich die Mitglieder des KZBV-Vorstandes unter prothetischer Versorgung eines Patienten verstehen und was sie selbst in den letzten 30 Jahren praktiziert haben.

Zu hoffen ist, dass die Verantwortlichen die Verunsicherung und das Wegbleiben der Patienten spätestens jetzt ernst nehmen und sich der Mühe unterziehen, ein einfacheres, praxistaugliches Modell zu entwickeln. Das Festzuschuss-System muss klar gegliedert und neu strukturiert werden. Eine Änderung der Zahnersatz-Richtlinien mit Zuschussanpassung ist dringend geboten.

An jedem Zahn hängt zuerst einmal ein Mensch und nicht ein Festzuschuss!

Dr. Gerd Ebenbeck

Die Patientenrechte in Deutschland müssen ausgebaut werden

Interview mit der Bundespatientenbeauftragten

Die folgenden Fragen der DAZ-Forum-Redaktion an die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Helga Kühn-Mengel, wurden von dieser schriftlich beantwortet. Dabei äußerte sie sich ausgerechnet bei den derzeit gravierendsten Problemfeldern leider nur ausweichend oder gar nicht; Erkenntnisse über Probleme mit dem Festzuschuss-System liegen nach den Angaben ihres Büroleiters nicht vor. Da weder die Probleme der erheblichen Leistungseinschränkungen und der damit erhöhten Patientenzuzahlungen noch die Missstände bei der Transparenz von Planung und Abrechnung derzeit von der Bundesbeauftragten gesehen werden, haben wir ihre allgemeinen Antworten auf unsere diesbezüglichen Fragen hier weggelassen. Die Diplom-Psychologin Kühn-Mengel ist SPD-Abgeordnete und im Bundesgesundheitsministerium angesiedelt. Als Mitglied einer Regierungsfraktion hat sie bestimmte Regelungen mit beschlossen – als Patientenbeauftragte soll sie die Belange auch der Menschen vertreten, die durch diese Regelungen negativ betroffen sind und bei ihr Rat suchen. Manchmal sicherlich ein Spagat.

Forum: Seit dem 01.01.2004 sind sie im Amt und mit einem kleinen Stab von neun Mitarbeitern zuständig für Fragen, Beschwerden, Anregungen von Bürgerinnen und Bürgern aus der ganzen Republik. Sie werden konfrontiert mit Themen aus dem gesamten Gebiet der gesundheitlichen Versorgung. Welches sind die Hauptanliegen der Menschen, die Kontakt mit Ihnen aufnehmen?

Kühn-Mengel: Seitdem ich im Amt bin, erreichen mich viele Zuschriften und Anrufe von Betroffenen. Das hat sich bis heute nicht geändert: Täglich erhalte ich immer noch eine Vielzahl an Fragen - aber nicht nur zu den gesetzlichen Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), wie z.B. der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Versorgung oder der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, sondern auch zu Renten- und Pflegeangelegenheiten und Belangen behinderter Menschen bzw. auch zum Thema Sozialhilfe. Das Spektrum ist - wie Sie sehen - sehr breit; es reicht von rechtlichen Möglichkeiten beim Vorgehen gegen vermutete Behandlungsfehler über die Kostenübernahme von alternativen Heilbehandlungen bis hin zu Verfahren wegen zu niedrig angesetzter Pflegestufe.

Alles in allem muss ich aber immer wieder feststellen, dass die Bürger zu wenig über ihre Rechte und Mitsprachemöglichkeiten wissen. Daher werde ich mich für weitere Verbesserungen bei der Beratung der Versicherten und Patienten und der Verankerung der Patientenrechte in Deutschland einsetzen.

Forum: Nach Erfahrungen lokaler Patientenberatungsstellen nehmen die Fragen zur Zahnmedizin einen weitaus größeren Raum ein, als z.B. dem finanziellen Anteil dieses Bereichs an den Gesundheitskosten oder der Zahl der Behandlungsfälle im Vergleich zur übrigen Medizin entspricht. Welche Rolle spielt die zahnmedizinische Versorgung bei Ihnen auf Bundesebene? Welche Anliegen werden gehäuft vorgebracht?

Kühn-Mengel: Nach den Erfahrungen, die ich bisher gemacht habe, stehen Fragen zur Zahnmedizin nicht im Mittelpunkt des Geschehens. Aber selbstverständlich erreichen mich Patienten mit Themen zu den Festzuschüssen, zu den Kieferorthopäden, die nur noch privat abrechnen wollen, zu Qualitätsmängeln des Zahnersatzes, zu Fragen der Gewährleistungsansprüche, zu Amalgamfüllungen etc. Viele Krankenkassen haben ein gutes Beschwerdemanagement aufgebaut und unterstützen die Patienten gut, und es gibt die Möglichkeit, in einer der zahlreich vorhandenen Patientenberatungsstellen der Zahnärztekammern vorzusprechen. Bundesweit sind das, glaube ich, insgesamt 36 Einrichtungen - ein ausgebautes Netz mit kompetenten Mitarbeitern. Eine Klärung vor Ort, also im eigenen Bundesland, ist in solchen Fällen immer zuerst zu empfehlen.

Forum: Wichtige Vertreter zahnärztlicher Körperschaften sowie der größte zahnärztliche Berufsverband, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, streben seit Jahren die Privatisierung der zahnärztlichen Versorgung an und haben bei diesem Anliegen die Unterstützung weiterer Teile der Opposition. Beinahe wäre im Rahmen der letzten Reform der 1. Schritt zur (wahlweisen) Herauslösung des Zahnersatzes aus der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Wie beurteilen Sie auf dem Hintergrund der Erfahrungen mit Patientenproblemen im Bereich Zähne/Zahnersatz die Privatisierungstendenzen? Wer profitiert davon - für wen wird es Nachteile geben und welche?

Kühn-Mengel: Mit der Gesundheitsreform ist sichergestellt, dass Zahnersatz auch weiterhin von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Daran ändert sich nichts. Die ab dem 1. Januar 2005 eingeführten befundbezogenen Festzuschüsse finde ich gut. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen veröffentlichten Festzuschuss-Richtlinien in 8 Befundklassen insgesamt 52 Befunde definiert und diesen prothetische

Regelversorgungen zugeordnet, die im Wesentlichen den Vertragsleistungen vor Inkrafttreten der Festzuschuss-Regelungen entsprechen.

Vorteilhaft ist, dass die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse für die Versicherten aller Krankenkassen bundesweit gleich hoch ist, dass durch Einführung entsprechender Regelungen Abrechnungsmanipulationen mit zum Beispiel im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten Versicherter und Krankenkassen entgegengewirkt wird, und dass auch die Kostenerstattungsregelung vorgesehen ist.

Da entstehende Mehrkosten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte direkt gegenüber dem Versicherten abzurechnen sind, kann ich nur jeden Bürger ermuntern, sich in einem Beratungsgespräch vom behandelnden Zahnarzt informieren und aufklären zu lassen. Schließlich sind die Bürger seine Vertragspartner.

Forum: Das befundorientierte Festzuschuss-System bedeutet gravierende Veränderungen der Zahnersatz-Finanzierung bei gesetzlich Versicherten, die zweifellos nicht alle vorher abgeschätzt werden konnten. Was wird seitens des Ministeriums bzw. von Ihrer Seite getan, um die Auswirkungen dieser Systemänderung zu erfassen, die Entwicklung zu beobachten und ggf. Korrekturen an dem System vorzunehmen? Gibt es Begleitforschung - wer macht sie, was sind die Fragestellungen? Was werden Sie unternehmen, wenn sich aus den bei Ihnen angefallenen Patientenbeschwerden der Verdacht ergibt, dass die neue Regelung eine Absenkung des Versorgungsniveaus für weniger finanzkräftige Bürger zur Folge hat?

Kühn-Mengel: Ich halte die jetzt in Kraft getretene Lösung zur Finanzierung der Zahnersatzkosten im Vergleich zu den zunächst angedachten Kopfpauschalen und damit zusammenhängenden Regelungen für sehr sinnvoll und erforderlich. Damit konnte eine ungerechte Lösung der Finan-

zierungsfrage durch die Bundesregierung verhindert werden.

Die weitere Entwicklung werde ich sehr sorgfältig beobachten. Das Gleiche gilt sicherlich für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Eine Analyse und Bewertung der mit den Festzuschüssen verbundenen Auswirkungen setzt aussagekräftige Untersuchungen über deren Wirkungsweise voraus. Sowohl die Spitzenverbände der Krankenkassen als auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung werden entsprechende Untersuchungen durchführen lassen. Die Ergebnisse bleiben abzuwarten. Entsprechendes gilt hinsichtlich der Ergebnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses, der sich dazu verpflichtet hat, die Auswirkungen der beschlossenen Festzuschüsse auch in Hinblick auf die Anwendung im Einzelfall zu überprüfen und ggf. fortzuentwickeln. Über einen unter Umständen damit verbundenen Änderungsbedarf zum Beispiel hinsichtlich der Festzuschuss- oder Zahnersatz-Richtlinien hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu entscheiden.

Ich und meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden diesbezüglich alle Schreiben und Beschwerden von Patientinnen und Patienten sammeln, um diese praktischen Erfahrungen zu gegebener Zeit in die Diskussion einbringen zu können. Im Übrigen handelt es sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss um ein Gremium, an dem nicht nur Vertreter der Krankenkassen, der Zahnärzteschaft, sondern auch die Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten beteiligt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft seine Entscheidungen in eigener Verantwortung. Bei der Einschätzung der mit den gesetzlichen Bestimmungen verbundenen medizinischen und sonstigen Fragen besteht für den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Beurteilungs- und Wertungsspielraum. Sofern entsprechende Beurteilungen und Wertungen im Rahmen des geltenden Rechts liegen, respektiert das Bundesministerium für Gesundheit

und Soziale Sicherung die Entscheidungen der Selbstverwaltung. Beanstandungen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kommen nur bei Verstößen gegen das geltende Recht in Betracht.

Forum: Zum Schluss möchten wir Sie bitten, einmal Ihre Wünsche für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zu formulieren. Durch die Verstärkung der Prophylaxe in den letzten Jahrzehnten ist ja schon viel Positives erreicht worden. Aber was soll sich Ihres Erachtens noch ändern? Was wünschen Sie sich von den Zahnärzten, was sollte möglicherweise noch an den gesetzlichen Rahmenbedingungen geändert werden?

Kühn-Mengel: Ich stimme Ihnen völlig zu, dass durch die Verstärkung der Prophylaxe in den letzten Jahrzehnten schon sehr viel Positives erreicht worden ist. Die Möglichkeiten zur Vermeidung von Karies und parodontalen Schädigungen sollten zukünftig noch stärker als bisher genutzt werden. Dazu gehört nicht nur eine entsprechende Aufklärung durch alle Beteiligten, sondern auch ein entsprechendes Handeln in den zahnärztlichen Praxen.

Von den Zahnärzten wünsche ich mir, dass sie sich noch stärker als bisher für Maßnahmen der Qualitätssicherung engagieren. Nach meinem Eindruck betrifft dies insbesondere Maßnahmen zur ergebnisorientierten Qualitätssicherung.

Von den Versicherten wünsche ich mir, dass sie die Möglichkeiten zur Vermeidung von Zahnerkrankungen, wie z.B. Karies, noch stärker als bisher nutzen. Dazu gehören u.a. auch eine gesunde Ernährung und das Nichtrauchen.

Zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sehe ich gegenwärtig keinen Anlass. Mit den vorgenommenen Änderungen sind wichtige Impulse gegeben worden.



Wer fällt wem in den Rücken?

In ihrer Ausgabe 19/05 vom 11.05.2005 brachte die DIE ZAHN-ARZTWOCHEN (DZW) vorn auf der Titelseite die kritische Stellungnahme von DAZ und VDZM zu den Festzuschüssen. Gleichzeitig setzte sie aber die Schlagzeile dazu: „DAZ und VDZM fallen KZBV in den Rücken“ und wiederholte diese Bewertung noch einmal in Zusammenhang mit der Forderung der beiden Verbände, dass auch die nach der privaten Gebührenordnung zu berechnenden sogenannten „gleich-“ und „andersartigen“ Leistungen detailliert auf dem Heil- und Kostenplan (HKP) auszuweisen seien.

Gegen diesen massiven Vorwurf hat sich der DAZ mit einem Leserbrief zur Wehr gesetzt, und gegen ihn wendet er sich auch an dieser Stelle. Auch wenn derzeit Verhandlungen im Bundesausschuss über die Ausgestaltung des HKP stattfinden, läuft die DAZ-Forderung nicht den Interessen des Berufsstandes zuwider. Vielmehr ist sie eine Selbstverständlichkeit – im Hinblick auf die Rechte der Patienten. Die Patienten brauchen gerade jetzt, wenn sie auch als gesetzlich Versicherte zwischen noch mehr Alternativen wählen können und sollen, Transparenz über die verschiedenen Lösungen und deren Kosten. Durch eine einzige Zahl beispielsweise, die auf dem Plan die gesamten privat zu vergütenden Leistungen (Zahnarzt + Zahntechnik) beinhaltet, ist keine Transparenz zu erreichen. Viele Zahnärzte sind sich dessen bewusst und geben auch jetzt schon ihren Patienten ausführliche Informationen zu den privaten Leistungsanteilen an die Hand.

Hoffen wir, dass die KZBV bei ihren Verhandlungen im Bundesausschuss in diesem Sinne die Interessen der Patienten berücksichtigt. Denn sonst müsste man sagen: Nicht DAZ und VDZM fallen der KZBV, sondern die KZBV fällt den Patienten in den Rücken!

Irmgard Berger-Orsag



Den Zahn gezogen! - Erste Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit der befundorientierten Festzuschussregelung

Die PatientInnenstellen Bielefeld und München sind Mitgliedsorganisationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die inzwischen (nicht abstimmungsberechtigte) Vertreter in den Gemeinsamen Bundesausschuss entsendet. PatientInnenstellen verfügen über langjährige Erfahrung zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen. Durch das von Leistungserbringern und Kassen unabhängige und niedrigschwellige Beratungsangebot können diese Stellen auf einen reichen, dokumentierten Fundus an unzensurierten, lebensnahen Rückmeldungen von PatientInnen zurückgreifen. Ein Schwerpunkt umfasst den Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Die Fragen der Ratsuchenden betreffen hier das regionale Anbieterspektrum, vor allem aber Qualität und Kosten der Angebote. Vorrangig haben es die Berater mit Menschen zu tun, die in Bezug auf diese Aspekte – Qualität und Kosten – verunsichert und unzufrieden sind.

Erfahrungen der letzten Jahre

PatientInnen berichten in den letzten Jahren vorrangig über drei Hauptmängel der Zahnmedizinischen Versorgung. Zunächst einmal werden teilweise erhebliche Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen den einzelnen Anbietern gesehen. Hier wäre es nach Meinung der PatientInnen sehr hilfreich, wenn sich die Zahnärzte auf eine gemeinsame externe Qualitätssicherung verständigen würden. Zudem sind PatientInnen sehr unzufrieden mit der bisherigen Regelung im Umgang mit einer vermuteten Fehlbehandlung. Zahnärzte sind oftmals nicht bereit, eine einvernehmliche Klärung herbeizuführen und gegebenenfalls den Fehler zu beheben bzw. geleistete Kosten zu erstatten. Dem betroffenen Patienten stehen kaum Möglichkeiten der unabhängigen fachlichen Begutachtung zur Verfügung. Ein drittes Problem, mit dem sich dieser Beitrag vorwiegend beschäftigt, besteht in der Vergütung der zahnärztlichen Versorgung.

Zu nennen ist zunächst die Vermarktung von zusätzlichen privaten Angeboten, die in vielen Zahnarztpraxen in den vergangenen zwei Jahren rasant zugenommen haben. Hier bestehen erhebliche Mängel in der Transparenz dieser Angebote. So sind PatientInnen häufig unsicher, ob die Angebote im Einzelfall wirklich notwendig und die Kosten angemessen sind. Ein Beispiel ist die professionelle Zahnreinigung, die Kosten schwanken zwischen 60 und satten 400 Euro! Die Inanspruchnahme dieser Behandlung wird in einigen Praxen zur Voraussetzung für eine zahnärztliche Weiterbehandlung gemacht. Zudem wird nicht selten erst NACH Beendigung dieser oder auch anderer individueller oder zusätzlicher Leistungen darauf hingewiesen, dass eine Privatvergütung erhoben wird. Viele PatientInnen registrieren diese Entwicklung mit Verärgerung und stellen den Sinn dieser Behandlungen in Frage. Nach Erfahrungen der PatientInnenstellen leidet der Ruf der Zahnärzte erheblich darunter, dass einige ihrer KollegInnen mit unkorrekten Mitteln zusätzliche Einnahmequellen erschließen wollen.

Das Vergütungssystem insgesamt wird von PatientInnen als intransparent eingeschätzt. So waren die Heil- und Kostenpläne bereits

vor der Neuregelung 2005 für die Versicherten ohne entsprechende Aufklärung durch den Arzt, die Krankenkasse oder eine Beratungseinrichtung kaum zu verstehen. Viele PatientInnen wussten beispielsweise nicht genau, wie hoch ihre privat zu tragenden Kosten waren, und wandten sich deshalb die PatientInnenstellen.

Erste Erfahrungen mit der Festzuschussregelung

Die Neuregelung der befundbezogenen Festzuschüsse ist aus Sicht der PatientInnenberater sehr kritisch zu sehen. Zunächst einmal gibt noch erheblichen Fortbildungsbedarf seitens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Zahnärzteschaft in der Anwendung und Kontrolle des neuen Abrechnungssystems. Das neue System ist kompliziert und bedarf eines entsprechenden Lernprozesses.

Für bestimmte Befunde bietet die Neuregelung keine ausreichende Regelversorgung an. Hier muss sie im Gemeinsamen Bundesausschuss unbedingt überarbeitet und entsprechend nachgebessert werden.

Vermengung von Kassen- und Privatleistungen schafft Verwirrung

Die Hauptproblematik zeigt sich aber aus PatientInnensicht in der Vermengung von Kassenleistung und Privatkosten auf dem Heil- und Kostenplan. Es ist erstaunlich, wie schnell die neuen Möglichkeiten der Privatisierung von manchen Zahnärzten ausgenutzt werden. Leider haben sich die von PatientInnenvertretern im Vorfeld geäußerten Befürchtungen bestätigt. Durch die Neuregelungen hat die Intransparenz erheblich zugenommen. Heil- und Kostenpläne sowie Rechnungen sind erheblich komplizierter geworden. Eine Unterscheidung zwischen den von der GKV bezuschussten Leistungen und den Privatleistungen ist für den Versicherten nicht mehr möglich. Die finanzielle Belastung für die PatientInnen hat sich in der Regel erheblich verstärkt.

Viele Menschen, die sich mit Ihren Fragen an die PatientInnenstellen wenden, sind erschrocken über den zu erbringenden Eigenanteil. So hat beispielsweise die Auswertung von 60 Heil- und Kostenplänen in

einer PatientInnenstelle gezeigt, dass die Versicherten mindestens 2/3 der Kosten selber tragen sollen. Oftmals liegt der Grund für den wesentlich höheren Eigenanteil darin, dass die betreffende Praxis eine andersartige Versorgung anbietet. In keinem dieser Fälle ist im Vorfeld über die Wahlmöglichkeit zwischen Regelversorgung, gleichartiger und andersartiger Versorgung aufgeklärt worden. Die Menschen sind verunsichert und angesichts der immensen privat zu zahlenden Beträge verärgert. Ihr Ärger richtet sich dabei in der Regel gegen Ihre Krankenkasse, weil sie davon ausgehen, dass der hohe Eigenanteil durch Streichungen im Leistungskatalog der GKV entsteht. Sie wissen nicht, dass beim Abweichen von der Regelversorgung weder Zahnarzt noch Labor an die Kassenspreise gebunden sind. Das heißt, dem Patienten kann ein Betrag in Rechnung gestellt werden, der erheblich höher liegt als der Preis der Regelleistung.

Regelversorgungen werden als unzulänglich hingestellt

Weitere Erfahrungen aus PatientInnenstellen belegen, dass PatientInnen zwar über die verschiedenen Formen der Versorgung informiert wurden, aber in unangebrachter Form. Die „Aufklärung“ bestand oftmals in der Aussage des Zahnarztes, dass es sich bei der Regelversorgung um eine qualitativ minderwertige, ja sogar unzureichende Versorgung handele und daher eine andersartige Versorgung vorzuziehen sei.

Ein typischer Trick seitens mancher Zahnärzte besteht auch in dem Weglassen von Informationen, die für die Entscheidung des Patienten bei der Wahl der geeigneten prothetischen Versorgung notwendig wären. So wird beispielsweise eine Krone im Seitenzahnbereich mit Verblendung angeboten, ohne den Patienten über die dadurch entstehende andere Abrechnung der Gesamtleistung in Kenntnis zu setzen. Der Patient wundert sich, warum die Krankenkasse für eine Leistung aus dem Leistungskatalog keine 50% übernimmt. Mit den auf dem Heil- und Kostenplan aufgeführten Berechnungen nach GOZ oder dem erhöhten Abrechnungssatz kann er nichts anfangen.

In fast allen den PatientInnenstellen vor-

liegenden Fällen ist nicht auf die Wahlmöglichkeit zwischen Regelversorgung, gleichartiger Versorgung und andersartiger Versorgung hingewiesen worden. Meist hat sich der Zahnarzt ohne Rücksprache mit dem Patienten gegen eine Regelversorgung entschieden. Der Patient ist sich nicht bewusst, dass er durch die „Wahl“ einer gleichartigen oder andersartigen Leistung in ein anderes Abrechnungssystem kommt und damit zunehmend zum Selbstzahler auf der Grundlage der GOZ wird. Viele Leistungen werden nicht nach BEMA sondern nach GOZ abgerechnet, in der Regel zum 2,3 fachen bis 3,5 fachen Satz.

Der Festzuschuss beträgt meist erheblich weniger als 50 %

Für die PatientInnen ist die neue Form der Rechnungsstellung unverständlich und sehr ärgerlich. Im Vorfeld der Neuregelung wurde ihnen von der Politik versprochen, dass im Durchschnitt 50% der Kosten für Zahnersatz weiterhin von der GKV getragen werden. Im Gemeinsamen Bundesausschuss ist von Ärzte- und Kassenvertretern mehrfach zugesagt worden, dass den PatientInnen die Wahlmöglichkeit gelassen würde, dass die notwendige Zahnersatzversorgung durch die Regelversorgung abgedeckt wäre und in der Zahnarztpraxis auch angeboten würde. Nun müssen PatientInnen feststellen, dass sie sogar

bei der reinen Regelversorgung teilweise zwei Drittel der Kosten selber zu tragen haben. Wenn sie darüber hinaus noch eine zusätzliche Privatleistung (z.B. professionelle Zahnreinigung, Schienentherapie) „wählen“, tragen sie drei Viertel des Gesamtbetrages. Durch die Vermischung von Kassenleistung und Privatleistung ist der selbst zu tragende Anteil in etlichen, den PatientInnenstellen vorliegenden Heil- und Kostenplänen sehr hoch. Nach Prüfung durch die PatientInnenstellen weist ein großer Teil der vorliegenden Heil- und Kostenpläne zudem Fehler und Mängel auf, die schon in der Beratung rund um die prothetische Versorgung beginnen. Hier kommt man nicht umhin, den unkorrekten Umgang mit der Regelung durch manche Zahnärzte zu kritisieren.

Die Festzuschuss-Regelung führt in Richtung Privatisierung

Am Anfang dieses Beitrages haben die Autorinnen darauf hingewiesen, dass die PatientInnenstellen vorrangig von verunsicherten bzw. unzufriedenen PatientInnen aufgesucht werden. Sicher gibt es in unserem Land noch viele Zahnarztpraxen, die korrekt abrechnen und nicht vornehmlich das wirtschaftliche Interesse in den Vordergrund ihres Handels stellen. Der Trend geht aber nach unserer Wahrnehmung immer stärker in eine andere Richtung:

Die Festzuschussregelung eröffnet vielfältige Möglichkeiten – einige davon sind hier aufgeführt -, die zahnärztliche Versorgung in den Bereich der Privatberechnung zu schieben. Und diese Möglichkeiten werden kräftig genutzt. Die gesamtgesellschaftliche Entwicklung hingegen geht dahin, dass sich immer weniger BürgerInnen wegen hoher Eigenbeteiligung eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Zahnersatz leisten können.

Zusammenfassend können wir in der Patientenberatung feststellen, dass gegenüber dem Vorjahr die Versorgung mit Zahnersatz für die meisten PatientInnen mit wesentlich höheren, privat zu tragenden Kosten verbunden ist. Somit ist die Festzuschussregelung ein weiterer Schritt in die Privatisierung des Gesundheitswesens auf Kosten der PatientInnen.

Judith Storf, Beraterin PatientInnenstelle Bielefeld

Adelheid Schulte-Bocholt, Beraterin PatientInnenstelle München

Geschäftsstelle der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen (BAGP)
Auenstr. 31, 80469 München,
www.patientenstellen.de
Infotelefon: Mo.-Do. von 13-14 Uhr,
Tel 089/76755131

Achtung: Alterseinkünftegesetz

Wie sind Sie als Zahnarzt / Zahnärztin davon betroffen?

Ihre künftigen Altersbezüge werden durch nachgelagerte Besteuerung monatlich um einige 100 Euro gekürzt – aufgrund der aktuellen Gesetzeslage ab 1. 1. 2005!

Wir helfen Ihnen, erhebliche Anteile davon ohne finanziellen Mehraufwand zu sichern! Interessiert? Fordern Sie unsere Informationen an.

INTER Ärzte Service
Erzbergerstraße 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon (06 21) 4 27 - 16 56
Telefax (06 21) 4 27 - 85 98
aerzteservice.HV@inter.de
www.inter.de



Ich bin daran interessiert, mehr über das Alterseinkünftegesetz zu erfahren

- Senden Sie mir Informationsmaterial
 Ich möchte einen Termin vereinbaren

Name, Vorname _____

Praxisanschrift: _____

Straße, Nr. _____

Plz, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Bitte Coupon ausschneiden und an nebenstehende Adresse senden!

Zukunft gestalten – mit Sicherheit



inter
VERSICHERUNGEN

Die „neuen“ KZVen - seit Jahresbeginn in Profihand

Im DAZ stand man der gesetzlich verfügten Professionalisierung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) skeptisch gegenüber und verfolgte kritisch die Wahlen und die Neuaufstellung der Selbstverwaltungsgremien. Insbesondere die Selbstbedienungsmentalität der Posteninhaber (hier sollte man nicht nur auf die Gehälter schauen, sondern auch auf Versorgungsregelungen, Dienstwagenüberlassung, Versicherungen, Aufwandsentschädigungen usw.) und der starke Einfluss, den nach wie vor die Vertreter des Freien Verbandes (FVDZ) auch dort ausüben, wo sie in die Opposition verwiesen wurden, erregten Unmut. Nachfolgend drei Beiträge aus Berlin, die Schlaglichter auf die neue Situation werfen.

Offener Brief von Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ) an die Berliner Kollegenschaft, an die Wähler der KZV-Vertreterversammlung!



Durch die neuen gesetzlichen Vorgaben mussten sich alle KZVen hauptamtliche Vorstände geben. Bisher wurde auch die KZV Berlin von einem ehrenamtlichen Vorstand mit einem hauptamtlichen Geschäftsführer geleitet. Jetzt musste nicht nur über Vergütungen und Dienstverträge völlig neu nachgedacht werden.

Der alte Vorstand hat in Berlin mit seiner alten komfortablen Mehrheit schon bei der Erstellung der neuen Satzung der KZV auf das Ziel der eigenen Wahl mit Wunschbedingungen hingearbeitet. So passt die Vorgabe von drei Vorstandsmitgliedern auf das vorgesehene Team. Dass in der neuen Satzung keine Berichtspflicht für den Vorstand vorgesehen ist, eröffnet diesem ein wundervolles Feld der Freiheit und erschwert die geforderte Kontrolle des Vorstandes durch die Vertreterversammlung (VV) fundamental.

Die Vorstandsposten sind nicht öffentlich ausgeschrieben worden, die VV hatte nur die Qual der Wahl zwischen den ehemaligen Vorstandsmitgliedern von oben, deren Qualifikation als gegeben galt, und einigen Gegenkandidaten aus den eigenen Reihen.

Obwohl der Verband der Zahnärzte von Berlin bei den im September 2004 erfolgten Wahlen zu einer neuen Vertreterversammlung erhebliche Stimmenverluste erlitten hat, ist es ihm dennoch gelungen, mit den Kollegen Husemann und Pochhammer sowie dem ehemaligen Geschäftsführer Herrn Herzog den neuen nun hauptamtlichen Vorstand zu bilden. Ermöglicht wurde

dies durch die Vertreter des Verbandes der Berliner Zahnärzte sowie auch durch die Mitglieder der Listen „Dr. Wolfgang Schmiedel“ und „Freie Zahnärzte“. In diesen Gruppierungen sind Personen, die nicht nur ein Mandat in der Vertreterversammlung der KZV Berlin haben, sondern zugleich auch Mitglieder des Vorstandes der Zahnärztekammer Berlin sind. Ihre offene Unterstützung der Kandidatur von Husemann und Pochhammer mit ihren angenehmen Verträgen könnte nicht zuletzt mit einer hoffnungsvollen Perspektive auf eine erhebliche Anhebung ihrer Bezüge in der Kammer unter Verweis auf die Verhältnisse in der KZV zu erklären sein.

Die Befragung der Gegenkandidaten im Verlauf des Wahlverfahrens war von Seiten der Unterstützer des alten Vorstandes von einer Aggressivität und persönlich gezielten Verletzungslust geprägt, die den Verdacht nahe legen, dass das Verfahren in erster Linie von massiven persönlichen Interessen gesteuert war. Eine Auseinandersetzung um sachliche Inhalte führt man gewöhnlich nicht so hässlich. Interessanterweise ist das Tonbandprotokoll gerade dieser Teile der Diskussion nicht mehr vorhanden. Diese für die Betroffenen wirklich peinliche Situation wird unter den Tisch gekehrt und in dem schriftlichen Protokoll der Sitzung nicht einmal erwähnt. Ein Schelm ist, wer Böses dabei denkt.

Die Vergütungsvorstellungen und die Entwürfe der Dienstverträge wurden aus dem Apparat der KZV heraus der VV vorgebracht, als seien sie naturgesetzliche Phänomene. Eine Diskussion der Entwürfe und möglicher Alternativen musste schwer erkämpft werden.

Der ursprüngliche Vergütungswunsch war 195.000 Euro Jahressalär für die Zahnärzte und 110.000 für den ehemaligen Geschäftsführer.

Die Dienstverträge sollten keine Anwesenheitspflicht in der KZV und keine klare Begrenzung des Nebentätigkeitsumfangs enthalten. Zusätzlich sollten Abfindungen, Sozialabgaben, Sterbegelder und eine Haftungsversicherung gewährt werden.

Den intensiven Bemühungen engagierter Kollegen ist es zu verdanken, dass die Verträge insgesamt deutlich zu Gunsten der Beitrag zahlenden KZV-Mitglieder verändert werden konnten. Die Vergütungen sind auf immer noch 175.000 / 110.000 Euro begrenzt worden. Die Höhe der Abfindungen und das Sterbegeld konnten etwas abgesenkt werden. Bezüglich der Arbeitszeiten und der Kontrolle über Nebentätigkeiten konnte leider nichts erreicht werden.

Die immense Höhe der Vergütung wurde immer wieder mit dem persönlichen Haftungsrisiko begründet, das aber mit einer zusätzlichen Versicherung ohne Selbstbehalt abgefangen wird. Die Höhe der Vergütung sollte wohl auch nicht das Amt eines Vorstandes begehrenswert machen – dafür sollte es andere Motivationen geben. Das weitere Argument, man wolle den gewohnten Lebensstandard halten, ist für einen Zahnarzt zumindest erstaunlich, wenn es um einen Jahresbetrag von 195.000 Euro geht, nicht eingerechnet sind dabei die Gewinne aus der zahnärztlichen Praxis.

Wenn die Gemeinschaft der Zahnärzte sich diese Luxusvertretung leistet, dann darf die Öffentlichkeit schlussfolgern, dass die Zahnärzte sich dies auch leisten können – mit den zu erwartenden Folgen. Der Imageschaden wird wieder einmal beträchtlich sein.

Die aus diesen Verträgen entstehenden Kosten müssen alle KZV-Mitglieder mindestens für die kommenden sechs Jahre tragen. Das Zustandekommen dieser Bedingungen haben die Vertreter außerhalb von BUZ, DAZ, VDZM und IUZZ zu verantworten. Wer schon bei der Schaffung der Grundlagen für die weitere Arbeit so fahrlässig mit den Interessen der Kollegenschaft umgeht, lässt für die Bearbeitung unserer großen berufspolitischen Probleme Schlimmes erwarten.

Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V.
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
www.buz-berlin.de

Selbstbedienung ohne Scham!

Die Vorstände der zu professionalisierenden KZVen sind gewählt worden. In den Mitteilungsblättern der Körperschaften sind die Wahlergebnisse bekannt gemacht worden. Nur wenige neue Namen tauchen auf. Die Deutsche Zahnärzteschaft kann sich weiterhin beruhigt und vertrauensvoll ihren Patienten zuwenden.

Doch es rauscht im deutschen Blätterwald, in den Fach- wie in den Laienmedien, die sich nun mit den Vorstandsgehältern der Wirtschaftsbosse und den selbst bewilligten Erhöhungen der Vorstandslohnungen bei den Gesetzlichen Krankenkassen ebenso beschäftigen wie mit den krassen Steigerungen der Zahnärztesfunktionärsgehälter. Die Tagespresse kümmert sich darum, wie gut die Zahnärzte ihre Standesfürsten entlohnen, obwohl sie zugestehen muss, dass diese Gelder nicht aus dem Topf des Gesundheitswesens stammen, sondern aus den Pflichtbeiträgen der Zahnärzte selbst. Allerdings bezeichnen die Kommentatoren diese Gelder als Zwangsbeiträge und bringen damit schon den ersten bösen Unterton ins Spiel. Es wird nicht lange dauern, bis ein Zusammenhang gesucht und dann auch leicht gefunden wird, wenn es heißt: Die hohen Verwaltungskosten der KZVen zwingen die Zahnärzte zu immensen privaten Honorarforderungen bei der Anfertigung von Zahnersatz, schon allein um diese Gebühren finanzieren zu können. Und damit hat die Politik ein Argument gefunden, sich wieder einmal in die Selbstverwaltung der Zahnärzte einmischen zu müssen.

Mehr und mehr macht sich auch Unmut breit in Beiträgen und Kommentaren der zahnärztlichen Standespresse, wenn es um die Höhe der Vorstandsgehälter der KZV-Vorsitzenden und ihrer Stellvertreter geht. Dabei hat es der an der Entwicklung und dem Fortbestehen seiner Körperschaft interessierte Zahnarzt gar nicht leicht, sich selbst ein Bild zu machen, zu welchen finanziellen Bedingungen sich der Kollege von nebenan oder der ehemalige Geschäftsführer seiner KZV nunmehr ganz aufopferungsvoll um seine Verträge, Punkte, Fortbildung und allgemeines Wohlergehen kümmert. Denn Bekanntmachungen dieser Art sind zwar gemäß § 79 Abs. 4 Satz 6

SGbV jährlich in einer Übersicht zum 1. März zu veröffentlichen. Jedoch findet man sie zum Beispiel in den Zahnärztlichen Mitteilungen dezent versteckt erst im hintersten Teil des Heftes Nr. 6 auf den Seiten 128 ff. Man genügt der Pflicht, will jedoch nicht wirklich informieren.

Ist dieser Verdacht begründet? Haben die Betroffenen etwas zu verheimlichen? Findet eine ungerechtfertigte Bereicherung auf Kosten der Zahnärzteschaft statt?

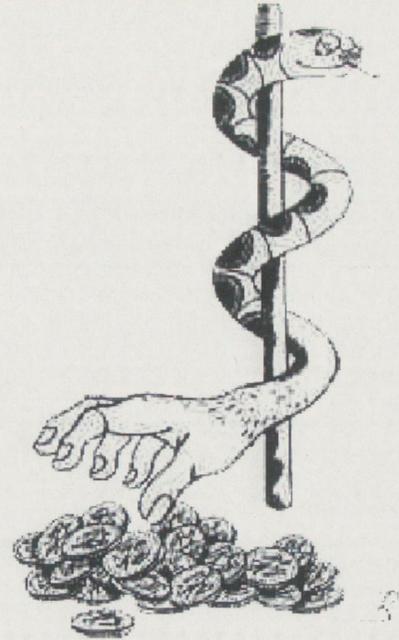
Tatsache ist, dass Jahresgehälter in der Spitze von über 200.000 Euro Traumgehälter sind und dass trotz der Hauptamtlichkeit noch bis zu 30 % Prozent der Dienstzeit nebenberuflich in der zahnärztlichen Praxis gearbeitet werden kann.

Tatsache ist, dass nur ganz wenige die Chance hatten, sich um solch einen Vorstandsposten zu bewerben - nicht wegen einer fehlenden Qualifikation, sondern allein durch den Tatbestand, dass eine öffentliche Ausschreibung meistens nicht stattgefunden hat. Die KZV Niedersachsen bildet hier eine löbliche Ausnahme und soll deshalb auch beispielhaft erwähnt werden. Ansonsten wurden die Posten untereinander verteilt und vereinbart, ohne dass die allgemeine zahnärztliche Öffentlichkeit oder eine qualifizierte Verwaltungsebene eine Chance hatte, sich einzubringen.

Tatsache ist, dass niemand ernsthaft von einem zahnärztlichen Kollegen verlangen wird, standespolitische und vertragszahnärztliche Belange unter finanziellen persönlichen Verlusten zu erbringen, auch wenn nunmehr die Ehrenamtlichkeit der vergangenen Jahre der freiwillig angestrebten Hauptamtlichkeit für die nächsten sechs Jahre gewichen ist.

Tatsache ist, dass verständlicherweise fast jeder Bewerber versucht hat, seine Dienste bestmöglich zu verkaufen. Forderungen zu stellen, ist legitim.

Unverständlich ist jedoch die Tatsache, dass die Mitglieder der Vertreterversammlungen der meisten KZVen ohne zwingende Notwendigkeit den Ansprüchen und finanziellen



Forderungen der Vorstandsmitglieder ohne jedes Verantwortungsgefühl und Augenmaß bedingungslos gefolgt sind mit den entsprechenden Auswirkungen auf der Bundesebene. Zwar hat es in den Gremien lange Diskussionen unter Ausschluss der Öffentlichkeit gegeben, in den geheimen Abstimmungen haben aber wieder einmal die alten Seilschaften Gehorsam bewiesen. Warum?

Hier gilt ein altes Sprichwort. Eine Hand wäscht die andere. Gib mir Deine Stimme, und ich werde dafür sorgen, dass Du Deinen Posten behältst, dass auch Du wieder gewählt wirst oder dass auch Deine Bezüge erhöht werden! Nachdem diese Zusammenhänge deutlich geworden sind und Außenstehende die breite zahnärztliche Öffentlichkeit informieren mussten, fehlt in der Kollegenschaft jedes Verständnis für die Selbstbedienungsmentalität der neuen alten Vorstandsvorsitzenden in der Bundes-KZV und in den Länder-KZVen. Sie haben offensichtlich ihre Positionen und ihre Einflüsse rechtzeitig genutzt, um ihre neuen Posten, dieses Mal gleich für sechs Jahre, zu sichern. Hinterfragen Sie aber in diesem Punkt auch die Haltung und das Abstimmungsverhalten Ihres Vertreters, für den Sie bei der letzten Listenwahl der KZV votiert haben. Denn ohne Mehrheiten kommen auch in den Vertreterversammlungen keine Beschlüsse zustande.

Dr. Peter Nachtweh

Sachlichkeit und Konsensbereitschaft sind die Grundlagen erfolgreicher KZV-Arbeit

Interview mit Dr. Annette Bellmann, Vorsitzende der VV der KZV Berlin

Forum: Frau Dr. Bellmann, herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl, die durch die Zustimmung über alle Fraktionen der Vertreterversammlung hinweg überzeugend war. Nachdem Sie schon die erste stellvertretende Kammerpräsidentin der Bundesrepublik waren, sind Sie nun Vorsitzende der Vertre-

tersammlung (VV) in Berlin. Ein schwieriger und verantwortungsvoller Posten, aber auch eine Chance zur Mitgestaltung.

Dr. Bellmann: Ja, das ist richtig, ich freue mich über das in mich gesetzte Vertrauen. Der DAZ ist angetreten, mit

allen politischen Verbänden der Berliner Zahnärzte zum Wohle und Nutzen der Kollegenschaft zusammenzuarbeiten. Mit meiner Wahl hoffe ich, dieser Verantwortung gerecht zu werden.

Forum: Die Wahl des Vorstandes der KZV verlief sehr emotional, wie man

in mehreren Zeitungen nachlesen konnte.

Dr. Bellmann: Das ist richtig. Die Zusammensetzung der VV ist so, dass es keine komfortable Mehrheit für einen Verband gibt. Ursprünglich war ein Konsens über alle Gruppierungen für die Besetzung des Vorstandes angestrebt worden. Jedoch gab es dann kurzfristig vor der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung aus Reihen der Opposition eigene Kandidaten. Die Befragung dieser Kandidaten verlief sehr emotional und wurde zum Teil unsachlich und persönlich kränkend geführt.

Forum: Es gab auch erhebliche Diskussionen um die Vergütung des Vorstandes.

Dr. Bellmann: Ja, und wenn man die Bezüge mit den Vorständen anderer KZV'en vergleicht, gehört der Berliner Vorstand mit zu den Spitzenverdienern (MBZ Nr. 6), obwohl wir nur 3.200 Kassenzahnärzte zu betreuen haben. Von der Opposition waren 140.000 Euro pro Jahr als angemessene Vergütung angedacht. Durch Verhandlungen während der konstituierenden Sitzung, besonders auf Drängen des IUZB, der Liste Schmiedel, der Freien Zahnärzte und von Dr. Kalz konnte sich ein Jahreseinkommen von 175.000 Euro durchsetzen. Ich denke, nun muss man dem Vorstand Zeit geben, zu beweisen, dass er dieses Geld wert ist.

Forum: Die Gestaltung der Dienstverträge für die Vorstandsmitglieder hat besonders in den Reihen von IUZB und BUZ Diskussionen hervorgerufen. Hatten die Vertreter keinen Einfluss auf die Dienstverträge des Vorstandes?

Dr. Bellmann: Die Termine für die Verhandlungen waren für alle Beteiligten kurzfristig. Sie müssen bedenken, dass die Vertreter ehrenamtlich neben ihrer Praxis arbeiten. Dazu kam der ungünstige Zeitpunkt des Jahreswechsels mit Urlaub und Feiertagen. Demzufolge gestaltete sich der Informationsfluss träge. Der uns vorgelegte Dienstvertrag wurde von unabhängigen spezialisierten Rechtsanwälten begutachtet und präzisiert. Vertreter aller Verbände haben am „Runden Tisch“ im Beisein eines dieser unabhängigen Arbeitsrechtler diskutiert und die Texte verändert. Im Vorfeld wurden Vergleiche mit Dienstverträgen anderer KZV'en angestellt. Dabei wurde auch klar, dass bei den Verhandlungen um die Bezüge des Vorstandes während der konstituierenden Sitzung Missverständnisse und ungenaue Festlegungen zu Kontroversen führen würden. Während der VV wurde nicht nur der von uns verpflichtete Rechtsanwalt zur Klärung der Fragen der Vertreter zugelassen,

sondern auch der Rechtsanwalt der IUZB. In demokratischer Weise wurden die strittigen Punkte der von uns vorgelegten Dienstverträge diskutiert und abgestimmt. Die aufgeworfenen Fragen wurden von beiden Rechtsanwälten beantwortet. Ich denke, auch als oppositionelle Gruppe muss man akzeptieren, dass mehrheitliche Beschlüsse gefällt werden, falls man keine konsensuale Lösung erreicht. Das ist Demokratie!

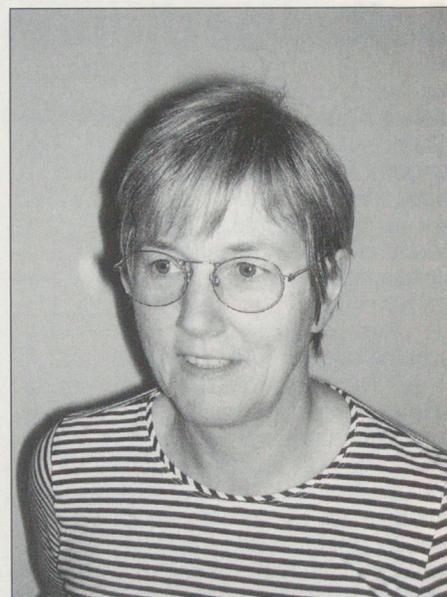
Forum: Im Verbandsblatt der Berliner Zahnärzte wird von Herrn Husemann unterstellt, das einige Vertreter ihre Verantwortung den Zahnärzten gegenüber nicht gebührend wahrnehmen. Er spricht sogar von Amtsmissbrauch. Wie sehen Sie diesen Sachverhalt?

Dr. Bellmann: Für Außenstehende sei erläutert, dass es nicht nur bei den Vorstandswahlen, sondern auch bei der Befragung von Kandidaten für weitere Posten teils sehr emotional zugeht. Insbesondere bei einem Bewerber kam es zu einer heftigen Auseinandersetzung. Tatsächlich hatte dieser Kollege einmal versucht, einen Gutachter unter Druck zu setzen, sich allerdings für dieses Verhalten, das zweifellos als Fehlverhalten anzusehen ist, später entschuldigt. Dr. Husemann vom Verband der Zahnärzte von Berlin war dieser Vorfall willkommener Anlass, um mit ausgesprochen emotionalen Anschuldigungen die Beteiligung dieses Bewerbers zu vereiteln. Als Versammlungsleiterin stand ich vor der Frage, ob der Ausschluss der Öffentlichkeit erforderlich werden würde, und habe mich für die Fortsetzung in nicht-öffentlicher Sitzung entschieden, obwohl ich öffentliche Gremien-Sitzungen für ein Grundelement der Demokratie halte. Dr. Husemann hat diese Angelegenheit im „Berliner Zahnarzt“ thematisiert. Ich kann nur allen Beteiligten empfehlen: Beschränken Sie sich auf Tatsachen und auf sachliche Argumentation! Nur damit können wir vor der Öffentlichkeit bestehen, und nur das führt bei den schwierigen Fragen, die es zu lösen gilt, weiter.

Forum: Was sind denn Ihres Erachtens die Anliegen, mit denen die Vertreterversammlung sich vorrangig beschäftigen sollte?

Dr. Bellmann: Tatsächlich brennen uns ganz viele Themen auf den Nägeln:

- Gibt es bald Rechtssicherheit für die umstrittenen Gelder aus dem HVM 1997-1999?
- Wie wird mit den einbehaltenen Honoraren ab dem Jahr 2000 verfahren?



Dr. Annette Bellmann

- Wie wird das neue Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung aussehen?

- Sind die neuen Festzuschüsse im ZE-Bereich nur in der Anfangsphase ein Problem, oder wird es dauerhaft geringere ZE-Inanspruchnahme geben? Wie reagiert die KZV auf eventuelle dauerhafte ZE-Rückgänge?

Da weitere Dinge anstehen und neu auf uns zukommen, hier mal einige grundsätzliche Gedanken. Die sachliche und fachlich fundierte Diskussion muss in der VV Vorrang haben. Wir brauchen Engagement und Bereitschaft zur Zusammenarbeit über alle Gruppierungen hinweg. Deshalb appelliere ich an die beteiligten Kolleginnen und Kollegen, die Meinungen der anderen anzuhören und zu akzeptieren und zum Wohle der Kollegenschaft nach Konsens zu suchen. Im sachlichen Streit sollte niemand vergessen, dass persönliche Diffamierungen das Bild aller Zahnärzte in der Öffentlichkeit schädigen. Um Streitfälle unter Kollegen zu klären, gibt es Schlichtungsstellen. Für offene Fragen stehen die Mitglieder des Vorstandes und des Hauptausschusses als Bindeglied zur VV zur Verfügung. Ein Einschalten von Rechtsanwälten, Staatsanwaltschaft und das Anrufen der Aufsichtsbehörde sollten die Ausnahme und nicht der Regelfall sein. Wir haben diese gewählte Körperschaft als ein Pfand, das nicht verspielt werden soll!

Konstruktive Zusammenarbeit zur Lösung unserer gemeinsamen Probleme - das ist mein Wunsch für die nächsten Jahre!

Patientenbehandlung an Universitäten muss sichere Finanzierung erhalten

Überlegungen zur Kritik des Wissenschaftsrates an der universitären Zahnmedizin

Anfang Februar hat der Wissenschaftsrat (WR), der die Bundesregierung und die Länderregierungen in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung sowie des Hochschulbaus berät, seine Evaluationsarbeiten abgeschlossen und seine „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“ (übers Internet oder die DAZ-Geschäftsstelle zu beziehen) der Öffentlichkeit vorgestellt.

Dabei listete er eine große Zahl von Problemen auf, die nur über umfangreiche politisch gewollte Veränderungen zu beheben sind, wie z.B. die Änderung der Kapazitätsverordnung (die die Relation Lehrkräfte zu Studierenden festlegt), die Novellierung der Approbationsordnung und die Modernisierung der Universitätsstruktur. Welche Vorstellungen die DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform hierzu vertritt, zeigt Dr. Strippel im anschließenden Beitrag auf.

Zuvor aber zu einem der eher „kleineren“ Probleme, mit dem sich der WR beschäftigt hat: der – aus seiner Sicht

unterfinanzierten – universitären Patientenbehandlung. Wie der Wissenschaftsrat ausführt, nehmen die ZMK-Zentren an den Hochschulen wichtige Funktionen der ambulanten Maximalversorgung wahr und betreuen Patienten in weit größerem Umfang, als es für Forschung und Lehre erforderlich ist. Dabei geht es zu einem großen Teil um Fälle, die die normale Zahnarztpraxis überfordern oder die für niedergelassene Zahnärzte unattraktiv sind, weil die erreichbaren Kassenhonorare dem erforderlichen Aufwand nicht entsprechen.

Der Wissenschaftsrat nennt Beispiele wie „Tumordiagnostik und -therapie, Traumatologie, Epithetik, schwere Dysgnathien, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, schwere Parodontopathien, Risikopatienten, chronischer Kiefergesichtsschmerz, behandlungsunwillige Kinder, Behandlungen in Allgemeinanästhesie, behinderte Patienten, Funktionsstörungen, Infektionen, Material- und Prothesenunverträglichkeit.“ Für die praktische Ausbildung der Studenten sind diese Fälle nicht geeignet. Sie müssen also mit viel Zeitaufwand von Angehörigen des Lehrkörpers versorgt

werden, was angesichts der nicht kostendeckenden Honorierung nicht durch Aufstockung des Personals kompensiert werden kann. Anders als die „normalen“ Praxen, für die der Honorarmaßstab entwickelt wurde, können die Kliniken nicht auf eine Mischkalkulation setzen und aufwändige durch weniger aufwändige Behandlungen subventionieren. Denn bei ihnen konzentrieren sich ja gerade die besonders betreuungsintensiven Krankheitsbilder. Diese Entwicklung hat sich in den letzten Jahren verschärft. Der Wissenschaftsrat beobachtet eine Zunahme der Komplexität der an den Universitäten behandelten oralen Erkrankungen, eine Zunahme des Anteils der multimorbiden und der Risiko- und Infektionspatienten.

In der Konsequenz bedeutet der intensive Einsatz von Hochschulmitarbeitern bei der Patientenbetreuung eine Verknappung der personellen Ressourcen für Lehre und Forschung. Der Wissenschaftsrat hat insbesondere die zu geringen Forschungsaktivitäten der deutschen Zahnmedizinfakultäten und die unzulängliche wissenschaftliche Ausbildung der Studierenden kritisiert, dabei aber nicht

Auszug aus Schreiben des AOK-Bundesverbandes vom 22.03.2005, der stellvertretend für alle Spitzenverbände geantwortet hat

Betr.: Finanzierung der Patientenversorgung in Universitätskliniken der zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

„... Vordringliches Interesse der Krankenkassen muss eine ausreichende zahnmedizinische Versorgung ihrer Versicherten sein. Die Gewähr dafür, dass die Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen entspricht, übernehmen laut Gesetz die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Sie bedienen sich dabei im überwiegenden Maße in freier Praxis niedergelassener Zahnärzte. Uns liegen zur Zeit keine regionalen Kenntnisse darüber vor, dass aufwändige Versorgung nicht durch die niedergelassenen Zahnärzte erbracht werden, so dass nur die ambulanten Einrichtungen der Universitätskliniken die medizinisch notwendigen Leistungen erbringen können. Aus diesem Grund besteht nach unserer Auffassung auch nicht die Gefahr eines Versorgungsdefizits, welches durch andere Anbieter geschlossen werden müsste.

Die Zulassung von Hochschulkliniken zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung leitet sich in erster Linie aus der Berechtigung ab, Forschung und Lehre im erforderlichen Umfang durchführen zu können. Die Komplexität der Behandlungsfälle sollte nach unserer Auffassung kein Kriterium dafür sein, dass die Behandlung nicht von einem niedergelassenen Zahnarzt erbracht werden kann. Innovationen und die Behandlung von Patienten im Rahmen der Studentenausbildung fallen dagegen in den Bereich Forschung und Lehre und sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln zu finanzieren.

Dass die Hochschulen daneben auch einen Beitrag zur Versorgung der Versicherten leisten, wird von uns nicht bestritten. Zur Vereinbarung einer ausreichenden Vergütung für diese Fälle hat der Gesetzgeber im Zuge der Einführung des Fallpauschalengesetzes zum 1. Januar 2003 einerseits Direktverträge zwischen Krankenkassen und Hochschulkliniken vorgesehen und andererseits den Vergütungsabschlag für Forschung und Lehre von 20 Prozent abgeschafft. Dies eröffnet den Parteien die Möglichkeit, flexible Vergütungsvereinbarungen zu treffen.

Sollte die Versorgung der Versicherten durch andere Umstände gefährdet sein, sind die Krankenkassen jederzeit bereit, die Hochschulkliniken über den zur Forschung und Lehre erforderlichen Umfang hinaus in die Versorgung ihrer Versicherten einzubinden und entsprechende Honorarverträge abzuschließen. Als Beispiel möchten wir die unbefriedigende Situation der kieferorthopädischen Versorgung nach kollektivem Zulassungsverzicht von niedergelassenen Kieferorthopäden in einigen Zulassungsbereichen in Niedersachsen anführen. Nach unserer Kenntnis haben die Hochschulkliniken durch Übernahme laufender Behandlungen entscheidend dazu beigetragen, die Versorgungssituation zu entspannen. Dies wurde dadurch ermöglicht, dass Direktverträge zwischen Hochschulkliniken und Krankenkassen geschlossen wurden. ...

Mit freundlichen Grüßen – Dr. Hans Jürgen Ahrens“

verschwiegen, dass die Zahnmediziner auch eine schlechtere Ausgangslage als z.B. ihre Kollegen von der übrigen Medizin haben. Verschiedene Regelungen (geringere Berücksichtigung von Leistungen in der Patientenversorgung, geringere Anrechnung von Unterricht am Patienten bei doppelt so großen Gruppenstärken, kapazitätswirksame Anrechnung von nicht-medizinischen Wissenschaftlern usw.) führen zu einer deutlich ungünstigeren personellen Ausstattung in der Zahnmedizin.

Aber zurück zur Vergütung der universitären Patientenbehandlung. Ungeachtet der schwerwiegenden Fälle, die vom Lehrpersonal behandelt werden müssen, gibt es natürlich für die Hochschulen die Notwendigkeit, Patienten für die praktische Ausbildung der Studenten zu rekrutieren, und zwar Patienten mit weniger komplexen, mit „Standard“-Problemen. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass solche Patienten, die ebenso gut erfahrene niedergelassene Behandler (anstelle von wenig routinierten, noch übenden Studenten) in Anspruch nehmen können, oftmals nur durch finanzielle Abschlüsse gewonnen werden können. In zunehmendem Maße kommen Patienten aus unteren sozialen Schichten an die Unikliniken, die auf eine Behandlung ohne höhere Selbstbeteiligung angewiesen sind. Insgesamt ergibt sich, dass die im Rahmen der Studentenausbildung erbrachten Therapien keineswegs zur Kompensation von Verlusten in der Intensivbehandlung herangezogen werden können. Bis 2003 kam noch erschwerend ein 20prozentiger Vergütungsabschlag seitens der Kassen hinzu.

Im Ergebnis kann man sagen, dass die universitäre Patientenbehandlung einerseits eine Notwendigkeit ist, weil sie eine offensichtlich bestehende und sogar noch größer werdende Versorgungslücke schließt. Andererseits scheint sie immer mehr zum Zuschussgeschäft zu werden bzw. Ressourcen zu binden, die eigentlich für Lehre und Forschung zur Verfügung stehen müssten. Der Wissenschaftsrat spricht von einer „Quersubventionierung der Krankenversorgung aus den Etats der Wissenschaftsministerien“. In seiner Pressemeldung anlässlich der Vorstellung seines Gutachtens appelliert der Wissenschaftsrat an die Krankenkassen, „die Versorgungsleistungen der universitären Zahnmedizin ohne ungerechtfertigte Abstriche anzuerkennen“.

Wir haben uns daraufhin an mehrere Spitzenverbände der Krankenkassen gewandt und gefragt, welche Möglichkeiten der angemessenen Finanzierung komplexer Patientenbehandlung an den Unis sie sehen. Die Gefragten reagierten „gemeinsam und einheitlich“ mit einem Schreiben des AOK-Bundesverbandes, dessen wichtige Passagen wir nachfolgend dokumentieren. Sie ziehen sich pauschal hinter die Delegation des Versorgungsauftrages an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie hinter die steuerzufinanzierenden

Aufgaben im Bereich Forschung und Lehre zurück. Zweifellos haben sie einige Argumente auf ihrer Seite. Aber es nützt ja nichts, in dieser schwierigen Frage den schwarzen Peter nur weiterzuschieben. Damit werden die Kassen unseres Erachtens ihrer Verantwortung für ihre Versicherten im Besonderen und für die Versorgungslandschaft im Allgemeinen nicht gerecht.

Wenn - wie der Wissenschaftsrat ausführt - bestimmte Behandlungen „für niedergelassene Kollegen wirtschaftlich nicht mehr tragbar sind“ und auch bei den Universitäten zu Schwierigkeiten führen, dann droht, je härter die Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen werden, um so mehr die Unterversorgung der betroffenen (Kassen-)Patienten. Angesichts dieses Umstandes sollten auch AOK und Co. mit nach Lösungen suchen. Ein Angebot in diese Richtung macht Dr. Ahrens in seinem Schreiben, indem er auf die Möglichkeit von Direktverträgen zwischen Hochschulkliniken und Krankenkassen hinweist. Hierzu führt allerdings der Wissenschaftsrat aus, dass bisher „die Kassen bei ihren unmittelbaren Budget-Verhandlungen mit den Universitätsklinikern unter Verweis auf das ‚Gebot der Kostenneutralität‘ die Übernahme der Mehrkosten verweigert“ hätten.

Die Finanzierung der Behandlung bleibt also trotz Abschaffung der Vergütungsabschlüsse und Möglichkeiten der Direktverträge ein Problem - ein Problem, bei dem u.E. weiterhin die gesetzlichen Kassen gefordert sind, aber neben ihnen auch noch andere, zum Beispiel die KZVen, die schließlich den Sicherstellungsauftrag für alle gesetzlich Versicherten haben, sowie der Bund und die Länder als Träger der Hochschulen.

In den nächsten fünf Jahren müssen Fortschritte erzielt werden, und dies keineswegs nur bei der hier behandelten Finanzierungsproblematik. Der Wissenschaftsrat hat den Zuständigen innerhalb und außerhalb der Hochschulen eine Reihe von Hausaufgaben mit auf den Weg gegeben, die sie auf Dauer nicht ignorieren dürfen. Im Fall von Untätigkeit droht die Schließung einzelner Standorte, und es steht auch in Frage, ob die Zahnmedizin überhaupt auf Dauer an den Hochschulen angesiedelt bleiben oder auf Fachhochschulniveau degradiert wird. Hier spielen durchaus die auch vom Wissenschaftsrat beobachteten, zum Teil von zahnärztlichen Verbänden und Körperschaften unterstützten Tendenzen, die zahnärztliche Behandlung zu einem kommerzialisierten Wellness- und Beauty-Angebot zu entwickeln, eine Rolle. Wir werden die nächsten Schritte verfolgen und uns nach Kräften dafür einsetzen, dass Ausbildung und Forschung auf hohem wissenschaftlichen Niveau stattfinden und die Verbindung zur Medizin ausgebaut wird.

Dr. Celina Schätze
Irmgard Berger-Orsag

Impulse für die Studienreform

Anfang des Jahres hat der Wissenschaftsrat „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“ veröffentlicht. Es handelt sich um einen fundierten Überblick über die Situation der zahnmedizinischen Lehre, Forschung und Krankenversorgung. Die DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform (AGSR), die von den Berufsverbänden Vereinigung Demokratische Zahnmedizin und Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde getragen wird, begrüßt die meisten Anregungen des Rates zu einer Verbesserung der zahnmedizinischen Ausbildungssituation.

Struktur verbessern

Der Wissenschaftsrat (WR) weist auf die unzureichende Ausstattung mit Lehr- und Forschungspersonal (Wissenschaftlern) hin. In Japan stehen 24% mehr Personal je Student zur Verfügung, in den USA sogar 59%. Hierzulande kommen in der Zahnmedizin dreimal so viele Studierende auf einen Wissenschaftler wie in der Humanmedizin. Die Gruppengröße liegt für Unterricht am Patienten in der Zahnmedizin bei sechs, in der Medizin bei drei. Konsequenterweise empfiehlt der WR, eine Gruppengröße im klinischen Unterricht von drei „anzustreben“ und mehr Kleingruppenunterricht durchzuführen.

Die Kapazitätsverordnung rechnet die Leistung der zahnmedizinischen Ausbilder erheblich geringer an; der Anrechnungsfaktor liegt in der Humanmedizin bei 0,5, in der Zahnmedizin nur bei 0,3. Mit viel weniger Personal soll also die gleiche Lehrleistung erbracht werden. In der Schweiz werden nach Auskunft des WR etwa viermal so viel Mittel je Studierendem aufgewandt wie in Deutschland! Aus den Angaben des Wissenschaftsrats lässt sich folgern, dass mehr in die Ausbildung der zukünftigen Zahnmediziner investiert werden sollte, was ja auch zur generellen Forderung nach mehr Ressourcen für Bildung und Forschung passt.

Ein Teilaspekt der WR-Anregungen zur Verbesserung der Lehre ist, dass niedergelassene Zahnärzte einbezogen werden sollen. Hierfür böte es sich an, wie in der Allgemeinmedizin so genannte Lehrpraxen in das Curriculum einzubinden. Niedergelassene Zahnärzte sollten in begrenztem Umfang als Teilzeitdozenten an der Universität beschäftigt werden. Beides solle nicht auf die Kapazität angerechnet werden.

Akademische Kultur

Eine grundlegende Kritik des WR am derzeitigen Studium lautet, dass „sich die intellektuellen Anforderungen des Zahnmedizinstudiums oftmals auf eine überwiegend rezeptive und repetitive Bewältigung einer großen Stofffülle [...] und mechanisch-technische Fertigkeiten“ beschränken. Zwar spricht sich der Wissenschaftsrat dafür aus, die Zahnmedizin weiterhin bei den Universitäten anzusiedeln. Aber er erwartet ein Mehr an „akademischer Kultur“. Das betreffe nicht nur die „schwach ausgeprägte Forschungsorientierung“ der Zahnmedizin, sondern auch die Ausbildung

der Studierenden. Eine zukünftige Approbationsordnung (AppO-Z) müsse vorsehen, Studierende an Forschungsthemen heranzuführen und im wissenschaftlichen Denken und Arbeiten zu schulen. Hierfür möchte der WR alle Studierenden in der AppO-Z zu einer wissenschaftliche Arbeit verpflichten, die in einem Zeitrahmen von vier bis sechs Monaten zu erstellen ist. Mit der Approbation solle die Berufsbezeichnung „Dentalmedizinischer Doktor“ (wie in den USA „DMD“) verliehen werden. Der akademische Grad „Dr. med. dent.“ solle nur noch für Dissertationen verliehen werden, die einen substanziellen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt leisten.

Fächerspektrum

Der Wissenschaftsrat hält nichts von der rückwärtsgerichteten Maxime der Standesvertreter, um jeden Preis die „Einheitlichkeit des Berufsstands“ hochzuhalten. Vielmehr müssten mehr Spezialisierungen möglich sein. Und diese spiegeln sich auch im Fächerspektrum, das der Wissenschaftsrat vorschlägt: Zu den bisherigen vier Hauptfächern soll die Parodontologie hinzutreten. Außerdem sind Querschnittsbereiche wie Oralmedizin, Public Health, Zahnärztliche Anästhesie/Schmerztherapie, Gerostomatologie und Kinderzahnheilkunde vorgesehen.

Approbationsordnung

Die Approbationsordnung, aber auch die Kapazitätsverordnung müssen neu gefasst und überarbeitet werden, um die adäquate Ausbildung zukünftiger Zahnärzte zu sichern. Der Wissenschaftsrat teilt einen wesentlichen Kritikpunkt der VDZM-DAZ-Arbeitsgruppe Studienreform (AGSR): Das Curriculum muss von unnötigen Inhalten entlastet werden, und da bietet sich die Zahntechnik an. Der Zahnarzt, sagen AGSR wie Wissenschaftsrat, muss zahntechnische Arbeitsweisen zwar kennen, nicht aber alle selber ausführen können. Ausbildungsanteile, die ausschließlich der routinemäßigen Anfertigung von Zahnersatz dienen, sollten daher im Studium auf wenige Beispiele begrenzt werden. Die AGSR wurde in ihren Vorschlägen noch konkreter: Die Studierenden sollten alle zahntechnischen Arbeiten einmal ausgeführt haben, aber in den klinischen Ausbildungsanteilen und den Prüfungen nicht mehr selbst ausführen müssen. Die „kleine insuffiziente Zahntechnikerlehre“ verbraucht Ausbildungszeit, die für Wichtiges benötigt wird.

Hochschullehrer: Hausaufgaben nur teilweise gemacht

Etwa gleichzeitig mit der Wissenschaftsrats-Veröffentlichung gaben die Zahnmedizin-Professoren ihre Konzept zur Studienreform bekannt. Die Vereinigung der Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) hat die reformierte Humanmedizin-Approbationsordnung berücksichtigt, die im Jahr 2002 in Kraft getreten ist. So finden sich viele positive Elemente wieder, beispielsweise die Regel, dass in gegenstandsbezogenen Studiengruppen eigenständiges, problemorientiertes Arbeiten geübt werden sollen, oder dass Studierende durch eigene Beiträge fächerübergreifende Probleme und Beziehungen zwischen medizinischen Grundlagen und klinischen Anwendungen zu verdeutlichen

haben. Aber insgesamt weist die VHZMK-Publikation noch nicht den Weg zur einer wirklich besseren Ausbildung der Zahnärzte. Hauptproblem ist, dass die Studierenden wie bisher erst im siebten von zehn Semestern an den Patienten kommen und somit nur vier Semester am Patienten tätig werden sollen. Das Konzept der AGSR dagegen sieht sechs Semester Arbeit am Patienten vor, davon fünf mit invasiven Maßnahmen. Die VHZMK schafft es nicht, mehr Praxisnähe und Patientenarbeit in ihrem Curriculum-Entwurf unterzubringen, weil sie die Zahnmedizinstudenten bis zum vierten Semester die gleichen Kurse absolvieren lassen will wie die Medizinstudenten. Dieser Ansatz ist zu schematisch. Gemeinsame Studienjahre in der Vorklinik dienen nicht dem Ziel einer verbesserten Integration von Medizin und Zahnmedizin. Dies lässt sich eher durch eine verstärkten, auf den Bedarf der Zahnmedizin abgestimmte medizinischen Unterricht im klinischen Studienabschnitt erreichen. Das Medizinstudium umfasst sechs Jahre, das Zahnmedizinstudium nur fünf Jahre. Daher kann im Zahnmedizinstudium nicht so viel Zeit für vorklinische medizinische Inhalte verwandt werden, wenn die praktische Ausbildung der Zahnmedizinstudenten im notwendigen Umfang gewährleistet sein soll. Die rein formale Übernahme des humanmedizinischen Studienanfangs führt auch dazu, dass der zukünftige Zahnarzt vor Studienbeginn einen dreimonatigen Krankenpfordienst absolvieren soll. Der soll ihn „in Betrieb und Organisation eines Krankenhauses“ einführen und ihn „mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut“ machen. Wozu soll denn das dienen? Eine zahnärztliche Famulatur dagegen, die mit der zahnärztlichen Versorgung vertraut machen soll und die auch die AGSR für sehr sinnvoll hält, soll gemäß VHZMK-Konzept nicht vor Aufnahme des Studiums abgelegt werden.

Der Wissenschaftsrat hat gemahnt, „Partikularinteressen der einzelnen Fächer“ „zu Gunsten einer substanziellen Neugewichtung der Ausbildungsinhalte zurückzustellen. Von den Hochschullehrern, die die Interessen der vier „großen“ Fächer vertreten, war das nicht wirklich zu erwarten. Von daher sind die VHZMK-Vorschläge zur Neugewichtung auch noch unzureichend. Beispielsweise kann es nicht befriedigen, das Studierende wie bisher in der Kieferorthopädie-Prüfung eine kieferorthopädische Behandlungsapparatur herstellen soll. Dies hat Rückwirkungen auf die Ausbildung, in der dann unnötigerweise wieder Zahntechnik und nicht die eigentliche Kieferorthopädie geübt wird.

Modellklausel

Der Wissenschaftsrat empfahl, eine novellierte Approbationsordnung sollte die Erprobung von Modellstudiengängen für Zahnmediziner ermöglichen. Das hatte die VHZMK schon früher und auch in ihrem derzeitigen Vorschlag abgelehnt. Die AGSR hatte sich dagegen für eine Modellklausel in der AppO-Z analog zur medizinischen Approbationsordnung ausgesprochen. Mit neuen Modellen könnten innovative Universitäten Unterrichtsformen und Studienstrukturen erproben.

Die AGSR wird die Vorschläge des Wissenschaftsrats weiter analysieren und den eigenen Reformvorschlag weiterentwickeln. Einige Vergleiche stellt schon die Tabelle auf dieser Seite her. Wenn die Approbationsordnung schon novelliert werden soll, dann soll auch ein Zahnmedizinstudium resultieren, dass wirklich „up to date“ ist, ohne Rücksicht auf das Bremsen der Interessengruppen. Das Projekt Studienreform muss sich daran messen, ob es etwas für die Zielgruppen und die „Kunden“ bringt, also für die Patienten und für die Studenten.

Dr. Harald Strippel,
M.Sc. in Dental Public Health

Wissenschaftsrat	DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform	VHZMK (Zahnmedizin-Professoren)
Raum für neue Lehrinhalte schaffen	Rein zahntechnische Anteile stark reduziert; bspw. keine Anfertigung von Zahnersatz im „Physikum“, stattdessen Prüfung am Phantomkopf	Rein zahntechnische Anteile reduziert; aber bspw. auch weiterhin Anfertigung von Zahnersatz im „Physikum“
Anforderungsprofil für den europäischen Zahnarzt als Mindestanforderung.	Noch nicht berücksichtigt	
Gruppengrößen im klinischen Unterricht herabsetzen, Gruppengröße von i.d.R. drei Studierenden anstreben	Zahnarzt betreut bei Patientenbehandlung eine Gruppe von höchstens drei Studierenden	
Synoptische Betrachtungsweise	Parallele Kurse in verschiedenen Behandlungsdisziplinen	Integrierte Kurse mit verschiedenen Schwerpunkten
Bundeseinheitliche kenntnisbezogene Abschlussprüfungen (Institut f. med.-pharmazeutische Prüfungsfragen)	Nein, keine „Ankrenzprüfungen“, sondern mündlich-praktische Prüfungen, um Lernen in sinnvollen Zusammenhängen zu schulen	Teils-teils: „Ankrenzprüfung“ nach zwei Semestern, weitere Prüfungen mündlich-praktisch
Erprobung von Modellstudiengängen an einzelnen Universitäten	Ja	Nein
Keine konkreten Lehrpläne vorgeben	Keine Lehrpläne vorgegeben, obwohl die Vorschriften zu Leistungsnachweisen (Scheinen) das Studium strukturieren	

Das Präventionsgesetz: Vorfahrt für Vorbeugung oder für neue Paragraphen?

Jahrelang war darüber diskutiert worden – nun sollte es kommen, das Präventionsgesetz auf Bundesebene. Der DAZ hatte sich, bezogen auf den zahnmedizinischen Bereich, schon längst so etwas gewünscht: ein Bundesjugendzahnpflegegesetz, musste sich aber von Juristen belehren lassen, dass so etwas nicht möglich sei, wegen der Kollision mit Länderkompetenzen. Tatsächlich kam in den letzten Jahrzehnten kein umfassendes Gesetz des Bundes zu dieser Thematik, jedoch wurden nach und nach durch einzelne neue Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V länderübergreifend einheitlichere Bedingungen geschaffen und insbesondere die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen mit Ressourcen und Konzepten ausgestattet.

Insofern war vielleicht der Drang, sich an der Debatte um das Präventionsgesetz zu beteiligen, bei Zahnärzten nicht ganz so groß. Aber entscheidender war wahrscheinlich noch, sobald der Gesetzentwurf der Regierungskoalition vorlag, der abschreckende Effekt dieses ausufernden Paragraphenwerkes von anfänglich fast 150 Seiten. Der eine oder andere hat mühsam den Papierberg durchgeackert und sich des Eindrucks nicht erwehren können, dass da ein vielleicht ein bürokratischer Wasserkopf geschaffen wird und diejenigen, die

sich landauf landab ganz praktisch und an der Basis für gesundheitsförderliches Verhalten einsetzen, es mit dem Gesetz nicht unbedingt leichter haben werden.

Nicht nachvollziehbar ist aber für jeden, der sich ein wenig in den Strukturen unseres Staates und unserer Gesellschaft auskennt, dass sich der Gesetzentwurf bzw. das inzwischen vom Bundestag mit Mehrheit verabschiedete Gesetz an einigen Stellen ganz ungeniert über die verfassungsrechtlich festgelegte Zuständigkeitsverteilung von Bund und Ländern auf der einen Seite und von Staat und Sozialversicherung auf der anderen hinwegsetzt. Dabei geht es nicht um überflüssige Formalia. Was insbesondere die verschiedenen Zweige der Gesetzlichen Sozialversicherung betrifft, so hat der Staat schon viel zu oft in ihre Taschen gegriffen bzw. einem Sozialversicherungsträger, der von den Beiträgen der gesetzlich Versicherten gespeist wird, Aufgaben auferlegt, die der gesamten Gesellschaft zugute kommen und folgerichtig hätten aus Steuermitteln bezahlt werden müssen.

Verschiedene Fachleute haben bei der Beratung über das Präventionsgesetz ihre Bedenken vorgetragen. Die Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen kamen auf

Grundlage eines Gutachtens des Verfassungsrechtlers Prof. Dr. Otfried Seewald, Universität Passau, zu dem Schluss, dass wesentliche Bestimmungen des Gesetzes verfassungswidrig sind, und forderten eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs. Wer die folgerichtige Argumentation nachvollziehen will, kann die Stellungnahme bei der DAZ-Geschäftsstelle anfordern.

Der Bundestag setzte sich über alle Einwände hinweg. Offensichtlich hatte es die Regierung eilig, dieses Projekt, das endlich mal kein Kürzungsgesetz sondern hoffentlich eine ihr Sympathien einbringende Neuerung zum Wohl der Bürger werden sollte, unter Dach und Fach zu bringen. Inzwischen ist klar, dass die Eile vonnöten war, denn bis zur nächsten Wahl ist's nicht mehr weit.

Bei aller grundsätzlichen Unterstützung für den Ausbau von Prävention überwiegt im DAZ die Skepsis gegenüber dem neuen Gesetz, dessen weiteres Schicksal (evt. Ablehnung im Bundesrat, Weitergabe an den Vermittlungsausschuss usw.) bei Redaktionsschluss noch nicht feststand. Unsere Bedenken finden Sie zusammengefasst in der nachfolgenden Presseerklärung.

Irmgard Berger-Orsag

Pressemeldung

Zahnärzterverband DAZ kritisiert schwere Mängel beim geplanten Präventionsgesetz

Köln, 03.02.2005 - Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) lehnt den gestern vom Bundeskabinett verabschiedeten Entwurf eines Präventionsgesetzes wegen Überbürokratisierung, Ineffektivität und ungerechter Lastenverteilung ab. Seit seiner Gründung hat sich der DAZ der Förderung der Vorbeugung verschrieben und bundesgesetzliche Regelungen, wie sie bspw. im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe etabliert wurden, gefordert und unterstützt. Umso größer ist seine Enttäuschung über den jetzt vorgelegten Entwurf. Der in einem schwer überschaubaren Paragraphenwerk beschriebene gesetzliche Rahmen droht vieles in Bürokratie und Verregelung zu ersticken und bereits funktionierende Präventionsmaßnahmen sowie die Gesundheitsförderung nach dem wirksamen Prinzip der Selbstbestimmtheit zu erschweren. Weitere grundsätzliche Mängel des Gesetzes sind die Finanzierung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe aus den Töpfen der Sozialversicherung und die unzureichende Konkretisierung dessen, wie durch Prävention benachteiligte Bevölkerungsgruppen verstärkt gefördert werden sollen.

Das Präventionsgesetz beschreibt zum Teil Aufgaben, die sich auf die Bevölkerung im allgemeinen beziehen und die Menschen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zu Gute kommen. Jedoch soll als Träger und Financier dieser Maßnahmen lediglich die gesetzliche Sozialversicherung in die Pflicht genommen werden. Eine solche einseitige Verteilung gibt es bereits im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, wo seit Jahren privatversicherte Kinder und Jugendliche in Programmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kostenlos mitbetreut werden. Die Private Krankenversicherung (PKV) wehrt sich mit juristischen Argumenten erfolgreich gegen eine Beteiligung und kann beim Präventionsgesetz die gleichen Argumente geltend machen. Der DAZ lehnt es eindeutig ab, Lasten für die Sozialversicherungsträger festzuschreiben, solange die Beteiligung der privaten Seite ungeklärt ist. Entweder muss (nicht-personenbezogene) Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe von allen Versicherungsträgern gemeinsam oder aber ausschließlich über Steuern finanziert werden.

Die Umleitung von Finanzmitteln der Gesetzlichen Sozialversicherung, deren verschiedene Zweige immer wieder selbst mit Defiziten zu kämpfen haben, wird neue Lücken aufreißen. Problematisch ist es, wenn Therapie/Rehabilitation/Pflege und Prävention gegeneinander ausgespielt werden und die Hilfe für Kranke zu Gunsten von Leistungen für Gesunde beschnitten wird.

Im übrigen droht nach Ansicht des DAZ aufgrund der vorgeschriebenen Umschichtungen das Ende mancher gut funktionierenden Präventionsaktivität. Zwar sollen bereits bestehende Initiativen durch eine Übergangsregelung integriert werden. Aber es ist zu fürchten, dass vieles, was nicht in die neuen Schemata passt oder was sich seines Initiativcharakters wegen nicht integrieren will, unter dem neuen Gesetz zu Grunde gehen wird. Gesundheit hat immer auch etwas mit Selbstbestimmtheit und Kreativität zu tun.

Insgesamt läßt ein Blick auf die Höhe der vorgesehenen Mittel (250 Millionen Euro) Zweifel entstehen, ob damit überhaupt nennenswerte Präventionsaktivitäten entfaltet

werden können. Noch fraglicher erscheint dies, wenn man die neu zu etablierenden Strukturen betrachtet. Mit der geplanten Stiftung und ihren verschiedenen Organen (Stiftungsrat, Kuratorium, Vorstand, Beirat) wird ein neuer Bürokomplex geschaffen, der allein für den eigenen Unterhalt einen beachtlichen Teil der Ressourcen verbrauchen wird. Der Abstimmungsbedarf zwischen den weiteren Beteiligten auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Institutionen dürfte gigantisch werden und ebenfalls beträchtliche Mittel verschlingen. Die zahlreichen Seiten des Gesetzentwurfs, die den neuen Gremien und Details bis hin zu Reisekostenregelungen gewidmet sind, sprechen für sich.

Schließlich gilt es zu hinterfragen, ob das Gesetz dem von ihm selbst formulierten Anspruch, in besonderer Weise die Förderung benachteiligter Bevölkerungskreise zu bewirken, auch gerecht wird. Bisherige Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung erzielen Verbesserungen eher bei dem Teil der Bevölkerung, der ohnehin schon eine günstigere Ausgangslage hat. Somit verschärft Prävention die gesellschaftliche Ungleichheit, anstatt sie

zu mindern. Um sozial, gesundheitlich und bildungsmäßig benachteiligte Menschen zu erreichen, müssen ganz besondere Strategien angewandt werden. Im Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe (z.B. in Bezug auf Migranten) gibt es hierzu bereits erprobte Programme. Das Präventionsgesetz jedoch läßt hinsichtlich seiner sozialkompensatorischen Zielsetzung die nötigen Konkretisierungen vermissen.

Der Ansatz, in die „Lebenswelten“ der Menschen hineinwirken zu wollen, dürfte hier am ehesten in die richtige Richtung weisen. Er fusst auf Erkenntnissen der Sozialmedizin und der Public Health Forschung, die besagen, dass man nicht nur beim Verhalten ansetzen kann, sondern auch Verhältnisse günstig gestalten muss, damit Menschen Gesundheitsbewusstsein entwickeln und gesund leben können. Jedoch dürfte sich der Gesetzgeber hier völlig übernommen haben. 250 Millionen Euro und einige neue Gremien werden nicht in der Lage sein, Veränderungen gerade in sozial benachteiligte Kreise und in weitgehend oder völlig private Lebensbereiche hineinzugetragen. Es wäre wahrscheinlich realistischer, wenn der Staat seine Einwirk-

kungsmöglichkeiten auf Bildungswesen und Medien, die einen großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben, nutzen würde, um hier die gesundheitserzieherischen Elemente zu stärken.

Wiederholt wird im Gesetz die Forderung nach Evidenz-Basierung erhoben. Sie ist im Kern zu unterstützen, wird aber angesichts der in der Medizin allgemein geringen Evidenzbasis zum Verhinderungsmittel, wenn Evidenz zur zwingenden Voraussetzung für Präventionsmaßnahmen gemacht wird.

Begrüßen würde der DAZ die Einrichtung eines beim BMGS angesiedelten Koordinierungsreferates für Präventionsprogramme. Wünschenswert wäre ferner, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die den Status einer selbständigen Bundesoberbehörde erhalten soll, sich nicht überwiegend nur in der Sucht- und Infektionsprophylaxe sondern ebenso in den übrigen Feldern der Prävention betätigt und Aufgaben der Szenebeobachtung und Öffentlichkeitsarbeit für Prävention allgemein übernimmt.

Dr. Celina Schätze, stellv. DAZ-Vorsitzende

Stand des DAZ-Projekts Qualitätssicherung

Erste Fragebogenergebnisse

Seit etwa einem ¼ Jahr befindet sich das Projekt Qualitätssicherung des DAZ mit ca. 57 bundesweit verteilten Praxen in der Pilotphase. Den Kolleginnen und Kollegen, die sich als erste bereit gefunden haben, dem Projekt beizutreten, gebührt Respekt und Dank.

Stand des Projektes

Auch wenn der Beginn einer breiteren Bewerbung des Projekts erst nach Abschluss der Pilotphase im Herbst diesen Jahres geplant ist, wurden bislang eine ganze Reihe von Möglichkeiten wahrgenommen, der interessierten Fachöffentlichkeit das Projekt vorzustellen. Zusammen mit 4 weiteren in zahnärztlicher Regie entstandenen Qualitätsmanagementprojekten wurde unser Projekt Qualitätssicherung im Rahmen einer Veranstaltung der Bundeszahnärztekammer im Oktober letzten Jahres präsentiert. Dabei zeigte es sich hinsichtlich der überprüften Ergebnisqualität als das mutigste von allen. Gleichzeitig ist es das einzige, das nicht nur wenige zeitlich begrenzte Schwerpunkte setzt, sondern permanent im Praxisalltag Anwendung findet. Außerdem war es mit Abstand das preiswerteste Projekt. Derzeit greift der Gemeinsame Bundesausschuss das Problem auf, einheitliche Merkmale des gesetzlich geforderten Qualitätsmanagements zu beschreiben, und auch hieran wird sich die Projektleitung ideengebend beteiligen.

Erfassung der Daten

Von größtem Interesse sind zunächst die bislang erzielten Fragebogenergebnisse und die näheren Auswertungen der Patientenangaben. Die Projektleitung überwacht ständig den Eingang

der Fragebögen. Die Berliner Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes archiviert alle eingehenden Fragebögen. Dr. Gebuhr, Geschäftsführer der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes, hat eine Eingabemaske erarbeitet, die die Fragebogenergebnisse numerisch zusammenfasst. Eine Studentin gibt regelmäßig alle Fragebogeninhalte einschließlich der wesentlichen handschriftlichen Zusätze der Patienten ein.

Mittlerweile wurden ca. 3600 Fragebögen auf diese Weise erfasst. Jeder Teilnehmer erhielt bereits Tabellen mit numerischer Zusammenstellung der Ergebnisse. Aus ihnen kann für jede Frage in allen Einzelheiten entnommen werden, welche Zensuren/Bewertungen wie oft vergeben wurden. Eine weitere versandte Tabelle, die die zusammengefassten Ergebnisse aller Teilnehmer enthält, ermöglicht für jede Frage einen zahlenmäßigen Vergleich mit der Gesamtheit.

So erhielt beispielsweise die Bewertung der Praxisräumlichkeiten in 95,4 % der Fälle die Note 1 bzw. 2, allerdings auch 32 mal (knapp 1 %) die Note 5 bzw. 6. In 63 Fällen (1,8 %) entstand bei Patienten der Eindruck, sie seien zu einer Behandlung überredet worden, und sogar in 88 Fällen (2,4 %) wurde die Meinung geäußert, eine Beratung hätte nur zum Vorteil des Zahnarztes stattgefunden.

Grafische Auswertung

Die Projektleitung hat sich Gedanken darüber gemacht, auf welche Weise die Einzelergebnisse weit übersichtlicher als in den Zahlenkolonnen und zugleich in direkter Synopse mit

den Gesamtergebnissen dargestellt werden können. Hierzu wurde eigens eine Software entwickelt, die sämtliche Fragebogendaten in grafischer Weise aufbereitet und auf einer einzigen Seite alle wesentlichen Werte zusammenfasst. Zusätzlich werden alle handschriftlichen Zusätze der Patienten in den Fragebögen aufgeführt und eine Gesamtnote berechnet. (s. Abb. 1)

Bei der grafischen Fragebogenauswertung werden drei Fragetypen in ihrer Darstellung unterschieden. Beim Balkendiagramm für die Fragen mit der ‚Benotung‘ 1 bis 6 (s. Abb. 2 links) wird unter der Nummer der Frage in Balkenmitte der Durchschnitt und die Standardabweichung aller auf diese Frage erteilten Bewertungen mit Querstrichen dargestellt. Unter dem Balken findet sich die Menge der Fragebögen, die in diese Bewertung eingeflossen sind.

Von besonderem Interesse ist neben dem Mittelwert und der Standardabweichung ggf. aber auch, in wie vielen Fällen die jeweilige Frage besonders schlecht benotet wurde. Wenn Bewertungen mit 5 oder 6 im jeweiligen Mittelwert enthalten sind, so ist die Anzahl dieser Noten (zusammengefasst) ganz unten ebenfalls verzeichnet.

Während das Balkeninnere (mit der Beschriftung auf der linken Seite) die Ergebnisse des einzelnen Behandlers wiedergibt, ist rechts vom Balken die Bewertung aller Teilnehmer grafisch dargestellt.

Die Fragen, die mit ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ zu beantworten sind, wurden ihrem Aussagegehalt entspre-

Projekt Qualitätssicherung des DAZ

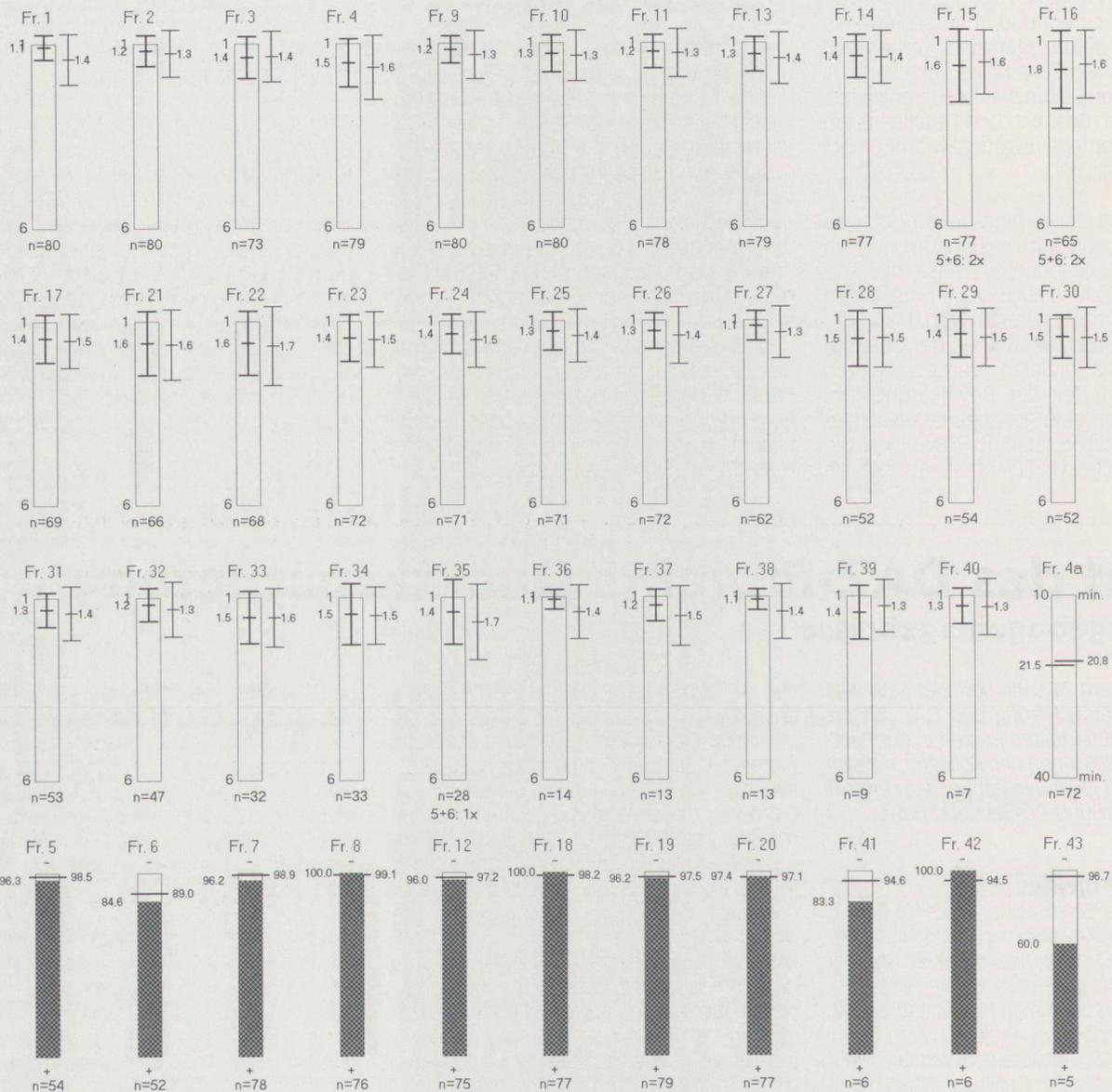
Grafische Fragebogenauswertung

Behandler: _____

Balkenbeschriftung links: Ihre Praxis
Balkenbeschriftung rechts: Alle Praxen

Gesamtzahl der ausgewerteten Fragebögen: 80

Datum der Auswertung: 16.05.2005



Hygienemängel:

»kein Wechselaufsatz für Mundabsaugung«
»Kalk-/Wasserstein am Absauger«

Informationsbedarf:

Karies 3x, PAR 7x, Prophylaxe 3x, Füllungen 5x, Zahnersatz 7x, Implantate 3x, Ästhetik 4x

Tätigkeiten Helfern:

»Beeinflussung der Lebenserw. durch schlechte Zähne«, »Einsatz des Lasers in der Zahnheilkunde«
»weniger einfühlsam«, »Vorbereiten von Hilfsstoffen (z.B. Kleben)«

Gesamtnote Behandler: 1.4 (Gesamtnote über alle Behandler: 1.46)

Abb. 1

chend nach positiven und negativen Antworten sortiert. Das Balkendiagramm (s. Abb. 2 Mitte) entspricht einer 100-Prozentskala, die sich mit positiv zu wertenden Antworten von unten anfüllt. Im Beispiel wurden in 52 vorliegenden Fragebögen bei der Frage Nr. 6 in 84,6 % der Fälle positive Antworten gegeben. Dieses ist

etwas schlechter als der Wert aller Teilnehmer zusammen (Beschriftung rechts, der bei 89,0 % liegt).

In der Frage 4a geht es um die akzeptablen Wartezeiten, weshalb das Balkendiagramm (s. Abb. 2 rechts) die vorgegebenen Grenzwerte

von 10 bis 40 Minuten zeigt. In diesem Beispiel wurden 72 Bewertungen abgegeben, die für die Praxis (Beschriftung wieder links) einen Wert von 21,5 Minuten ergeben, etwas mehr als bei allen Teilnehmern, wo im Schnitt 20,8 Minuten für akzeptabel gehalten werden.

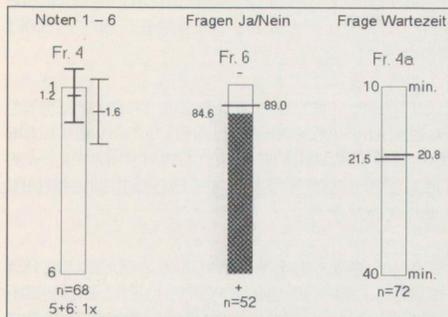


Abb. 2

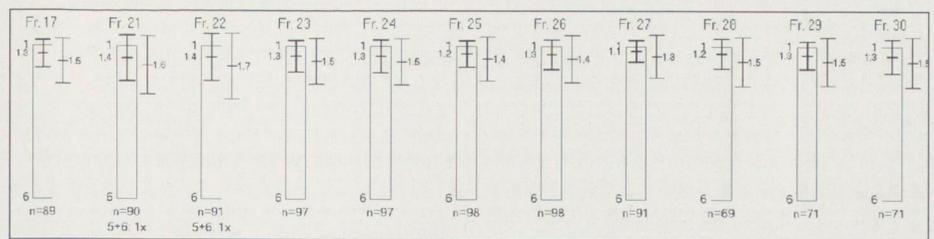


Abb. 3

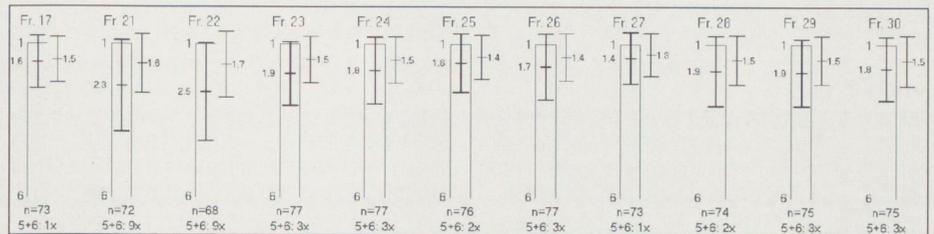


Abb. 4

Die Eintragungen in den Textfeldern des Fragebogens werden mit den wesentlichen Inhalten unterhalb der Balkendiagramme nach Themengebieten geordnet zusammengefasst. Hier findet sich auch die jeweilige praxisbezogene addierte Anzahl der Nennungen bezüglich weiterer Informationswünsche.

Schließlich ist unten eine Gesamtnote ausgedrückt, die sich nur aus den Antworten berechnet, die mit den Noten 1 bis 6 bewertet werden. Die Ja/Nein-Antworten oder Textzusätze sind in diese Gesamtnote nicht eingerechnet. Die jeweilige praxisbezogene Note hat, genauso wie die Gesamt-Durchschnittsnote aller Teilnehmer (derzeit 1.46) natürlichen keinen absoluten Charakter, sondern soll nur in erster Näherung eine relative Leistungseinordnung in den Gesamtrahmen ermöglichen. Die beste Einzelnote liegt derzeit bei 1.2 und wird nur von einer Praxis erreicht. Die schlechteste Note, ebenfalls in nur einer Praxis vertreten, ist 1.8.

Vergleich ‚Gute Praxis‘ – ‚Schlechte Praxis‘

Erst aus der Analyse der Auswertungen lernen wir, gute Praxisbewertungen von den weniger guten zu unterscheiden. Die Balkendiagramme ermöglichen dabei einen direkten Vergleich der Qualität der Werte. Im Folgenden soll ein Vergleich der momentanen ‚Extrembeispiele‘ einen Eindruck von der bislang zu verzeichnenden Bandbreite vermitteln. Weiter unten sind die Balkendiagramme von 11 Fragen aus der derzeit besten Praxis (s. Abb. 3) und der gleichen Fragen der derzeit schlechtesten Praxis abgebildet (s. Abb. 4). Hierbei zeigt sich, trotz des relativ gering erscheinenden Notenunterschiedes (oben: 1.2, unten: 1.8), eine erhebliche Abweichung der Streubreite der Einzelwerte. Außerdem kommen bei unserem ‚Ausreisser‘ deutlich mehr Schlechtbenotungen (5’en und 6’en) vor, bei Frage 22 sogar 9 mal, aber auch die gute Praxis bleibt von 2 Schlechtbenotungen nicht verschont!

Praxis mit Gesamtnote 1.2

Mag der Gesamteindruck der unteren Grafik für sich genommen, auch angesichts der jeweiligen Notenschnitte (niergends schlechter als 2.5), gar nicht sonderlich negativ auffallen, so zeigt erst der Vergleich mit der oberen Grafik, dass es auch anders geht. Die ‚gute‘ Praxis hat tatsächlich (mit nur einer einzigen Ausnahme, s.u.) bei jeder Frage einen besseren Notenschnitt als die Gesamtgruppe und gleichzeitig eine deutlich geringere Standardabweichung als die Gesamtheit. Beide Aspekte verhalten sich in der ‚schlechten‘ Praxis genau umgekehrt, in der zudem keine dieser Fragen ohne eine der Noten 5 oder 6 davonkommt.

Interessanterweise ist der einzige Wert, der bei der ‚schlechten‘ Praxis besser bewertet wird als bei der Gesamtheit bzw. der ‚guten‘ Praxis, ausgerechnet die Länge der Wartezeit. Die in der ‚schlechten‘ Praxis von den Patienten akzeptierte Wartezeit ist passend dazu auch deutlich geringer als die durchschnittlich akzeptierte Wartezeit. Dieses lässt den vorsichtigen Schluss zu, dass der in der ‚schlechten‘ Praxis behandelnde Kollege sich selbst zu sehr unter Zeitdruck setzt oder sich von seinen Patienten zu falscher Eile drängen lässt.

Ergebniskonsequenzen

Die Adjektive ‚gut‘ und ‚schlecht‘ werden hier noch bewusst in Anführungszeichen gesetzt. Das Bewertungsgremium des Projekts wird natürlich mit diesen Begriffen nicht derart leichtfertig umgehen und berücksichtigen, dass es sich bei den Auswertungen immer nur um relative Werte handelt, die im Einzelfall, auch wegen der jeweils kurzen Beobachtungsphase, nicht für ein faires Gesamturteil taugen. Im Falle der relativ schlechten Ergebnisse wie oben wird aber ohne Zweifel ein Beratungsgespräch mit dem Teilnehmer nötig sein. Besonders bei den Fragen, die unterschiedliche Patienten gehäuft schlecht benotet haben, sollte sich der jeweilige Teilnehmer fragen und fragen lassen, was er in diesem Bereich an seinen Praxisabläufen ändern muss.

Der Anruf des Bewertungsgremiums in einem solchen Fall hat dann auch nicht den Charakter eines erhobenen Zeigefingers, sondern dient lediglich dem positiven Zweck, das Zustandekommen dieser Bewertungen differenziert zu hinterfragen, die möglichen Defizite zu präzisieren und den Teilnehmer ggf. konstruktiv zu beraten. Erst die Fortsetzung schlechter Benotungen immer gleicher Bereiche müsste ernstere Konsequenzen im Folgejahr nach sich ziehen.

Das weitere Vorgehen

Auf einer Sitzung der Projektleitung im Februar d.J. in Berlin wurden einige weitere Verfahrensschritte besprochen. Um ein rechtzeitiges Selbstassessment der Projektteilnehmer zu ermöglichen, wurde beschlossen, den Versand der Ergebnisse der Fragebogenauswertung zweimal pro Jahr vorzunehmen, und zwar einmal im Frühjahr und einmal im Herbst jeweils im zeitlichen Zusammenhang mit den Tagungen des DAZ.

Angestrebt wird, den teilnehmenden Praxen insbesondere die Entwicklung der Ergebnisse, wie sie sich Jahr für Jahr zeigt, vor Augen führen zu können. Aus diesem Grunde soll die vorhandene Datenbasis immer nur innerhalb eines Jahreszyklus verwendet werden. Nur so ist dann für jeden Einzelnen nachvollziehbar, wie sich die Bewertungen bestimmter Bereiche im Laufe der Jahre ändern. Wenig Sinn würde es machen, sämtliche Bewertungen über die Jahre zu kumulieren, da so die mögliche Verbesserung einzelner defizitärer Bereiche niemals kurzfristig feststellbar wäre.

Auch an eine noch differenziertere Auswertung ist gedacht, die dann z.B. die Bereiche der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität separat erfasst und Gewichtungen bei bestimmten Fragen einführt, die sich im Laufe der Zeit als besonders kritisch herausgestellt haben. Es liegt in der Natur der Sache, dass für eine höhere Differenzierung erst noch umfangreicheres Datenmaterial vorliegen muss. Damit kann voraussichtlich erst im nächsten Jahr begonnen werden.

Der jeweils zu bewertende Jahreszyklus wird zwischen den Jahreshauptversammlungen des Projekts bzw. des DAZ im Herbst liegen. In diesem Turnus werden dann auch die gelben Projekt-Logos für die Praxisschilder vergeben und möglichst an die bei der JHV anwesenden Teilnehmer persönlich überreicht. Die erstmalige Logo-Vergabe wird also bei der diesjährigen JHV am 24. September stattfinden zu einem Zeitpunkt, da die meisten jetzigen Projektteilnehmer mindestens einen vollen Jahreszyklus hinter sich haben.

Das Logo als eine Art Zertifikat für eine erfolgreiche Teilnahme am Projekt Qualitätssicherung hat jeweils eine Gültigkeitsdauer von 2 Jahren. Das in diesem Jahr vergebene wird die Jahreszahlen ‚2005 – 2007‘ erhalten, um anzuzeigen, dass es bis zur JHV 2007 erneuert werden müsste. Im nächsten Jahr wären die Jahreszahlen ‚2006 – 2008‘ eingedruckt etc., wobei dann nur die Neuteilnehmer, die ein gesamtes Beobachtungsjahr absolviert haben, mit dem Logo versorgt werden. Eine Überlassung des Logos im nächsten Frühjahr für Praxen, die dann erst ein komplettes Jahr absolviert haben und nicht bis zur JHV im Herbst 2006 warten wollen, ist auf Wunsch auch möglich.

Möglicherweise werden im Herbst diesen Jahres wegen der noch zu kurzen Teilnahmezeit nicht alle jetzigen Teilnehmer ein Projekt-Logo erhalten. Sollte das Logo andererseits einmal wegen gewisser Eignungsvorbehalte seitens des Bewertungsgremiums vorenthalten werden, so wäre es in diesem Fall für den jeweils betroffenen Teilnehmer ganz falsch, mit einem Rücktritt vom Projekt zu reagieren. Gerade erst die Fortsetzung der Teilnahme ermöglicht es dem Teilnehmer, ggf. durch Korrekturen in den kritisierten Bereichen, bessere Ergebnisse zu erzielen.

Ausblick

Neben dem Projekt-Logo ist derzeit ein Praxisposter in Vorbereitung, das die wesentlichen Inhalte unserer Selbstverpflichtungserklärung enthält und für den Aushang in der teilnehmenden Praxis bestimmt ist. Auch dieses soll spätestens zur JHV im September verteilt werden.

Die Fragebögen und das Praxisfaltblatt haben zwischenzeitlich ein neues Layout erhalten und zeigen auf weißem Papier unser Logo in gelb. Der Fragebogen hat zusätzlich als Folge einiger Erkenntnisse der bisherigen Auswertungen kleinere Änderungen erfahren. Auf der 1. Seite unten wurde das Bewertungsschema der

Noten 1 bis 6 dahingehend abgewandelt, dass es sich jetzt an die Bezeichnung der Schulnoten anlehnt. Es ist zu vermuten, dass den Patienten eine Unterscheidung zwischen ‚Trifft voll zu‘ und ‚Trifft zu‘ oder ‚Trifft nicht zu‘ und ‚Trifft überhaupt nicht zu‘ weit schwerer fällt als der Umgang mit dem vertrauten Notensystem.

Die Fragen 16, 20, 35 und 39 wurden verständlicher formuliert, Frage 20 dahingehend, dass es hier nicht um selbstständige Tätigkeiten von Helferinnen generell geht, sondern nur um solche, die als mangelhaft empfunden wurden. Frage 35, die bei allen Teilnehmern hohe Standardabweichungen zeigte, hatte einen doppelten Inhalt. Die Abfragung der Nachhaltigkeit des PA-Behandlungserfolges wurde jetzt gestrichen, da diese ohnehin vom Patienten oft nicht beurteilt werden kann. Durch den Übergang zum neuen Fragebogen ergibt sich jedoch keine Zäsur innerhalb der gewonnenen Daten.

Aus Anlass der Jahreshauptversammlung des DAZ im Herbst ist geplant, mit dem Projekt an die zahnärztliche und allgemeine Öffentlichkeit zu gehen. Weitere Darstellungen in Fach- wie in Laienmedien sollen die Patientennachfrage wie auch die kollegiale Neugierde erhöhen. Bereits jetzt wäre es hilfreich, wenn die vorhandenen

Projektteilnehmer durch Mundpropaganda im Kollegenkreise weitere Mitstreiter am Projekt gewinnen.

Gleichzeitig wird an Ideen zur projektinternen Fortbildung gearbeitet. Hierzu gehört auch die forcierte Schaffung und Unterstützung von Qualitätszirkeln, die von Projektteilnehmern initiiert werden.

Eine wichtige Aufgabe wird die Anpassung der Projekthinhalte an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sein, die dieser zur Vereinheitlichung der Bemühungen um das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entwickeln wird. Eine Mitarbeit bei der Entscheidungsfindung wird angestrebt, um aus unsere Sicht wichtige QM-Inhalte zu verwirklichen und andere überflüssige zu vermeiden. Damit wird sich der DAZ mit seinem Projekt Qualitätssicherung auch weiterhin bemühen, allen interessierten Zahnärztinnen und Zahnärzten ein sinnvolles, glaubwürdiges, effektives, schlankes und gleichzeitig preiswertes Praxis-Qualitätsmanagement anzubieten.

Dr. Eberhard Riedel

Dr. Karlheinz Kimmel - Pionier der Qualitätssicherung - wurde 80

Im Januar diesen Jahres beging Dr. Karl-Heinz Kimmel mit einem Empfang in Bonn seinen 80. Geburtstag. In den Grußworten langjähriger Freunde und Weggefährten wurde ein Lebensweg nachgezeichnet, wie er bunter und vielfältiger kaum sein kann. Als Zahntechniker hat Karlheinz Kimmel seinen Berufsweg begonnen, er leitete ein Dentalunternehmen, studierte Zahnmedizin, praktizierte jahrzehntelang als Zahnarzt, engagierte sich kürzere Zeit berufspolitisch, vor allem aber und dauerhaft für die erst in zartesten Anfängen begriffene Qualitätssicherung zahnärztlicher Arbeit. Er war Mitglied nationaler und internationaler Gremien, betätigte sich als Autor von Fachpublikationen und ist bis heute publizistisch und journalistisch tätig. Bunt wie die Palette seiner Aktionsfelder war auch die Zusammensetzung der Geburtstagsgäste, und auch Spitzenvertreter der deutschen Zahnärzteschaft zollten dem Jubilar die Anerkennung, die sie dem unbequemen Kritiker in früheren Zeiten vorenthalten hatten. Das Schönste aber war, dass hier nichts vom Ende eines Weges oder von Verabschiedung in den Ruhestand zu spüren war. Mit Dr. Kimmel ist auch weiterhin zu rechnen, wie nicht zuletzt sein Beitrag in diesem Forum zeigt. Ein DAZler, der leider nicht zur Geburtstagsfeier kommen konnte und manche Lanze gemeinsam mit Dr. Kimmel für die Qualitätssicherung gebrochen hat, schickt ihm auf diesem Wege seine Grüße - Dr. Hanns-Werner Hey.

Kein Nachruf!

Laudationes für 80Jährige können ein gefährliches Terrain sein, dann nämlich, wenn sie sich wie ein Nachruf anhören, Verdienste würdigen, die lange, zuweilen sehr lange zurückliegen und dem Jubilar dabei noch zu- (oder nach-) rufen: Bleib so (still) wie Du bist!

Nichts von alledem bei diesem 80er: Wenn eine Botschaft in den zahlreichen Veröffentlichungen der Standespresse zu diesem Anlass durchgängig war, dann die, dass der junge Alte eben nicht im Lehnstuhl an seinem Roten vor sich hin nippt, sondern noch auf allen Hochzeiten tanzt, in allen einschlägigen Fachperiodika publiziert, sich vielerorts einmischt und vor allem noch immer unverzichtbar die größte Dentalmesse der Welt, die IDS, maßgeblich mitorganisiert.

Die Essentials im Berufsleben von Dr. Kimmel sind ja überall, besonders in „Die



Zahnarztwoche“ (DZW), ausführlich beschrieben worden. Wer davon immer noch nichts mitbekommen hat, dem sei versichert, dass ohne Kimmels Arbeit, ohne seine beharrliche Pingeligkeit im Kleinen und Kleinsten sich wirkliche Fortschritte in der Qualitätssicherung konkreter zahnärztlicher Arbeit nicht oder zumindest nur sehr retardiert entwickelt hätten. Wer hat sich schon dafür interessiert, welchen Einfluss Form und Qualität unserer rasenden Präparationswerkzeuge auf die Gesundheit der malträtierten Pulpen haben? Und dass das Turbinenspray nur mit einer wirklich ausreichenden Wassermenge Schutz vor Überhitzung garantiert - ist das nicht für den Erhalt gesunder Zahnsubstanz wichtiger als die gewisse Transluzenz einer Frontzahnfüllung, über die im Kosmetikzeitalter so oft referiert wird?

Wieviel Ärger haben sich Kollege Kimmel und, in aller Bescheidenheit, auch der DAZ eingehandelt, wenn sie immer wieder das Essential der Ergebnisqualität zahnärztlicher Arbeit betont haben, während die

Sprachrohre unserer Standesführung nicht müde wurden, über die Voraussetzungen und Strukturen zu lamentieren, von Fortbildung (klar) und natürlich vom Honorar, ohne das gute Arbeit unmöglich sei. Natürlich weiß jeder, dass es nur umgekehrt laufen kann - erst das gute Ergebnis, dann die Kohle dafür. Ergonomie, Präparationstechnik und Infektionsschutz waren Kimmels Themen und sollten die jedes Kollegen sein - Ergonomie für unsere Gesundheit, saubere Präparationstechnik und konsequenter Infektionsschutz für die Patienten, unsere Mitarbeiterinnen und uns selbst. Und wenn Kimmel sagt (im DZW-Gespräch), dass es bisher immer noch nicht gelungen ist, die zahnärztlichen Hochschullehrer von der Bedeutung der Arbeitswissenschaft für die Praxis - und Arbeitsgestaltung zu überzeugen, dann wirft das ein ärmliches Licht auf die Institutionen, die unseren Nachwuchs ausbilden. Wen wundert's, dass die Zahnmedizin immer mehr ins Schicke und ins Marketing abgleitet und Therapien unter das Primat des Honorars gestellt werden?

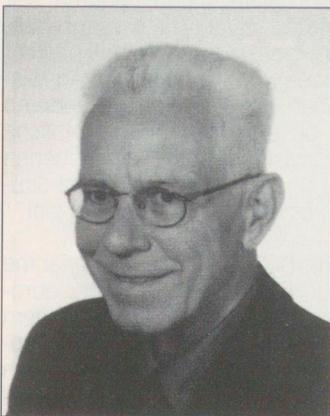
Wieviel Freude am Beruf muss jemand haben, der sich auch mit 80 Jahren noch nicht auf seinem Lorbeerteppich ausruhen will, sondern weiter publiziert, organisiert, supervisiert und „mit unverminderter Neugier auf Zahnheilkunde aktiv“ ist (DZW)? Der Gratulant gesteht kleinlaut, dass er sich bereits mit 66 zurückzieht, weil er nicht über die rheinische Frohnatur verfügt, die möglicherweise allein in den Stand versetzen kann, das Ärgerliche und den Bürokratiefrust einfach beiseite zu schieben. Ja - wenn es nur der wunderbare Beruf wäre!

In diesem Sinne, lieber Kollege Kimmel: der Pflichten sind genug getan - machen Sie nur noch, was Ihnen wirklich Spaß macht, und bleiben Sie so gesund wie mit 80 möglich - der DAZ gratuliert Ihnen von Herzen und dankt Ihnen für die jahrelange Begleitung auf der Pilgerschaft durch das Essentielle in der Zahnmedizin und im deutschen Gesundheitswesen.

Dr. Hanns-W. Hey

Einladung zur DAZ-Jahrestagung 2005 am 24. September 2005, 10.00 – 18.00 Uhr

im Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin-Mitte
Tel. 030/28467-0, Fax 030/28467-145



Referent :

Prof. Dr. Dr. Dieter Herrmann, Berlin

niedergelassener Zahnarzt und langjähriger Leiter der Abteilung für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Zahnklinik der Freien Universität Berlin

Thema :

„Veränderungen und Erkrankungen der Mundschleimhaut“

Auch wenn ihr Hauptgebiet die Zähne sind, müssen Zahnärzte doch gründliche medizinische Kenntnisse auch in Bezug auf die Mundschleimhaut besitzen. Insofern bietet der DAZ bei seiner Jahrestagung 2005 ein Repetitorium zu diesem Thema mit Prof. Dr. Dr. Dieter Herrmann an. Der heute in Berlin niedergelassene Zahnarzt (und Arzt) leitete von 1970 bis 1992 die Abteilung für Zahn-, Mund-

und Kieferheilkunde an der Zahnklinik der Freien Universität und ist bekannt für seine enorme Erfahrung, sowohl was das Diagnostizieren, Beschreiben und Behandeln von Mundschleimhauterscheinungen als auch was den Umgang mit den Unsicherheiten und Fragen des Allgemeinzahnarztes anlangt.

Das Thema Mundschleimhaut spielt immer wieder eine wichtige Rolle in Zusammenhang mit Materialfragen, Intoxikationsängsten, Paramedizin und Lifestylebehandlung. Prof. Herrmann hat sich wehrt sich seit jeher gegen die Bedienung des Zeitgeistes durch die Zahnheilkunde und setzt sich beharrlich für wissenschaftliche Redlichkeit ein.

Wer Prof. Herrmann bereits kennt, wird Gelegenheit zum freudigen Wiedersehen haben. Die übrigen können teilhaben an den Ergebnissen eines langen Wissenschaftlerlebens im Dienst der Patienten und der Lehre.

Am Nachmittag des 24.09.2005 findet ab 14.00 Uhr die DAZ-Jahreshauptversammlung einschl. der Jahresversammlung des DAZ-Projektes Qualitätssicherung statt. Hier wird Gelegenheit zur Diskussion der aktuellen gesundheitspolitischen Lage und der Aktivitäten des Verbandes sein. Zugleich erfolgt turnusgemäß die Wahl des DAZ-Vorstandes.

Nach den Erfahrungen der letzten Jahre, in denen der Austausch während unserer Hauptversammlung jeweils unter Zeitdruck litt, ist in diesem Jahr vorgesehen, am folgenden Sonntag, dem 25.09.2005, zugleich bundesweiter Tag der Zahngesundheit, die Sitzung fortzusetzen, und zwar von 10.00 bis ca. 14.00 Uhr, nicht im ganz nahe beim Friedrichstadt-Palast gelegenen Dietrich-Bonhoeffer-Haus, sondern in der vielleicht einen halben Kilometer entfernten **Berliner Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes**, Chausseestr. 119b („Hinterhof“), 10115 Berlin-Mitte, Tel. 030/288774-0, Fax 030/288774-15.

Auch die geselligen Aktivitäten spielen sich in Berlin-Mitte ab. Wer sich bereits am Freitagabend, dem 23.09.2005, in Berlin befindet, ist ab 20.00 Uhr herzlich eingeladen ins **Vietnam-Cafe Kim Qui** – Goldene Schildkröte, Torstr. 179 / Ecke Gartenstraße, Tel. 030/27583168. Nach dem hoffentlich ergebnisreichen Samstag mit Fachvortrag und Hauptversammlung treffen wir uns ab 19.00 Uhr auf der Chausseestr. 125, Tel./ Fax 030/2823843, im **Kellerrestaurant des Brechthauses**. Falls wir den Sonntagvormittag nicht oder nicht ganz für die Fortsetzung der Hauptversammlung brauchen, zaubert die Berliner Studiengruppe ein spontanes Besichtigungsprogramm aus dem Hut. Im übrigen ist es natürlich jedem unbenommen, ein paar mehr Tage für die immer wieder sehenswerte Stadt Berlin einzuplanen.

Für Ihre Unterbringung sollten Sie rechtzeitig Sorge tragen, denn im September zieht die Hauptstadt viele Besucher an. Im Dietrich-Bonhoeffer-Haus sind einige Zimmer reserviert, nicht weit entfernt sind die Katholische Akademie, das Ramada-Hotel, das Hotel Albrechtshof und zahlreiche weitere Hotels – schauen Sie ins Internet. Wer nicht 80 oder 100 Euro sondern nur die Hälfte für ein Einzelzimmer ausgeben will, muss etwas mehr suchen. Hier empfehlen sich z.B. die etap-Hotels.

Abgesehen von einem nicht-öffentlichen Teil am Ende unserer Hauptversammlung am 24.09.2005 ist unsere Tagung öffentlich. Auch Nicht-DAZler und Nicht-Zahnärzte/innen sind herzlich willkommen und können gern auch an den geselligen Aktivitäten teilnehmen. Für die Vortragsveranstaltung am Vormittag werden Fortbildungspunkte vergeben. *Ein Tagungsbeitrag wird nicht erhoben.*

Schön wär's, wenn Sie sich **vorher anmelden** würden – einen entspr. Coupon finden Sie auf Seite 49/50.

Wir hoffen auf eine interessante Tagung und rege Beteiligung. Durch die inzwischen verabredete Neuwahl des Deutschen Bundestages dürfte es zusätzlichen Diskussionsstoff geben. Denn die Wahl wird – so oder so – Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben und möglicherweise zu personellen Veränderungen in wichtigen Institutionen unseres Gesundheitswesens führen.

Also: ganz herzliche Einladung – kommen Sie am 24./25. September zu unserer Jahrestagung!

Infos und Anmeldung:

DAZ-Geschäftsstelle
Belfortstr. 9, 50668 Köln,
Tel 0221/973005-45, Fax 0221/7391239
kontakt@daz-web.de | www.daz-web.de

Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Präparationstechnik:

Eindeutige Risikoklassifikation und Gebrauchsanweisungen als Problemlösung

Die optimale Auswahl und Anwendung der rotierenden Instrumente für die Präparationstechnik ist eine der wesentlichen Aufgaben unseres fachspezifischen Qualitätsmanagements. Im Laufe der letzten Jahre sind einerseits zahlreiche Fortschritte u.a. in Richtung der substanzschonenden, minimal invasiven Arbeitstechnik, der rationalen Arbeitssystematik und des optimalen Arbeitserfolges bewirkt worden, aber andererseits werden – trotz bestehender Regelwerke – immer noch Instrumente hergestellt, angeboten und verwendet, die sich in nicht wenigen Fällen negativ auswirken können. Es ist deshalb erforderlich, die hier möglichen Risiken zu analysieren und zu bewerten, um iatrogene Schädigungen und ungünstige Arbeitsergebnisse zu vermeiden. Ein eindeutiges Klassifikationssystem, auf dem auch die Produktinformationen bzw. Gebrauchsanweisungen für die einzelnen Instrumente aufbauen, wäre eine für alle Beteiligten sachgerechte Lösung der funktionellen, rechtlichen, informatischen und ethischen Probleme.

1. Aufgaben und Anforderungen

Die zahnärztliche Präparationstechnik mit rotierenden und oszillierenden Instrumenten gehört zu denjenigen Leistungen in der zahnärztlichen Praxis, die sich von ihrer Ausführung her auch auf die folgenden zahnmedizinischen und zahntechnischen Arbeitsschritte und den Arbeitserfolg positiv (Abb. 1) oder negativ (Abb. 2) auswirken können.

Die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde zur Präpa-

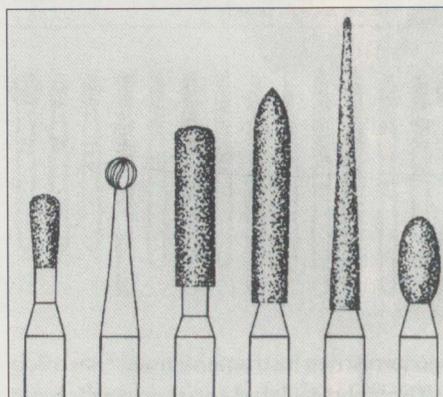


Abb.1 Klinisch geeignete Instrumentenformen gemäß DIN EN ISO 6360 (v.l.n.r.): ISO 232-234, ISO 001, ISO 288-290, ISO 156/157, ISO 199, ISO 033, 257 oder 277

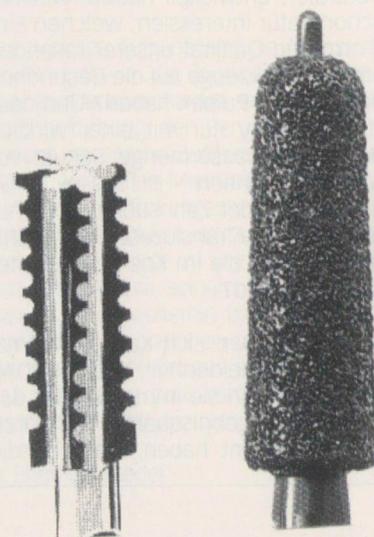


Abb.2 Klinisch ungeeignete Arbeitsteilformen, -ausführungen und -größen für Kavitäten- und Kronenpräparationen gemäß DIN EN ISO 6360: Kantige ISO-Form 137, ISO-Ausführung 534/ISO-Größe 026

rationstechnik als Grundlage der Qualitätssicherung (QS) fasst alle wesentlichen Erkenntnisse und Anforderungen zusammen, so dass allein schon dadurch seit 1999 eine klare Leitlinie für Wissenschaft, Arbeitspraxis, Industrie und Handel besteht (www.dgzmk.de). Trotz aller amtlichen, wissenschaftlichen, normativen und anderen Regelwerke besteht aber eine erhebliche Diskrepanz zwischen der vorgegebenen Soll- und der überaus heterogenen Ist-Situation, für die es zahlreiche Ursachen gibt.

Die DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme verweist ausdrücklich auf die in der europäischen Richtlinie 93/42/EWG und dem darauf beruhenden deutschen Medizinproduktegesetz enthaltene Anforderung nach einer klinischen Prüfung, einer wissenschaftlichen Dokumentation sowie einer Risikoanalyse und der darauf basierenden Gebrauchsanweisung für die technischen Arbeitsmittel und stellt dabei ausdrücklich fest, dass „trotz dieser gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung das Angebot (der Industrie) bisher noch nicht dem Stand von Wissenschaft, Technik und Recht angepasst wurde“.

Diese bis heute noch bestehende Unterlassungssünde ist der hauptsächliche Anlass für diesen Beitrag, mit dem insbesondere die Anwendung der DIN EN ISO 14971 für die einzelnen Instrumente (s. Abschnitt 3) gefordert wird. Die bisherige Handhabung, komplette Lieferprogramme auf Grund einer entsprechenden, ungeprüften pauschalen Konformitätserklärung des Herstellers für das CE-Zeichen zertifizieren zu können, beruht auf einer Gesetzeslücke und ist ein grober Verstoß aller Beteiligten

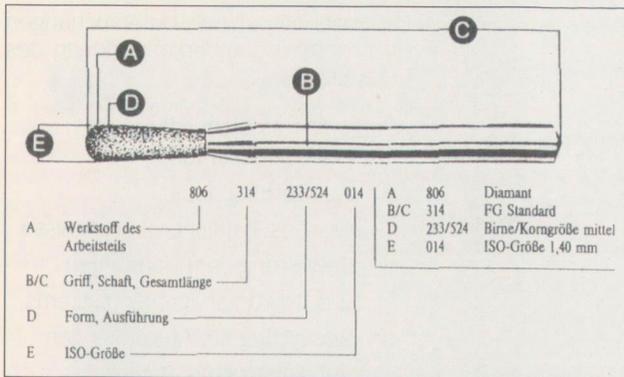


Abb.3 Nummernsystem gemäß DIN EN ISO 6360:1986. Die Modifikation DIN EN ISO:6360:2004 noch im Erprobungsstadium

– und dabei auch des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gegen die grundsätzliche Zielsetzung des Medizinproduktegesetzes, nämlich die Qualität der medizinischen Leistungen zu sichern und den Patienten vor Schaden zu bewahren.

2. Probleme

Die leider oft folgenreiche Diskrepanz zwischen der Soll- und Ist-Situation basiert auf den folgenden klinischen, technischen, rechtlichen, informativischen und ethischen Problemen:

- Hersteller und Anwender ignorieren

die Erkenntnis, dass die in Jahrzehnten zuvor verwendeten kantigen Instrumente zu ungeeigneten Präparationsformen führen, die z.B. das Fließen von zahnärztlichen und zahntechnischen Werkstoffen erschweren sowie im Kavitäten- und Kronenrandbereich zu Schmelzausbrüchen und anderen Defekten führen können.

- Hersteller und Anwender setzen sich über Untersuchungsergebnisse hinweg, die beweisen, dass Grob- und Extra-Grobkorn-Diamantinstrumente (ISO 534 – 554) oder Rillenschleifer im Approximalbereich Nachbarzähne verletzen können und dass mit diesen – mit oder ohne Finiervorgang – ebenso ein zu großer Abtrag bewirkt werden kann. In der Literatur konnten 55 Beiträge festgestellt werden, die sich mit dieser Problematik befassen.

- Obwohl inzwischen bei metallkeramischen Verblendungen und vollkeramischen Kronen nur noch Schichtdicken zwischen 0,3 und 0,7 mm benötigt werden und so nur eine minimal invasive Präparation erforderlich ist, werden

– so die IDS 2005 – immer noch sogar als „innovativ“ bezeichnete Diamantinstrumente mit Arbeitsteildurchmessern >2,25 mm und/oder extra grobem Diamantbelag (ISO 544) angeboten.

- Ebenso wird nicht beachtet und nicht darauf hingewiesen, dass überdimensionierte Arbeitsteile ohne zusätzliche Kühlung die biologische Grenztemperatur von 42°C überschreiten und zuviel gesunde Zahnhartgewebe abtragen können.

- Diamantinstrumente mit halbkugelförmigen oder spitzen Arbeitsteilen bewirken Mulden und Rillen, wo eigentlich eine glatte abgerundete Stufe oder eine Hohlkehle zu präparieren wäre.

- Da Hartmetall-Rundbohrer mit speziellen Schneiden für die Präparation des Kavitätenbodens in Pulpanähe klinisch wie technologisch nur im niedrigen Drehzahlbereich (max. 2500 min⁻¹) eingesetzt werden sollten, ist es falsch, sie auch mit Friction Grip-Schäften zu produzieren, anzubieten und zu benutzen.

- Da die Hersteller der Präparationsinstrumente davon ausgehen, dass die Zahnärzte wissen würden, welche Instrumente klinisch geeignet oder nicht geeignet seien, sind sie fast unisono der Meinung, dass sie alle Kundenwünsche zu erfüllen hätten, auch wenn ihre eigenen Experten sehr wohl wissen, was richtig und was falsch ist. Dies ist der typische Fall, wo das Marketingpersonal von Unternehmen gegenüber den wissenschaftlichen Mitarbeitern und dem fachlichen Qualitätsmanagement die Oberhand behält. Gerade dieses Problem hat eine ethische Dimension.

- Ebenso fehlen allgemeine und individuelle Produktinformationen bzw. Gebrauchsanweisungen in Katalogen und anderen Firmeninformationen, wie dies aber vom Gesetzgeber verlangt wird. Die Festlegung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs erfolgt fast ausschließlich in Verbindung mit Instrumentensätzen für definierte Zwecke.

- Auch in wissenschaftlichen Beiträgen fehlt die genaue Identifikation der in Untersuchungen benutzten und von z.B. in Lehrbüchern empfohlenen Instrumente und anderen technischen Arbeitsmitteln. Die mit der DIN EN ISO 6360 Zahnheilkunde-Nummernsystem für rotierende Instrumente Teil 1–7 gebotene Möglichkeit, Arbeitsteil-Werkstoff, -Form, -Ausführung und -Größe zu identifizieren (Abb. 3), wird von Industrie, Autoren und Anwendern nicht genutzt, so dass es sehr oft zu Fehlinformationen und Missverständnissen kommt.

- Es ist funktionell und didaktisch falsch, klinisch ungeeignete Instrumente für die Erklärung dieser DIN EN ISO 6360 heranzuziehen, was aber von mehreren Herstellern (z. B. D+Z, Komet,

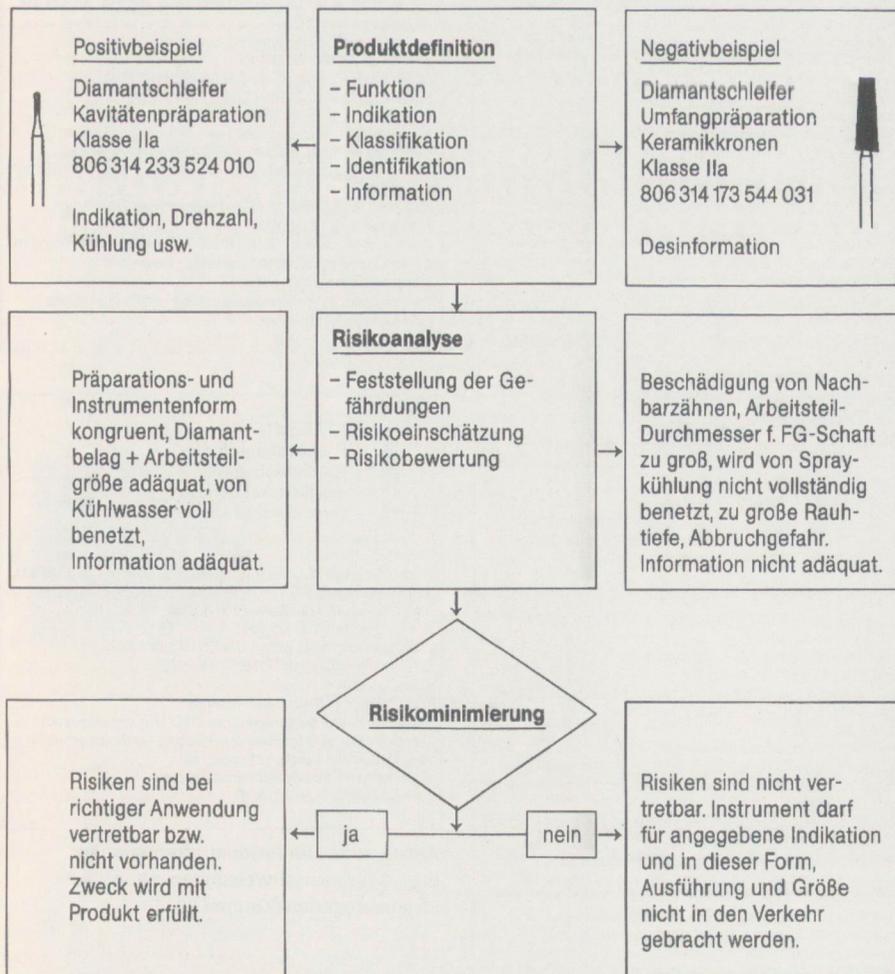


Abb.4 Modell einer Funktions- und Risikoanalyse (Kimmel, Internationales Institut für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie 1994)

Dentsply Maillefer) trotz mehrerer An-mahnungen weiterhin praktiziert wird.

- Die DIN EN ISO 6360 reicht allerdings nicht aus, die mit dem jeweiligen Instrument erzielte Rauhtiefe zu identifizieren. Wegen der erheblichen Unterschiede zwischen den Fabrikaten – bei gleicher Form und Ausführung (Tabellen 1 + 2) – führen einige Instru-mente unter Umständen zu zu großen Rauhtiefen, ohne dass man dies aber in praxi erkennen kann.
- Schließlich vermitteln selbst Lehrbü-cher und andere Publikationen nur unzureichende oder falsche Informa-tion und vertreten noch anachronisti-sche Meinungen, was zu erheblichen Verunsicherungen beitragen kann und der Industriemeinung Vorschub leistet, dass alle Kundenwünsche erfüllt werden müssen. Insbesondere trägt die mechanistische Auffassung zahlreicher Wissenschaftler in den USA dazu bei, dass dort das risikobeladene Instru-mentarium positiv bewertet wird, wor-auf sich auch die deutschen Hersteller berufen. Von präventionsorientierter minimal invasiver Präparationstechnik keine Spur.

3. Risikoanalyse und -bewertung als Problemlösung

Die DIN EN ISO 14971:2001 „Medizinpro-dukte – Anwendung des Risikomanage-ments auf Medizinprodukte“ und deren Modifikation gemäß DIN EN ISO 14971/A1: 2003 „Änderung 1: Begründung der Anfor-derungen“ bietet die Grundlage für die Her-steller der technischen Arbeitsmittel für die Präparationstechnik, in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft die Voraussetzungen hinsichtlich Funktion, Qualität und Unbe-denklichkeit der Instrumente erfüllen zu können. Diese Norm gilt für den gesamten so genannten Lebenszyklus des jeweiligen Produktes. Sie enthält Anweisungen für den Hersteller, die Prinzipien des Risiko-managements auf ein Medizinprodukt von dessen anfänglicher Konzipierung bis zur letztendlichen Entnahme aus dem Ver-kehr anzuwenden. Sie ist zwar nicht dazu bestimmt, auf die klinische Entscheidungs-findung einzuwirken, aber sie erfordert bei der Funktions- und Risikoanalyse sowie der Risikobewertung und -kontrolle den Sachverstand qualifizierter Experten aus Wissenschaft und Praxis. Dies ist ein ent-scheidendes Kriterium, so dass für die kli-nische Prüfung zertifizierte wissenschaft-liche Institutionen etabliert und in diesen Risikomanagement-Prozess einbezogen werden sollten.

Aufbauend auf der DIN EN ISO 14971 ist ein Qualitätssicherungskonzept (Abb. 4) zu entwickeln, das zumindest einen wesentli-chen Teil der bestehenden Probleme lösen könnte. Das dabei notwendige Risikoma-nagement-System enthält die folgenden Elemente:

- Funktions- und Risikoanalyse
 - Festlegung des bestimmungsge-mäßen Gebrauchs
 - Identifizierung der Gefährdungen
 - Risikoeinschätzung
- Risikobewertung
 - Entscheidung über die Vertretbarkeit von Risiken
 - Suche nach der Minderung des Risikos durch Designänderung, andere Produkte (z.B. oszillieren de Instrumente, Laser) oder Infor-mation
- Risikokontrolle
 - Analyse der Optionen
 - Umsetzung
 - Einschätzen des Restrisikos
 - Vertretbarkeit des Gesamtrisikos

- Informationen bzw. Untersuchungen nach dem In-den-Verkehr-bringen des Produkts
 - Erfahrungen aus der Marktbeobachtung
 - Auswertung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse
 - Bewertung der Erfahrungen des Risikomanagementsystems
 - Bewertung der Auswirkungen auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Dieses QS-System kann nur funktionieren, wenn es insbesondere von Wissenschaft und Industrie, aber auch von Politik und Arbeitspraxis als gemeinsame Aufgabe mit einer systematischen Verteilung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten aufgefasst und realisiert wird. Da die Zahl der klinisch geeigneten Instrumente ver-hältnismäßig klein ist, könnte erst einmal eine unternehmensübergreifende und interdisziplinäre Analyse und Bewertung dieser Instrumente in Angriff genommen



XYZ GmbH
Produktinformation für Diamantinstrument der MP-Klasse II a – Risikokategorie A Standard-Anforderungen

Bezeichnung gemäß DIN EN ISO 6360:2003: 806 314 157 524 012
XYZ-Bezeichnung: 836
Funktions- und Risikoanalyse und -bewertung gemäß DIN EN ISO 14972:2003
Qualitätsmanagement gemäß DIN EN ISO 9001:2000 und DIN EN 13985:2003 und DIN EN ISO 10007:1995
CE-Zeichen: 873
Max. Rautiefe im Neuzustand: 17,8 µm
Instrument entspricht DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme „Optimale Präparationstechnik als Grundlage der Qualitätssicherung“ (www.dgzmk.de)
Indikation: (1) Stufen-Präparation der labialen und palatinalen Zahnflächen bei der Versorgung mit Vollkeramikronen und der labialen Zahnflächen bei der Versorgung mit Metallkeramikronen. (2) Präparation von Kavitäten der Klassen I und II bei der Versorgung mit vorgefertigten Einlagen.
Arbeitsdrehzahlbereich: 120 000 – 220 000 min⁻¹
Kühlwassermenge: > 50 ml/min
Wiederaufbereitung (gemäß DIN EN ISO 17884:2003: Anwendung in sterilem Zustand, wenn Risiko der Weichgewebe- und Kieferknochenberührung besteht.
Anmerkungen: Bei bestimmungsgemäßer und sachgerechter Anwendung besteht kein Risiko



XYZ GmbH
Produktinformation für Diamantinstrument der MP-Klasse II a – Risikokategorie B mit zusätzlichen Anforderungen

Bezeichnung gemäß DIN EN ISO 6360:2003: 806 314 291 524 014
XYZ-Bezeichnung: 876
Funktions- und Risikoanalyse und -bewertung gemäß DIN EN ISO 14971:2003
Qualitätsmanagement gemäß DIN EN ISO 9001:2000, DIN EN 13985:2003 und DIN EN ISO 10007:1995
CE-Zeichen: 873
Max. Rautiefe Neuzustand: 21,7 µm
Instrument entspricht DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme „Optimale Präparationstechnik als Grundlage der Qualitätssicherung“ (www.dgzmk.de)
Indikation: Hohlkehlenpräparation bei überlangen Zahnflächen
Arbeitsdrehzahl: max. 120 000 min
Wiederaufbereitung gemäß DIN EN ISO 17884:2003: Anwendung im sterilem Zustand, wenn Risiko der Weichgewebe- und Kieferknochenberührung besteht
Anmerkungen: Bei bestimmungsgemäßem und sachgerechtem Gebrauch besteht kein Risiko.



XYZ GmbH
Produktinformation für Diamantinstrument der MP-Klasse II a – Risikokategorie C mit besonderen Abforderungen

Bezeichnung gemäß DIN EN ISO 6360:2003: 806 314 220 524 014
XYZ-Bezeichnung: 859 L
Funktions- und Risikoanalyse und -bewertung gemäß DIN EN ISO 14971:2003
Qualitätsmanagement gemäß DIN EN ISO 9001:2000 und DIN EN 13985: 2003 – DIN EN ISO 10007:1995
CE-Zeichen: 873
Max. Rautiefe im Neuzustand: max. 23,5 µm
Instrument entspricht der DGZMK/DGZ/DGZPW-Stellungnahme „Optimale Präparationstechnik als Grundlage der Qualitätssicherung“ (www.dgzmk.de)
Indikation: Interdentalpräparation bei überlangen Zahnkronen
Arbeitsdrehzahlbereich: max. 120 000 min⁻¹
Kühlwassermenge: > 50 ml/min (zusätzliche Kühlung)
Vorsicht: nicht verkanten. Optimale Anwendung mit Mikromotor.
Wiederaufbereitung (gemäß DIN EN ISO 17884:2003): Anwendung ist in sterilem Zustand, wenn Risiko der Weichgewebe- und Knochenberührung besteht (FKI-Risikostufe: semikritisch B).
Anmerkungen: Bei bestimmungsgemäßem und sachgerechtem Gebrauch besteht nur dann ein Präparationsrisiko, wenn Nachbarzähne durch ein Metallband geschützt werden.



XYZ GmbH
Produktinformation für Diamantinstrument der Risikokategorie D Keine klinische Anwendung

Bezeichnung gemäß DIN EN ISO 6360:2003: 806 314 173 544 031
XYZ-Bezeichnung: 848
Funktions- und Risikoanalyse und -bewertung gemäß DIN EN ISO 14971:2003
Qualitätsmanagement gemäß DIN EN ISO 9001:2000, DIN EN 13985:2003 und DIN EN 1639:2002
Kein CE-Zeichen
Max. Rautiefe im Neuzustand: 78,3 µm
Indikation: Wegen der kantigen Form (ISO 173), des extra-groben Diamantbelags (ISO 544) und des Arbeitsteil-Durchmessers (3,10 mm) für klinische Zwecke nicht geeignet.
Anwendung nur für zahntechnische Zwecke
Drehzahlbereich: < 50 000 min⁻¹

Abb.5 Modell für Produktinformationen bzw. Gebrauchsanweisungen mit vier Risikokategorien (Kimmel 2004)

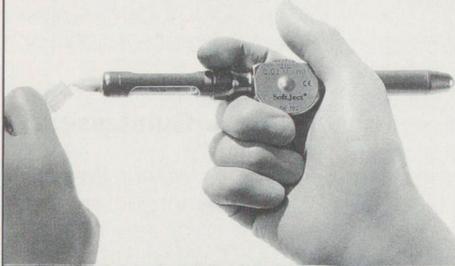
Wir bieten besondere Lösungen!



Form X 289-012

= blend-a-mant Retard

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



Das Injektionssystem für die intraligamentäre Anästhesie

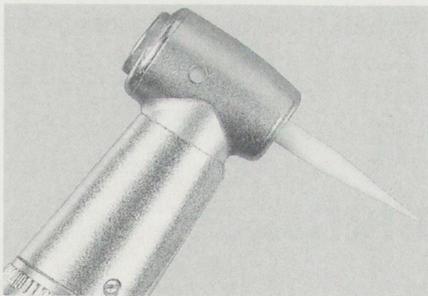
- Ⓞ Mit gleichmäßiger, kontrollierbarer Druckübertragung
- Ⓞ Überlegene Anästhesiemethode (Dirnbacher, Wehrmedizin und Pharmazie, 2/2003)
- Ⓞ Bietet große Vorteile für Behandler und Patienten

Snowpost® weiße, glasfaserverstärkte Composite-Stifte für ästhetische Coronawurzel-Rekonstruktionen

- Ⓞ ideale Biegefestigkeit durch dentin-ähnliches Elastizitätsmodul
- Ⓞ silanisiert
- Ⓞ keine Korrosion, röntgenopak (18% Zirkon)
- Ⓞ Stressvermeidung für die Wurzelsubstanz durch axiale Elastizität und dentinadhäsives Zementieren des Stiftes
- Ⓞ dentinadhäsive Druckverteilung über Klebeflächen
- Ⓞ leicht auf gewünschte Länge zu kürzen
- Ⓞ farbcodiert



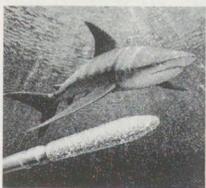
citoMant Politop weiße, glasfaserverstärkte Polierer aus Composite



- Ⓞ Entfernen von Verfärbungen
- Ⓞ Reinigung des Schmelzes
- Ⓞ Bearbeitung von Composite-Füllungen
- Ⓞ leichtes Entfernen von Zementüberschuss
- Ⓞ Entfernen von provisorischem Zement

Kieferorthopädie
Parodontologie
Implantologie

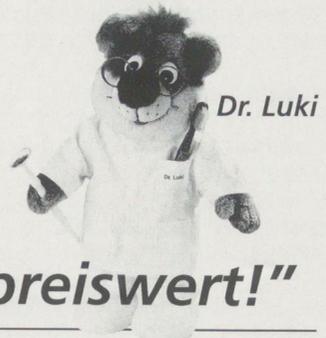
Schmerzfreies Entfernen von Zahnstein



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

werden. Insgesamt gesehen sind die folgenden Schritte erforderlich:

- Bestellung qualifizierter Experten für Management und Ausführung der Arbeiten
- Festlegen der Grundsätze für die Funktions- und Risikoanalyse sowie die Risikobewertung und -kontrolle
- Sicherstellung der verfügbaren Mittel aus einem gemeinsamen Fond
- Überprüfen und Abstimmen der Ergebnisse
- Formulierung einer neuen gemeinsamen Stellungnahme von DGZMK, DGZ und DGZPW
- Übertragen der Erkenntnisse auf Produktinformationen bzw. Gebrauchsanweisungen (Abb. 5)
- Publikation der Ergebnisse (z.B. durch das Institut der Deutschen Zahnärzte) in der Fachpresse

4. Alle bisherigen Bemühungen ohne Erfolg

Meine bisherigen, seit den 80er Jahren erfolgten Bemühungen, mit zahlreichen Publikationen und auf der DGZMK-, BZÄK-, TÜV- und BfArM-Ebene eine Lösung der Probleme anzubahnen, führten zu keinem positiven Ergebnis. Nach einer Kritik am Bundesinstitut für Arzneimittel (DZW 8/05, S. 2) bestritt der Präsident des Robert Koch-

Institutes und kommissarische BfArM-Leiter, Prof. Dr. Kurth, in einer wissenschaftlich völlig unqualifizierten Stellungnahme (DZW 11/05, S. 24) jeglichen Handlungsbedarf und bestätigte so unfreiwillig die Berechtigung meiner Vorwürfe gegenüber dem BfArM.

Hier ist noch anzumerken, dass das BfArM einfach davon ausgeht, dass ja bisher keine Schadens- bzw. Nebenwirkungsmeldungen von Zahnärzten eingegangen sind. Da aber darf, ja muss man fragen, welche Kollegin und welcher Kollege von sich aus einer Behörde an- und zugibt, dass sie mit ungeeigneten Instrumenten einen Schaden bewirkt haben. Es ist auch auf die Aussage eines anonymen Gutachters hinzuweisen, der gegen die Veröffentlichung eines DZZ-Beitrags im Sinne dieser Darstellung stimmte, weil das offizielle DGZMK-Organ nicht dafür da sei, sich mit der Auseinandersetzung von Kimmel mit den Herstellern der rotierenden Instrumente zu befassen. Die ausführliche Fassung dieses Beitrags ist in meinem Buch „Die zahnmedizinische Fachwelt – System, Qualitätssicherung, Ganzheitsbetrachtung“ enthalten (Deutscher Zahnärzte Verlag 2005), in dem auch auf das DAZ-Konzept zur Qualitätssicherung hingewiesen worden ist.

Die Problemstellung wurde – vor allem auf Veranlassung des Deutschen Rates für Qualität und Sicherheit von Produkten und Systemen für die Zahnheilkunde - am 27. April 2005 im Arbeitsausschuss D 4 „Rotierende Instrumente“ des DIN-Normenausschusses Dental beraten und von mir die Gründung einer Arbeitsgruppe im Sinne des Abschnitts 3 dieses Beitrags vor-

geschlagen. Die Hersteller bleiben bei ihrer bisherigen ablehnenden Haltung, wobei sich völlig unverständlicherweise der Geschäftsführer des DIN-Normenausschusses Dental zum Sprecher der Hersteller machte und behauptete, dass es für alle Instrumente eine Risikoanalyse und –bewertung gibt, die aber als „Fabrikgeheimnisse“ anzusehen seien. Und dies genau widerspricht den Anforderungen und Zielen von MPG und DIN EN ISO 14971.

5. Quintessenz

Es ist auf das mangelnde Problem- und Verantwortungsbewusstsein der an der zuvor geschilderten Situation beteiligten Fachwelt zurückzuführen, dass durch ungeeignete Präparationsinstrumente gesunde Zähne iatrogen geschädigt werden können, ohne dass sich die betroffenen Patienten dieses Behandlungsfehlers bewusst sind und sich dagegen wehren können. Diesem unhaltbaren Zustand, den ich seit beinahe einem Vierteljahrhundert (!) – als „einsamer Rufer in der Wüste“ – kritisiere, ist im Zeichen der derzeitigen „Qualitätsoffensive“ endlich ein Ende zu bereiten. Die vorgeschlagene Problemlösung kann aber nur auf einer gemeinsamen Fachweltebene realisiert werden. Für mich aber ist die Sache zu Ende, denn es ist auf Dauer deprimierend, fast 25 Jahre umsonst diskutiert und gekämpft zu haben.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden (Fax 02620 8892 oder E-mail denskimmel@t-online.de)

Dr. Karlheinz Kimmel

Schienungen mit Komposit Halt in hoffnungslosen Fällen

Spannende vier Stunden lang demonstrierte bei der diesjährigen DAZ-VDZM-Frühjahrstagung Dr. Winfried Zeppenfeld, in Flensburg niedergelassen und einer der zahnärztlichen Praktiker, die durch unermüdliches Probieren Neuland erschließen, was sich mit modernen Kompositen alles bewerkstelligen lässt - keineswegs nur in der Füllungstherapie. Als „Nachschlag“ zu seinem Vortrag schickte er uns fürs DAZ-Forum zwei Fallbeispiele, die er bewusst ganz ausführlich und nachvollziehbar beschreibt.

Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich gehören seit vielen Jahren zum zahnärztlichen Standard-Repertoire. Die Materialien bieten jedoch wesentlich mehr Möglichkeiten, z.B., wie nachfolgende Beispiele zeigen, bei der Schienung von gelockerten Zähnen.

Fall 1. Ein 42-jähriger Patient stellt sich am Samstag im Notdienst mit einem stark gelockertem, offensichtlich subgingival frakturierten Zahn 11 vor. Er hatte sich in der Vergangenheit nicht sonderlich um seine Zähne gekümmert, aber nun drängte sich das Problem dieses Zahnes in den Vordergrund, weil am Folgetag eine große Familienfeier anstand. Der Zahn war so tief zerstört, dass eine Restauration - auch provisorisch - nicht in Frage kam. Mein erster Gedanke war deshalb, das koronale Fragment zu extrahieren und die entste-

hende Lücke durch eine provisorische Brücke von 12 auf 21 zu versorgen. Damit wäre das akute Problem gelöst gewesen, und der Patient hätte ohne Probleme an der Familienfeier teilnehmen können. Ein zwischenzeitlich angefertigtes Röntgenbild (Abb.1) zeigte jedoch, dass dieser Plan nicht zu realisieren war: Zahn 12 war mit einem Wurzelstift versorgt und so weit subgingival zerstört, dass er als Anker für eine provisorische Versorgung nicht mehr in Frage kam. Zahn 13 fungierte als Anker einer Brücke auf Zahn 17. Um die Idee einer provisorischen Brücke durchzuführen, hätten deshalb die Kronen an 17,13 und 21 entfernt werden müssen. Anschließend hätte eine provisorische Brücke von 17 auf 21 angefertigt werden müssen. Dieser Aufwand erschien mir angesichts der stressigen Notdienst-Situation mit überfülltem Wartezimmer nicht realisierbar. Als einfa-

che und schnelle Lösung des Problems hatte ich dann die Idee, den gelockerten Zahn durch Schienung und mit Säure-Ätz-Technik am Nachbarzahn zu befestigen. Da die Zähne mit Metallkeramikronen versorgt waren, war eine Ätzung mit Phosphorsäure natürlich nicht möglich. Um einen stabilen Verbund zwischen Keramik und Komposit zu erzielen, muss Keramik mit Flusssäure geätzt werden. Flusssäure ist leider eine höchst gefährliche Chemikalie, die beim Kontakt mit Haut sofort tief eindringt und nicht heilende Wunden verursacht. Diese eindringliche Mahnung hatte ich noch vom Chemie-Praktikum in Erinnerung. Inzwischen gibt es jedoch gepufferte Flusssäure-Gele, z.B. das Keramik Ätzgel der Firma Ultradent, von dem es in der Gebrauchsanweisung heißt, bei Hautkontakt solle es sorgfältig abgespült werden. Dennoch ist es selbstverständlich, dass Kofferdam

(Abb.2) gelegt werden muss, um einen Kontakt des Flusssäure-Gels mit der Mundschleimhaut zu verhindern. Die Augen des Patienten müssen mit einer Schutzbrille abgedeckt werden, Zahnarzt und Assistenz sollten ebenfalls Handschuhe, Mundschutz und Schutzbrille tragen, um jedes Risiko auszuschließen. Nach dem Anätzen habe ich das Keramik-Ätzgel vorsichtig abgespült und dabei mit einem saugenden Papiertupfer aufgefangen. Der Tupfer wurde danach sicher entsorgt. Erst nachdem das Flusssäure-Gel fast vollständig abgespült war, wurde die Oberfläche des Zahnes intensiv abgesprüht und anschließend mit dem Luftbläser getrocknet. Danach wurde das Silan Monobond S auf die geätzten Flächen aufgetragen und nach einer Minute verblasen. Das Silan sichert den Verbund zwischen Keramik und Komposit zusätzlich zu der Retention, die durch das Anätzen der Keramik erreicht wird. Als nächste Schicht wurde hier Heliobond aufgetragen und verblasen mit dem Ziel, dünnfließendes Bonding in die Unterschnitte der durch Ätzung aufgerauten Keramik zu treiben. Nach Lichthärtung des Bondings wurde eine Schicht Tetric Ceram auf die Approximalfächen aufgetragen und mit Licht gehärtet. Durch diese Verblockung von 11 und 12 mittels Säure-Ätz-Technik wurde der Zahn 11 so weit stabilisiert, dass der Patient problemlos an seiner Familienfeier teilnehmen konnte (Abb.3).

Fall 2. Bei einem 67-jährigen Patienten mit weit fortgeschrittener Parodontitis, der sehr an einer Erhaltung seiner Zähne interessiert war, stellte sich die Situation bei Zahn 31 mit einer konfluierenden parodontal-apikalen Läsion als hoffnungslos dar (Abb.4). Die Zähne 32, 41 und 42 wiesen ebenfalls einen starken Knochenabbau auf, sollten jedoch erhalten werden. Der Rest des Unterkiefers war fest sitzend versorgt, genau wie der Oberkiefer. Eine fest sitzende Brücke von 32 auf 42 erschien mir nicht sinnvoll, weil es bei den langen klinischen Kronen mit hoher Wahrscheinlichkeit beim Präparieren zu einer Nekrose der Pulpa dieser Zähne gekommen wäre. Angesichts des fortgeschrittenen Knochenabbaus erschien auch eine fest sitzende Brückenversorgung unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten fragwürdig. Ich habe dem Patienten deshalb vorgeschlagen, die Zähne durch Komposit zu schienen und die Schienung durch lingual eingeklebtes Ribbond, ein flaches, geflochtenes Band, das sich mit Kompositen verbindet, zu verstärken. Auf diese Weise hoffte ich die Zugfestigkeit der Klebung zu erhöhen. Ribbond ist sehr schwer zu schneiden. Deshalb wurde als Schablone für das Ribbond ein Stück Zinnfolie auf der lingualen Seite der UK-Frontzähne angepasst. Der Zahn 31 wurde extrahiert, apikal so weit gekürzt, dass die Wurzelspitze leicht unter Gingivaneiveau endete, und der Wurzelkanal wurde retrograd mit Komposit versiegelt. Die UK-Front wurde mit Kofferdam isoliert. Dabei wurde der Abstand zwischen den Löchern für die Zähne 41 und 32 ganz bewusst etwas vergrößert, weil die Wurzelspitze des Zahnes 31 das Kofferdamgummi beim Einkleben nach apikal drücken würde und



Abb. 1

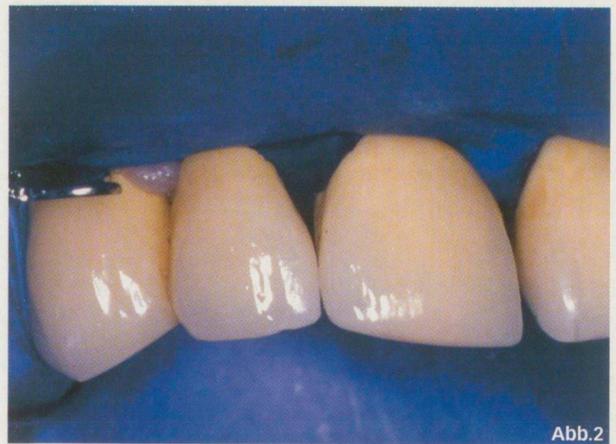


Abb. 2

Abb. 1: Notdienstsituation – stark gelockerter Zahn 11 und ebenfalls tief zerstörter 12

Abb. 2: Zur Schienung mit Säure Ätz-Technik (Flusssäure-Gel wegen der Keramikronen) wurden die Zähne mit Kofferdam isoliert



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 3: Situation nach Schienung des Zahnes 11

Abb. 4: Fall 2: Ausschnitt aus OPG von 1991, weit fortgeschrittene Parodontitis, hoffnungslose Situation bei 31



Abb. 5



Abb. 6

Abb. 5: Ausschnitt aus Zahnfilm 1996, hoffnungslose parodontal Situation bei 41 und Fraktur der Kompositenschienung zwischen 41 und 42.

Abb. 6: Klinische Situation 2005 neun Jahre nach supragingivaler WSR bei 41 und Reparatur der Schienung und 14 Jahre nach Wiedereinkleben des extrahierten Zahnes 31.

damit die Gefahr eines Lecks durch den Zug des Gummis bestand. Nach Anlegen des Kofferdams wurden die Zähne auf der lingualen Seite mit 50 µm Aluminiumoxid abgestrahlt, um die oberflächliche, gut mineralisierte Schmelzschicht aufzurauen und die Plaque vollständig zu entfernen. Der extrahierte Zahn wurde in gleicher Weise sandgestrahlt. Danach wurden die Zähne 32 bis 42 mit 37-prozentiger Phosphorsäure für 30 sec angeätzt, das Ätzgel abgesprüht, die Zähne trocken geblasen, Heliobond aufgetragen, verblasen und mit Licht gehärtet. Ein zuvor mit Hilfe der Zinnschablone angefertigtes 3 mm breites Stück Ribbond wurde in Heliobond getunkt und der Heliobond-Überschuss auf einer Serviette abgetupft. Die Oberfläche des Ribbond sollte vor dem



Abb. 7

Abb. 7: Ansicht von lingual. Zahn 44 wurde zusätzlich durch eine Adhäsivbrücke ersetzt.

Benetzen mit Bonding nicht angefasst werden, weil sonst die Verbundfestigkeit zum Komposit leidet. Weil 1991 noch keine fließfähigen Komposite verfügbar waren (heute würde ich Tetric flow nehmen) habe ich Heliomolar mit etwas Heliobond verrührt, um die Fließfähigkeit zu erhöhen. Dieses dünnfließende Heliomolar wurde mit einer kleinen Kugel und einem Pinsel auf der Lin-

gualfläche der Schneidezähne aufgetragen und das Ribbond darin positioniert. Dann wurde das Komposit selektiv bei Zahn 42 gehärtet und das Ribbond so an diesem Zahn fixiert. Der extrahierte Zahn 31 wurde ebenfalls mit dem dünn fließendem Heliomolar benetzt, repositioniert und durch Lichthärtung fixiert. Schließlich wurde auch der Zahn 42 in den Verbund einbezogen und die Schienung durch weiteres Auftragen von Heliomolar verstärkt.

In den Folgejahren nahm der Patient nur in unregelmäßigen Abständen Prophylaxetermine wahr. Die Situation war einigermaßen stabil, fünf Jahre später erschien der Patient jedoch erneut mit einer konfluierenden parodontal apikalen Aufhellung, diesmal an Zahn 41 (Abb.5). Zudem war das Komposit zwischen 41 und 42 gebrochen, die Ribbandschienuung war jedoch intakt. Ich habe deshalb überschüssiges Komposit zwischen 41 und 42 entfernt unter Belassung der Ribbandschienuung. Danach wurde der Bereich zunächst sandgestrahlt, mit Phosphorsäure geätzt und mit Heliomolar neu verklebt. Zum Schluss wurde bei 41 die Wurzelspitze abgetrennt und der Kanal retrograd mit Glasionomerzement verschlossen. In der Folgezeit wurden Prophylaxetermine regelmäßiger wahrgenommen. Trotzdem kam es 1998 wieder zu einem Par-Rezidiv. Diesmal zeigte der Zahn 34 einen tiefen Knocheneinbruch mit einer Läsion, die um den Apex herumging. Kurz zuvor hatte ich in einem Vortrag von Prof. Flemmig erstmalig von der Möglichkeit der PCR-Diagnostik gehört. Die DNA-Analyse der Plaque dieses Patienten ergab unter anderem eine Infektion mit porphyromonas gingivalis. In der Folgezeit haben wir des öfteren PCR-Tests bei Patienten mit aggressiven Parodontopathien durchgeführt, insbesondere wenn ein deutliches Missverhältnis zwischen Entzündung und Destruktion auf der einen Seite und den Pflegebemühungen des Patienten auf der anderen Seite bestand (zudem noch bei einem Nichtraucher!). Dabei habe ich häufig beobachtet, dass Patienten mit

etwa 3 mm breiten röntgenologischen Knochendefekten, oft in der Form eines „J“ bis zur Wurzelspitze, eine Infektion mit Porphyromonas gingivalis aufwiesen. Auch wenn es sicher verwegen ist, aus der Form eines Knocheneinbruchs auf den verantwortlichen Erreger zu schließen, so sollten derartige Knocheneinbrüche nach meinem heutigen Verständnis ein Grund sein, das Erregerspektrum zu analysieren. Eine erneute Par-Behandlung wurde dieses Mal mit adjuvanter Antibiotikabehandlung durchgeführt. Seither konnte die Situation stabil gehalten werden. Zahn 31 hängt jetzt als Brückenglied seit 14 Jahren in der Luft, Zahn 41 seit 9 Jahren (Abb. 6 und 7). Da der Oberkiefer festsitzend versorgt ist,

werden die Zähne normal belastet, wenn gleich der Patient die Zähne aufgrund des ausgeprägten Knochenabbaus sicherlich unwillkürlich schont. Erstaunlich finde ich, dass diese Situation mit zwei eingeklebten Brückengliedern so lange stabil ist. Ohne es beweisen zu können, glaube ich, dass die Elastizität des Komposits in Verbindung mit der Erhöhung der Zugfestigkeit durch das Ribbond dafür verantwortlich ist.

Nicht nur diese beiden Fälle zeigen mir: Komposit ist noch für manche Überraschung gut.

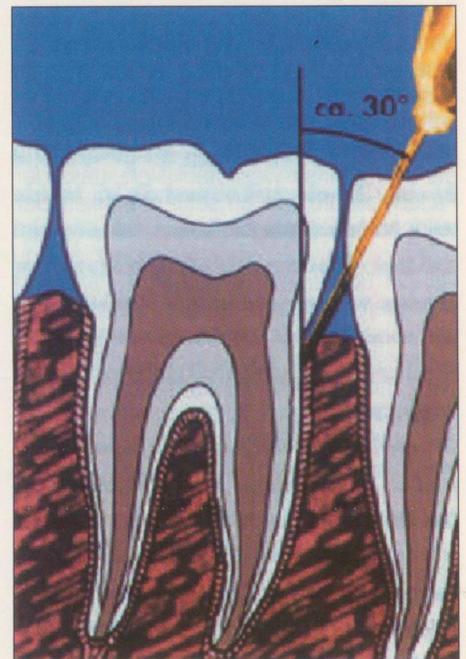
Dr. Winfried Zeppenfeld

Fortbildung zum Thema intraligamentäre Anästhesie

In letzter Zeit veröffentlichte Studien zeigen, dass die alte Lehrmeinung zur intraligamentalen Injektion ergänzt werden muss: Nicht der durch den Behandler ausgeübte Druck sondern die aufgewandte Injektionszeit ist entscheidend für eine nebenwirkungsfreie und erfolgreiche Einzelzahnanästhesie. Durch sanftem, den anatomischen Verhältnissen des Patienten angepassten, Injektionsdruck wird übliches Articaïn-Anästhetikum ins Ligament des zu behandelnden Zahnes injiziert. Es diffundiert ins Desmodont und wird vom Zahn umgebenden Gewebe resorbiert. Die Anästhesie tritt sofort – ohne Latenzzeit – ein, hält etwa 30 Minuten an und ist auch bei sehr kritischen Indikationen, z. B. der Therapie akut entzündeter Zähne mit irradiierenden Schmerzen, tief ausgeprägt und praktisch ohne Nebenwirkungen.

Anästhesieversager – partiell oder komplett – gehören weitgehend der Vergangenheit an. Für den Zahnarzt, der die intraligamentäre Anästhesie (ILA) sicher beherrscht, beschleunigt sich die Behandlung: Festlegung des Therapiekonzepts, Lokal-Anästhesie, sofortiger Beginn der Behandlung; kurz nach Abschluss der zahnmedizinischen Arbeiten ist das Empfindungsvermögen des Patienten wieder voll ausgeprägt. Dem Stuhl entsteigt i. d. R. ein sehr zufriedener Werbeträger der eigenen Leistung. Nur bei räumlich und zeitlich sehr ausgedehnten chirurgischen Eingriffen hat die ILA Grenzen.

Dass diese schonende Methode längst nicht in allen Praxen und auch nicht in allen Indikationsbereichen angewandt wird, hat sicher mit mangelnder Vertrautheit der



Durchführung der intraligamentären Anästhesie.

Behandler zu tun, die dieses Verfahren in ihrer eigenen Ausbildung nicht kennengelernt haben. Dem kann jedoch abgeholfen werden. Der DAZ würde gern wie bereits in Berlin auch andernorts für Interessierte Fortbildungen organisieren. Als Referent steht Lothar Taubenheim aus Düsseldorf zur Verfügung. Er ist u. a. Koautor des im Thieme-Verlag erschienenen Standardwerkes „Die intraligamentäre Anästhesie“. Bei praktischen Übungen am Schweinekiefer sowohl mit obsoleten wie auch adäquaten Injektionssystemen, z. B. den 1998 eingeführten Dosierradspritzen, kann die Theorie in Praxis umgesetzt werden.

Interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte mögen sich bitte mit der DAZ-Geschäftsstelle in Verbindung setzen, die die Organisation der Fortbildung übernehmen kann: Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail daz.koeln@t-online.de



Wir beraten Sie gerne!

Ihre Zahntechnikermeister:

Lipinski & Hoffmann
zahntechnik

www.zahnerlebnis.de

Qualität und Leistung

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

TRIFFT GALVANO



VOLLKERAMIK

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

Hypnoanästhesie – wann ist sie wirklich indiziert?

Der Wunsch nach schmerzfreier Behandlung ohne herkömmliche Lokalanästhesie ist einer der Hauptgründe, weshalb Patienten in der zahnärztlichen Praxis nach Hypnose fragen. Nun lehrt die tägliche Erfahrung, dass vollkommene Schmerzfreiheit nur bei einem Teil aller Patienten erzielt werden kann. Eine Behandlung mit erhöhter Schmerztoleranz wird zwar von vielen Patienten akzeptiert, entspricht aber nicht immer dem Wunsch des Behandlers nach größtmöglicher Entspannung. Es stellt sich somit die Frage, wann dem Wunsch des Patienten nach hypnotischer Anästhesie entsprochen werden sollte und wann der Zahnarzt eher zur (zusätzlichen) Lokalanästhesie raten sollte.

Dieser Beitrag soll helfen, diese Entscheidung rational zu begründen. Zu diesem Zweck sollen die von Patienten üblicherweise angegebenen Gründe einzeln analysiert und im Hinblick auf die Indikation für hypnotische Anästhesie kritisch hinterfragt werden. Wo es sinnvoll ist, sollen außerdem alternative Vorgehensweisen aufgezeigt werden.

Begründungen für den Wunsch nach Hypnoanästhesie

Weltanschauliche Gründe

Patienten, die aufgrund ihrer allgemeinen Weltanschauung keine pharmakologisch erzeugte Anästhesie wünschen oder persönliche Grenzerfahrungen machen wollen, stellen einen großen Teil der Gruppe dar, die nach Hypnoanästhesie fragt. Da ein zwingender medizinischer Grund nicht vorhanden ist, liegt es im Ermessen des Behandlers, diesem Wunsch zu entsprechen. Nach meiner Erfahrung sind bei diesen Patienten chirurgische Eingriffe recht problemlos in guter Qualität durchzuführen, während längere Präparationssitzungen zwar ohne weiteres möglich sind, aber aufgrund der damit oft verbundenen mentalen Anstrengung des Patienten nicht immer zu einem auch für den Zahnarzt befriedigenden Behandlungsergebnis führen.

Als Behandler sollte man bei diesen Patienten die Durchführung einer Behandlung mit Hypnoanästhesie nicht nur von dem Wunsch des Patienten abhängig machen, sondern auch von dem zu erwartenden Behandlungsergebnis.

Spritzenphobie

Auch wenn die Angst vor Spritzen den vielleicht häufigsten Grund für den Wunsch nach Hypnose zur Schmerzausschaltung bildet, sollte die Indikation gerade hier besonders eng gestellt werden. Eine gute Orientierung bietet die Frage, ob sich die Angst nur auf Spritzen beim Zahnarzt beschränkt oder sich auch auf andere Injektionen erstreckt, für die es dann im Einzelfall möglicherweise keine Alternativen gibt, wie z. B. Impfungen, Blutwertkontrollen. Im Falle einer allgemeinen Spritzenphobie sind die Patienten fast immer daran interessiert, ihre Phobie zu überwinden, so dass Hypnose in diesem

Zusammenhang eher geeignet ist, dem Patienten dabei zu helfen, sich in einem guten Zustand eine Injektion geben zu lassen, anstatt diese völlig zu vermeiden. Da es sich in fast allen Fällen „nur“ um große Ängstlichkeit handelt, sind hierbei Methoden wie z. B. die Punktfixation gut geeignet, um das Problem zu lösen. Nur in den seltenen Fällen einer echten Phobie sind primär kognitiv orientierte Maßnahmen erforderlich bevor zahnärztliche Hypnose zur Entspannung eingesetzt wird.

Allergiker

Eine weitere Gruppe bilden diejenigen Patienten, die eine (vermeintliche) allergische Reaktion auf ein Lokalanästhetikum erlitten haben. Echte Allergien auf moderne Lokalanästhetika sind sehr selten! So ist es nicht verwunderlich, dass die meisten Patienten, die mit der Aussage „Ich bin allergisch!“ in die Praxis kommen, auf die Frage, wohin sie denn die verursachende Spritze bekommen hätten, antworten: „in den Unterkiefer“. Die Tatsache, dass Patienten sich auch nach Aufklärung über eine viel wahrscheinlichere intravasale Injektion nicht von ihrer Überzeugung abbringen lassen, sie seien Allergiker, ist eins von vielen Beispielen für die hoch suggestive Wirkung ärztlicher Kommunikation. Ein Beispiel mag dies veranschaulichen. Eine Patientin, die sich als Anästhesie-Allergikerin anmeldet, kommt mit folgender Geschichte in die Praxis: Nach einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer sei sie ohnmächtig geworden und erst im Krankenhaus wieder aufgewacht. Dort hätte man sie mehrere Tage „auf den Kopf gestellt“, ohne eine Erklärung für ihre Ohnmacht zu finden. Daraufhin sei dann am Ende der Chefarzt zu ihr gekommen und hätte gesagt: „Ja, das war dann wohl eine allergische Reaktion auf die Spritze, die Sie beim Zahnarzt bekommen haben!“ Diese Patientin war selbst während einer endodontischen Behandlung, als trotz Hypnose deutliche Schmerzreaktionen das Behandlungsergebnis zu beeinflussen drohten, nicht dazu zu bewegen, sich eine Anästhesie geben zu lassen.

Aber es gibt selbstverständlich auch tatsächliche Anästhesieallergiker, die ohne aufwendiges Austesten auch nicht eindeutig von der fraglos größeren Gruppe der Suggestiv-Allergiker unterschieden werden können. So steht man bei diesen Patienten regelmäßig vor dem Dilemma, dass die Verifikation der allergischen Reaktion aus verständlichen Gründen abgelehnt wird und man wider besseres Wissen den Wunsch der Patienten nach Hypnoanästhesie akzeptieren muss.

Anästhesieversagen

Eine primär vom Patienten gewünschte Lokalanästhesie kann aus unterschiedlichen Gründen nicht zum Erfolg führen. Im wesentlichen lassen sich hierbei pathophysiologische sowie anatomische Gründe unterscheiden.

Pathophysiologisch bedingtes Anästhesieversagen

Die mangelhafte Wirkung der Lokalan-

ästhesie bei akuten Entzündungen stellt im Hinblick auf die Schmerzausschaltung sicherlich das größte Problem im zahnärztlichen Alltag dar und bildet oftmals Schlüsselerlebnisse in der Karriere von phobischen Patienten. In allen diesen Fällen sind direkte hypnotische Interventionsstrategien hervorragend geeignet, dem Patienten zu helfen. Bei einigen planbaren Eingriffen wie z.B. Wurzelspitzenresektionen sollte dem Patienten bereits vorab immer zur Behandlung mit Hypnose geraten werden.

Anatomisch bedingtes Anästhesieversagen
Einige Fasern des N. alveolaris inferior verlaufen oft mit dem N. lingualis und treten dann erst im horizontalen Ast in den Alveolarfortsatz ein. Ebenso gibt es manchmal palatinale Wurzeln an Oberkieferseitenzähnen, die von palatinal her innerviert werden. Im Falle eines Anästhesieversagens an Ober- oder Unterkieferseitenzähnen sollte daher grundsätzlich erst einmal von lingual bzw. palatinal her nachinjiziert werden, bevor man dem Patienten zur Hypnoanästhesie rät.

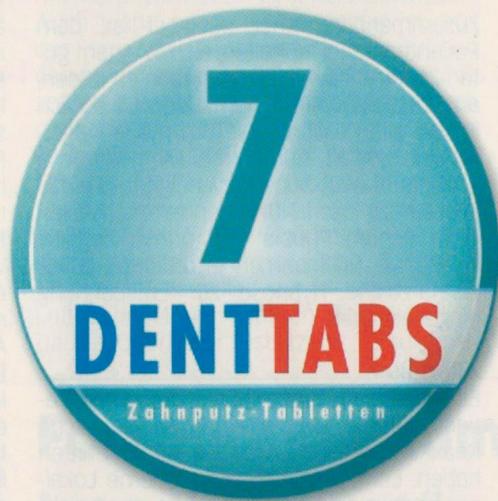
Sehr viel exotischer, für die betroffenen Patienten jedoch mit erheblichen Problemen verbunden, sind die Fälle von komplettem Anästhesieversagen nach umfangreichen Osteotomien im Rahmen kieferorthopädischer Operationen. Im Oberkiefer kann dieses Problem sehr selten einmal nach Osteotomien im Sinne von Le Fort I auftreten. In diesen Fällen sollte in jedem Fall der Einsatz von Hypnose erwogen werden. Anders verhält es sich dagegen beim Anästhesieversagen nach Unterkieferosteotomien. Hier kommt es durch die Verschiebung und Neufixierung von Kieferfragmenten zu einer Verlagerung des Foramen mandibulae. Es sollte daher immer zunächst der Versuch gemacht werden, aus der jeweiligen OP-Methode die neue Position abzuleiten und dort dann die Leitungsanästhesie zu platzieren. Auch hier zur Verdeutlichung ein Beispiel.

Eine junge Patientin wurde uns zur Hypnose überwiesen mit der Begründung der völligen Unwirksamkeit von Unterkieferleitungsanästhesien. Auf Befragen gab die Patientin an, bei ihr sei vor ca. 12 Jahren der Unterkiefer „nach hinten verschoben“ worden. Sie war außerdem grundsätzlich eher an einer wirksamen Lokalanästhesie als an Hypnose interessiert. Da Behandlungsunterlagen zur gewählten OP-Methode nicht mehr zur Verfügung standen, wurde ein OPG angefertigt, auf dem sich glücklicherweise im Bereich der Compacta noch die Fugstellen der Osteosynthese erkennen ließen. Daraus ließ sich mit einiger Sicherheit eine Progenieoperation nach Trauner annehmen, woraus sich wiederum eine Verschiebung des Foramen mandibulae nach dorso-kranial ableiten ließ. Dementsprechend wurde dann die Leitungsanästhesie plziert, die sofort und reproduzierbar zum Erfolg führte.

In allen Fällen anatomisch bedingten Anästhesieversagens sollte daher immer zunächst die Anpassung des Standardvorgehens an die veränderte Morphologie des Patienten in Betracht gezogen werden.

Dr. Walter Schulze

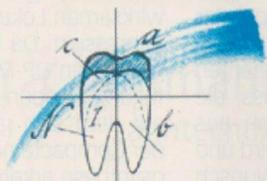
EINFACH! SAUBERE ZÄHNE!



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

Kontrovers diskutiert: Sofortimplantation und Sofortbelastung

Neue Zähne direkt nach der Extraktion - der Wunschtraum jedes zahnkranken Patienten. Als relativer Neuling mit 5-jähriger Implantationspraxis beschrieb im letzten Forum 84-2004 Zahnarzt Dr. Till Ropers aus Steinkirchen seine Erfahrungen und berichtete dabei auch über Sofortimplantation und Sofortbelastung einschließlich Sinuslift. Da blieb die Diskussion nicht aus. Dr. Sebastian Schmidinger aus Seefeld, seit 30 Jahren praktisch implantierend und im In- und Ausland in der Fortbildung von Implantologen tätig, mehrere Jahre Präsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI), meldete sich mit kritischen Überlegungen zu Wort, die wir im Nachfolgenden dokumentieren.

Auch Dr. Ropers setzte seinen Bericht fort, denn nicht zuletzt seine Aussagen zum minimalinvasiven Sinuslift hatten in den Augen vieler Kollegen Fragen offen gelassen. Klar ist: Ohne den Mut von zahnärztlichen Praktikern, in Absprache mit ihren Patienten neue Verfahren auszuprobieren, gäbe es heute keine orale Implantologie. In jedem Einzelfall gilt es das Für und Wider von risikoreichen Maßnahmen abzuschätzen. Eine gewisse Orientierungshilfe bietet hier auch die im Oktober letzten Jahres veröffentlichte Empfehlung der DGI zu Sofortbelastung und Sofortversorgung samt ausführlicher Literaturliste. Sie finden Sie in ZM 9-2005, im Internet unter www.dgi-ev.de oder können sie bei der DAZ-Geschäftsstelle anfordern. (ibo)

Implantologische Euphorie und Wirklichkeit

Es ist jetzt 30 Jahre her, dass Willi Schulte die Prinzipien der Sofortimplantation von Grund auf entwickelte. Die Idee war dabei, den Kollaps der Alveole zu verhindern und sie durch - spätere - Einleitung von physiologisch richtig dimensionierten Kräften zu erhalten. Die Alveolen haben sich seither nicht geändert, neun von zehn sind beschädigt, viele am Rand, manche apikal, es gab ja einen guten Grund, den jeweiligen Zahn zu ziehen.

Die Implantate haben sich durchaus verändert, wobei nur eines der drei wesentlichen Probleme zufrieden stellend gelöst ist: Der Werkstoff Titan mit seinen spezifischen Eigenschaften hat die notwendige mechanische Festigkeit, er lässt alle Möglichkeiten der sinnvollen Formgebung des Implantates und der Verbindung zu Aufbautteilen zu und erlaubt spezifische Oberflächen, die zügig osseointegriert werden und auch die Osseointegration erhalten. (Zirkoniumoxid kann sich vielleicht in absehbarer Zukunft als ähnlich brauchbar erweisen.)

Noch immer nicht zufrieden stellend gelöst sind die Problemzonen im Halsbereich eines Implantates. Die für die Osseointegration qualitativ wichtige raue Oberfläche ist naturgemäß plaqueaffin, sehr glatte Oberflächen (auch am Zirkoniumoxid) sind dagegen gingivafreundlich, aber osseointegrationsschwach.

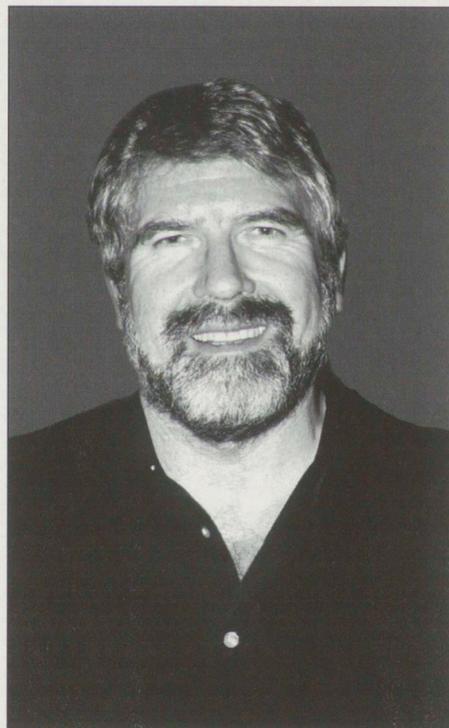
An dieser Grenzfläche entscheidet sich jedoch das Schicksal des Implantates: Bleibt der umgebende Knochen auch nach dem Trauma der Implantatbettgestaltung mit der rauhen Oberfläche verbunden? Oder zieht er sich zurück und überlässt die rauhen Flächen als Prädeliktionsstellen der bakteriellen Besiedlung, durch die eine Periimplantitis ausgelöst werden kann (aber nicht muss). Oder wächst der Knochen evtl. auch an den nicht bedeckten rauhen oder sogar glatten Oberflächen nach oben?

Des weiteren ist immer noch unklar, ob der

„Spalt“ zwischen Implantat und Aufbau wirklich eine Rolle spielt und ob Dimensionsunterschiede zwischen Implantatdurchmesser und Aufbau ein positives Resultat erzielen.

Diese Probleme sind bei der Sofortimplantation und einer evtl. Sofortbelastung besonders heikel, weil speziell die Traumatisierung der hauchdünnen marginalen vestibulären Knochenpartien bei der Implantatbettauflbereitung, aber auch die evtl. unphysiologisch hohe Druckbelastung dieser Areale, durch ein formschlüssiges Implantat zum Abbau führen können.

Welche Lösungsansätze gibt es? Da ist einmal der unproblematische Fall, wo nach Trauma oder schonender Extraktion nach apikalem Trauma die Alveole gerade in den marginalen Anteilen erhalten bleibt und die Gingiva in Höhe und Breite und die Papille zu den Nachbarzähnen hin der ästhetischen und funktionellen Norm entspricht. Hier, und nur hier kann eine Sofortimplantation und Sofortbelastung risikolos durchgeführt werden. Voraussetzung ist ein ausreichend dimensioniertes Implantat mit einer ausreichenden Primärstabilität. Sie wird bei Schraubimplantaten bei Eindreh-Endwerten zwischen 25 und 35 Ncm erreicht. Was aber bedeutet das? Das bedeutet, dass ein Implantat mit dem Durchmesser von 3,8 mm Durchmesser und 11 mm Länge im Vergleich zu einem 5,0 mm / 16 mm Implantat bei gleichem Drehmoment einen doppelt so hohen Anpressdruck auf den benachbarten Knochen ausübt. Ist das egal? Spielt die Form eine Rolle? Die zylindrische Schraube hat ihren Halt nahezu ausschließlich in der apikalen Hälfte, da der Knochen auf Grund der Rauigkeit der Implantatoberfläche im marginalen Anteil durch den Schmirgelpapiereffekt abgetragen ist. Die konische Schraube dagegen hat über die ganze Länge ein nahezu gleichmäßiges Belastungsmuster. Aber scharfkantige selbstschneidende Schraubenwindungen erzeugen hohe Druckspitzen im anliegenden Knochen. Wo sind da die Grenzen?



Dr. Sebastian Schmidinger

Also, Primärstabilität ist sicher ein wesentlicher Faktor für die Osseointegration, er darf aber auch nicht einseitig mechanisch gesehen werden, weil wir es beim Knochen halt nicht mit einem homogenem, sondern mit einem außerordentlich variablen Werkstoff zu tun haben, der nicht nur an eng benachbarten Orten am Alveolarfortsatz, sondern schon in der einzelnen Alveole eine hohe Varianz besitzt. Das bedeutet, dass ein Implantat - mit 25 Ncm eingesetzt - im einen Fall gerade richtig für die biologischen Verhältnisse vor Ort ist und eine rasche Reparaturantwort des Organismus erfolgen kann. Im anderen Fall, wo vielleicht nur wenige Windungen in einer „gestressten“ Kompakta den ersten Halt ge-

ben, kommt es dagegen zum Abbau und zum Implantatverlust.

Wo hört die Toleranz des Gewebes auf, wann ist die Reparaturfähigkeit behindert oder eingeschränkt? Wenn marginale Knochen- und Gingivaeinbrüche vorhanden sind, kann nur mit sehr großem Geschick des Operateurs eine Sofortimplantation und evtl. eine Sofortbelastung durchgeführt werden, die ein brauchbares kosmetisches Langzeitergebnis nach sich zieht. Das tiefere Einsetzen eines Implantates führt trotz Zirkonium- oder Alu-

miniumoxidaufbau zu Pseudotaschen und Rezessionen, das bis oben hin raue Implantat zieht längst nicht immer eine vertikale Knochenadaptation nach sich.

Wir sind erst am Anfang einer segensreichen Entwicklung der Implantatprothetik und können nur durch hartnäckiges Hinterfragen, Vergleichen, genaues Hinschauen und Üben der eigenen Feinmotorik den Anforderungen des Gewebes und den Wünschen der Patienten gerecht werden. Recht hilfreich ist dabei eine gute Dokumentation (die einzig brauchbare

Dokumentations-Software gibt es wohlfeil bei www.impdata.com), mit der eine eigene Statistik erstellt werden kann. Sie hat zum Beispiel in meinem Fall dazu beigetragen, dass ich wieder vermehrt den klassischen Sinuslift mit der Fenstertechnik durchführe, da meine Zahlen (14 Jahre / 1137 klassisch gegen 8 Jahre / 986 minimal invasiv) signifikant besser beim Klassiker sind. Die Indikation für die Summers-technik habe ich erheblich eingeschränkt.

Dr. Sebastian Schmidinger

Die neue Generation der Zahnimplantate Zusatzbemerkungen nach eingegangener Kritik

In der Tat wurde der interne Sinuslift nicht von Dragoo sondern von Summers zuerst publiziert und später von Mick Dragoo modifiziert. Die Durchdringung des knöchernen Kieferhöhlenbodens geschieht nicht mit schlagenden oder klopfenden Bewegungen, sondern durch Drehbewegungen unter dosiertem Druck mit dem dafür entwickelten „Bone Condenser“. Hierbei stützt sich der Behandler zweckmäßigerweise mit dem Daumen auf dem Kieferkamm oder einem benachbarten festen Zahn ab. Die implantatidentische Konizität allein kann ein unbeabsichtigtes tiefes Eindringen in die Kieferhöhle mit Gefährdung der Kieferhöhlenschleimhaut nicht sicher verhindern.

Der Bone Condenser könnte noch verbessert werden: Durch die gerade Form (wie ein Schraubenzieher) begrenzt die oft eingeschränkte Mundöffnung die Anwendung auf die anterioren Bereiche. Eine Abwinklung des vorderen Arbeitsteils dieses Instruments um etwa 30 Grad könnte die Anwendung auch im Molarenbereich sehr erleichtern. Weiter wäre ein einstellbarer arretierbarer Distanzhalter wünschenswert, um die maximale Eindringtiefe in die Kieferhöhle zu definieren und sicher zu begrenzen.

Die Indikation zum Sinuslift bemisst sich nicht nur aus der vorhandenen Knochenhöhe, sondern auch aus der Qualität des Knochens, die letztlich erst bei der Präparation des Implantatlagers festgestellt werden kann: Erscheint die Erlangung primärer Stabilität schwierig, so würde ich einen Sinuslift auch dann durchführen, wenn ich 10 mm Knochenhöhe zur Verfügung habe, denn ich gewinne ja nicht nur die Aussicht auf eine vergrößerte Knochenhöhe, sondern erhöhe auch den seitlichen Anpressdruck.

Natürlich müssen entzündliche, zystische oder gar neoplastische Veränderungen im Nasen- und Sinusbereich anamnestisch und durch OPG-Auswertung zuvor ausgeschlossen sein. Die Kontrolle durch Nasen-

blas- und -saugversuch ist selbstverständlich (bislang konnte ich keine Undichtigkeit feststellen), aber sollte dennoch bei aller Vorsicht eine Mund-Anthrum-Verbindung (MAV) auftreten, so ist nach Mick Dragoo die Komplikationswahrscheinlichkeit sehr gering, da der primäre Verschluss durch ein steriles Implantat sicherer sei als eine noch so schöne plastische Deckung.

Zur Sofortbelastung: Implantate mit nur schwierig zu erlangender Primärstabilität sind provisorisch in Infraokklusion und ohne Vorkontakte in der Artikulation zu versorgen. Derlei Provisoren können mit lichthärtendem Komposit direkt modelliert und über Säure-Ätz-Technik auch mit festen Nachbarzähnen verblockt werden.

Müssen Implantatköpfe aus Gründen der Divergenz, der Bisshöhe, der Statik oder der Kosmetik beschliffen werden, lässt sich der jeweils zirkulär gestanzte Mucosarand mit „Opal-dam“ abdecken und schützen. Die Implantate können dann untereinander und ggf. mit vorhandenen festen Zähnen im gleichen Kiefer durch Stränge lichthärtenden Komposits verblockt werden, wobei die jeweils zu beschleifenden Flächen unbedeckt bleiben. Durch dieses Vorgehen wird die mechanische Irritation des Implantatlagers durch den Beschleifvorgang sehr gering gehalten. Eine anschließende direkt modellierte feste provisorische Versorgung sorgt für eine primäre Verblockung, alternativ eine herausnehmbare Brücke aus Kunststoff für eine sekundäre. Beide stehen jedenfalls sofort in Belastung, wenngleich das Auftreten möglicher Spitzenkräfte auf Implantate mit Sinuslift durch die Kaufächengestaltung vermieden oder zumindest vermindert werden kann. Bei guter Knochenfestigkeit und Implantatlänge und -durchmesser – wie man es z. B. im Unterkiefer oft antrifft – spricht nichts gegen eine sofortige definitive Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz bei Sofortbelastung.

Als definitive Versorgung habe ich NEM-Brücken, allseits mit Kunststoff verblendet, empfohlen. Das Einsetzen mit temporären Zementen ist üblich, jedoch erscheint die Absicherung durch Quergewinde mit kleinen Schrauben problematisch: Beim Entfernen der obligatorischen Rotationssicherung aus Kunststoff leiden die Schraubenschlitze, ohne Sicherung leiden die Schraube oder das Gewinde direkt. Stattdessen können mit dem kleinen birnenförmigen Diamanten von lingual oder palatinal Kavitäten für Verbolzungsfüllungen aus lichthärtendem Komposit durch die Kronen bis in die Implantate hinein geschaffen werden, wodurch die Suprakonstruktion nach dem Einsetzen mit temporärem Zement gesichert wird. Im Bedarfsfall ist diese Füllung ganz schnell herausgebohrt und nach der Wiederbefestigung neu eingebracht.

Die Cover Denture-Variante etwa mit 13 mm langen Implantaten im Eckzahnbereich braucht m. E. keinen besonderen geistlichen Schutz. Ich habe aber einen Misserfolg zu vermelden bei einer Patientin, die von der Oberkiefer-Totalprothese auf eine implantatgetragene Brücke umgestellt wird. Zuerst habe ich drei Implantate in den Molarenbereich eingebracht, um die vorhandene Vollprothese für die zunächst erforderliche umfangreiche Schlotterkamm-Operation im gesamten anterioren Bereich zu stabilisieren. Dies führte kurzfristig zu einem Resilienzverhalten, wodurch der Bereich um das am weitesten vorn stehende Implantat von der Prothesenbasis nach Art einer aktiven Bakterienpumpe traktiert wurde. Ich habe es entfernt, um für die Weiterbehandlung die Keimarmut sicherzustellen. Die Patientin ist jetzt mit einer teleskopierenden Prothese auf sechs Implantaten versorgt. In unserer Praxis erfolgen eine genaue Dokumentation und ehrliche Statistik, die gern eingesehen werden können.

Dr. Till Ropers

Hilfe für Kabul

In der stomatologischen Klinik fehlt es an allem

Wie bereits bei der gemeinsamen Frühjahrstagung des DAZ und der VDZM in Frankfurt berichtet, werde ich am 21. Mai für 2 Wochen nach Kabul fliegen, um in der dortigen stomatologischen Klinik zu arbeiten und dringend benötigte Instrumente und Medikamente für die Notfallversorgung hinzubringen. Zu diesem Hilfseinsatz habe ich mich entschlossen, nachdem ich durch Kontakte über das Goethe-Institut Kabul und deutsche Fernsehjournalisten von der desolaten Situation in der zahnärztlichen Versorgung in Kabul / Afghanistan erfahren habe. Weitere Recherchen zeigten, dass viele der z.T. sehr aufwendigen Lieferungen von Gerätschaften durch deutsche Dentalfirmen ungenutzt vergammeln, weil es sich um High-Tech-Produkte handelt, die niemand anschließen oder richtig bedienen kann.

Durch Kollegen in Kabul war zu erfahren, dass die einfachsten Dinge fehlen, und das sind Instrumente und Bohrer, Medikamente und Füllungsmaterialien. Persönliche Hilfe wird sehr angenommen, genauso wichtig ist aber die materielle Hilfe für dieses vom Krieg so sehr in Mitleidenschaft gezogene Land, das heute zu den ärmsten Ländern der Welt zählt.

Ich möchte deshalb um Unterstützung bitten!

Da ich selbst Oralchirurg bin und im chirurgischen Bereich arbeiten werde, möchte ich auch Materialien für die Chirurgie mitnehmen und deshalb brauche ich:

- Zangen und weitere chirurgische Instrumente
- Skalpell-Klingen und Nahtmaterial
- Anästhetika und Medikamente (Antibiotika, Analgetika usw.)
- Geldspenden (Für das Geld werde ich Materialien kaufen und dem Spender dann die Rechnung zukommen lassen, denn im Augenblick kann ich noch keine Spendenquittungen ausstellen.)

Wenn dieser Aufruf im DAZ-Forum erscheint, werde ich schon in Kabul sein. Ich hoffe aber, eine dauerhafte Verbindung nach Afghanistan aufbauen zu können, die zu weiteren Hilfseinsätzen durch interessierte Kollegen oder zumindest zu weiteren Hilfslieferungen führen soll. Außerdem

werde ich natürlich ausführlich im nächsten DAZ-Forum über meinen Einsatz in Kabul berichten. Ich freue mich über jede Art der Zuwendung und danke schon im Voraus für Ihr/Euer Vertrauen.

Meine Adresse für Zusendungen:
Dr. Günter Lewark

Wentzingerstr. 48, 79104 Freiburg
Tel. 0761/281610, Fax 0761/39265
gmlew@gmx.de

Mein Konto: Postbank, BLZ 660 100 75, Konto-Nr.: 189329754;
bei Überweisungszweck „Kabul“ angeben



Das allein kann es doch nicht sein,

für einen zahnärztlichen Hilfseinsatz nach Afrika fliegen, einen Kollegen (bzw. eine Kollegin) ablösen, Reihenuntersuchungen, Kavitäten zählen, ggf. füllen, aber zumeist Zähne extrahieren und Zahnbürsten als Geschenk aus der großen weiten Welt verteilen...

So hatte ich den Bericht im DAZ-forum über meinen ersten Einsatz 2001 in Nyabondo/Westkenia überschrieben. Und es hat sich dann bei der 1999 in Thüringen gegründeten Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. (AZK) auch anders weiterentwickelt. Ist die zahnärztliche Versorgung in den inzwischen 4 eingerichteten Praxen weiterhin der alles bindende Schwerpunkt und beansprucht die meiste Zeit unserer Tätigkeit, so sind doch andere pädagogische und soziale Bereiche hinzugekommen, die für die Nachhaltigkeit unserer Bemühungen sorgen – unsere Aufenthalte aber auch unwahrscheinlich interessant machen und nahe zur Bevölkerung mit ihren Problemen, dem Licht und Schatten ihres Lebens.

Zahnmedizin können sich die LeserInnen des DAZ-forum bestimmt vorstellen: die Ausrüstung und die Behandlungsmöglichkeiten sind ähnlich, aber einfacher als in Deutschland, bei den mobilen Einsätzen im Busch schon etwas abenteuerlich – aber diese Einsätze sind sehr notwendig, und auch dort wird unser Hygienestandard eingehalten.

Berichten möchte ich über unsere weiteren Programme: In Absprache mit Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer (damals Charité, Berlin, heute Universität Düsseldorf) haben wir ein zahnärztliches Prophylaxe-Programm entwickelt und eingeführt. Der Schwerpunkt liegt in der Aufklärung über Karies-Entstehung, also Ernährung und Zucker. Praktische Putzübungen spielen eine Nebenrolle, denn die meisten dort haben mangels Geld und Möglichkeiten kein Bad, kein fließendes Wasser, keine



Behandlung im Busch

Bürste, keine Zahnpasta. Unsere Informationen wurden mit großem Interesse aufgenommen, heiß diskutiert. Wir ließen uns über die Zahnreinigung mit zerbiessenen Stöckchen aufklären.

Bei diesen Diskussionen, aber auch durch eigenen Augenschein, stießen wir immer deutlicher auf die wahren Probleme unserer Patienten: die Armut und die AIDS-Pandemie. Es gibt in unseren Einsatzgebieten Westkenias wohl kaum eine Familie, in die durch AIDS keine Lücke gerissen wurde. Es gibt Dörfer, in denen die Elterngeneration ausgestorben ist. AIDS war (und ist immer noch) in vielen Teilen Afrikas ein Tabu. Wohl durch kulturelle Gebräuche wie Polygamie und „Witwenvererbung“ ist die Krankheit bei dem Stamm der Luos besonders verbreitet.

Es gab zaghafte Versuche der Kirche und einer örtlichen Initiative, das Schweigen zu durchbrechen, präventiv aufzuklären und zu untersuchen und dazu zu motivieren, sich ggf. zur Krankheit zu bekennen. In diese Aufklärung konnten wir uns – durch die zahnärztlichen Behandlungen und Vorträge inzwischen gut bekannt – einbringen und allein durch unser Wissen und Erfahrung als Europäer viele Tabus brechen, Probleme offen diskutieren. Was aber blieb, waren die Armut und die Hoffnungslosigkeit der Betroffenen.

So begannen wir, Patenschaften zu vermitteln für Kinder, deren Eltern an AIDS erkrankt oder schon verstorben sind. Sie können sich nicht vorstellen, welche Lebensfreude es bei einer AIDS-kranken Mutter weckt, wenn sie weiß, dass ihr Kind durch eine Patenschaft nach ihrem Tod versorgt ist. Wir finanzieren AIDS-Tests und organisieren durch Spenden



Eröffnung St.Monica-Village, Nyabondo

Wir würden uns über Ihre aktive Beteiligung an unserem Hilfsprojekt sehr freuen, sei es durch einen Hilfseinsatz in Kenia oder durch die Übernahme einer Patenschaft. Zum weiteren Ausbau des Witwenprojektes nimmt die Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. gern auch Ihre Spende entgegen:

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

Kontaktadresse: Dr. Ulrich Happ, Spadenteich 1, 20099 Hamburg, Tel 040/244578



Untersuchungen im Waisenhaus Nakuru

zusätzlich eine Art Krankenversicherung für die AIDS-begleitenden Erkrankungen (eine Kausaltherapie ist für niemanden zu bezahlen). Um diese Versicherungsleistungen zu erhalten, muss erst anonym der Test gemacht werden, was akzeptiert wurde. Es ist unglaublich, welche Erleichterung dieser Test für sehr viele Betroffenen brachte: sie kamen für sich heraus aus dem Tabu und der Ungewissheit. Nun können sie darüber miteinander sprechen und Erfahrungen austauschen. Es werden Probleme und gemeinsame Strategien für die Zukunft besprochen.

Ein rasant wachsendes Aufgabenfeld unseres Vereins bildet die Betreuung von AIDS-Witwen. Nach dem Tode des (ggf. polygamen) Vaters ihrer Kinder werden sie gemeinsam mit diesen aus dem Familienverband ausgestoßen, weil man sie – häufig zu recht – als infiziert vermutet oder weil sie nicht stammesüblich an ein anderes männliches Mitglied der Familie „vererbt“ werden wollten (in dieser Sitte der „Witwenvererbung“ vermutet man einen Grund der hohen Durchseuchung). Diese verstoßenen Frauen und Kinder sind dem Verhungern, der Prostitution oder dem Vegetieren in Slums preisgegeben. In den vergangenen zwei Jahren hat die Kirche mit der AZK mehr als 45 Selbsthilfegruppen mit insgesamt ca. 1000 Betroffenen ins Leben gerufen, die voller Vitalität und Kreativität unsere bescheidenen Hilfsgelder nutzen, um sich und ihre Kinder am Leben zu erhalten. Durch großzügige Spenden von PERMADENTAL ist es uns vor einem Jahr gelungen, ein großes Grundstück zu kaufen, auf dem für diese Rest-Familien ein Zufluchtsdorf gebaut wird mit einigen Notunterkünften, aber auch Produktionsstätten (Schneiderei, Handarbeiten) und einem Kommunikationszentrum. Die ersten Häuser stehen schon – auch Dank der Betroffenen selbst, die oft über große Strecken selbst gebrannte Ziegel-

steine herantragen. Wir freuen uns seit neuestem über die Unterstützung für dieses Teilprojekt durch die deutsche Botschaft in Nairobi. Am 28. März 2005 konnte das Dorf unter Beteiligung der örtlichen Prominenz und von Politikern feierlich eröffnet und an das widow-board, den Selbstverwaltungsrat des „Dorfes“, übergeben werden

Seit neuestem haben wir mit unserem Team die medizinische und zahnmedizinische Betreuung eines neuen Waisenhauses für die Waisen und Straßenkinder aus Nakuru übernommen. Dieses für 150 Kinder geplante Haus wird von dem deutschen Hilfsverein „Leben und Lernen in Kenia e.V.“ (Kontakt: zeiner.selb@t-online.de) geführt. Zusätzlich wird von ihm gerade eine Vor- und Primary-School gebaut. Mehr als 520 Kinder werden vom Verein betreut, jährlich kommen ca. 60 dazu. Gemeinsam wird nun ein Impfprogramm erarbeitet, dass den betreuten Waisenkinder beider Vereine zugute kommen soll.

Hier konnte nur in groben Zügen die Entwicklung der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. dargestellt werden. Ausführliche Informationen sind auf unserer Homepage www.zahnarztthilfe-kenya.de zu finden, besonders auch die persönlichen Berichte der zahlreichen Kolleginnen und Kollegen, die schon zum Einsatz in Kenia waren. Enden möchte ich mit einem Zitat zum Hilfseinsatz vom Gründer und 1. Vorsitzenden Dr. Hans-Joachim Schinkel: „Sie werden vor allem menschlich wertvolle Erfahrungen machen und mit der Gewissheit wieder nach Hause reisen, sinnvolle Hilfe in Nyabondo und/oder für die Slumbewohner in Nakuru oder Nairobi geleistet zu haben“.

Dr. Ulrich Happ,
2. Vorsitzender
Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V.

Tag der Zahngesundheit 2005: „Gesund beginnt im Mund“

Seit 1991 findet rund um den 25. September der Tag der Zahngesundheit statt mit. In diesem Jahr fällt bereits am 07.09.2005 bei einer zentralen Pressekonferenz in Frankfurt der Startschuß. Vorgeschlagener Schwerpunkt, der jedoch lokale Initiativen keineswegs einschränken soll, sind in diesem Jahr die häuslichen Prophylaxe-Aktivitäten. Bei der Pressekonferenz wird es einen wissenschaftlichen Vortrag zur Thematik geben, außerdem einige Aktionen unter Beteiligung des Krocky Mobils, sozusagen als Vorgeschmack auf die vielfältigen und fantasiereichen Aktivitäten, die von Öffentlichen Gesundheitsdiensten, Kindergärten, Schulen, Apotheken, Arzt- und Zahnarztpraxen und anderen Prophylaxe-Engagierten in den folgenden Wochen bundesweit veranstaltet werden. Infos über Aktionen und Aufklärungsmaterial zum Verteilen gibt's beim:

Verein für Zahnhygiene e.V.
Feldbergstraße 40, 64285 Darmstadt
Tel 06151/894814, Fax 06151/895198

Unsere eigene DAZ-Informationsstelle bietet kostenlose Falblätter, Poster, Fluoridnamensbögen usw. an:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Informationsstelle für Kariesprophylaxe
Postfach 1352, 64503 Gross-Gerau
Tel 06152/81466, Fax 06152/81788
info@kariesvorbeugung.de,
www.kariesvorbeugung.de

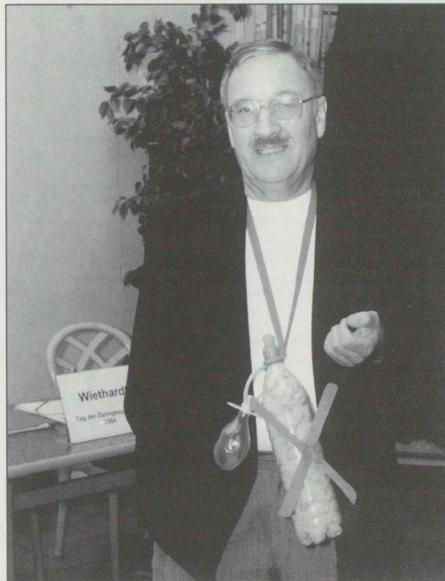
Ziel ist es, sowohl möglichst viele Menschen direkt zu erreichen und für zahngesund Verhalten zu begeistern, als auch über die Hunderte von Presseberichten, die anlässlich dieses Tages erscheinen, einen noch größeren Kreis auf die Chancen der Prävention hinzuweisen.

An unsere Mitglieder und andere am DAZ Interessierte ergeht in diesem Jahr der Appell: Verlegen Sie „Ihren“ Tag der Zahngesundheit nicht gerade auf den 25. September. Denn am 24. und 25.09.2005 ist in Berlin die DAZ-Jahrestagung mit wissenschaftlichem Programm und DAZ-Jahreshauptversammlung einschl. Vorstandswahlen. Es wäre schön, wenn Sie teilnehmen könnten. (ibo)



DAJ nutzt Weltgesundheitstag zur Aufklärung Schwangerer über die eigene und die Mundgesundheit ihres Babys

Dass nicht jedes Kind die Mutter einen Zahn kostet, muss Forum-Lesern/innen wahrscheinlich nicht nahegebracht werden, ist aber für manche Patientin in Ihren Praxen nach wie vor ein Thema. Anlässlich des diesjährigen Weltgesundheitstages, der unter dem Motto „Mutter und Kind - Gesundheit von Anfang an“ stand, hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) ein neues Merkblatt mit „Tipps zur Mundgesundheit der werdenden Mutter“ und einen Flyer „Babys Zähne sollen strahlen - richtiges Trinken hilft dabei“ vorgestellt. Insbesondere die zahngesunde Ernährung von Babys und Kleinkindern ist keine Selbstverständlichkeit. Dabei sind gerade in den letzten Jahren auch Getränke ins Visier der Forscher geraten. Die Schädlichkeit des Dauernuckelns an erosiven Säften und gesüßten Tees ist zwar inzwischen hinreichend belegt, den-



noch begegnen einem noch überall die gefährlichen kleinen Plastikflaschen. In leicht abgewandelter Form - als Sportler-Flaschen - haben sie inzwischen sogar Anhänger gefunden unter Jugendlichen und Erwachsenen und sind sicher in den seltensten Fällen nur mit Wasser gefüllt. Beim letzten Tag der Zahngesundheit präsentierte sich darum der DAJ-Vorsitzende Bernd Wiethardt höchstpersönlich als abschreckendes Beispiel, um auf die Gefahren des Dauernuckelns hinzuweisen. (ibo)

Wenn Sie die Infomaterialien der DAJ nutzen möchten, erhalten Sie sie über Tel. 0228/694677, Fax 0228/694679, E-Mail info@daj.de.

Stoppt Brüssel die Salzfluoridierung?

Die Speisesalzfluoridierung ist eine Erfolgsstory der deutschen Kariesprophylaxe. Im Jahre 1991 begonnen, lag der Marktanteil des fluoridiert-jodierten Speisesalzes im Jahre 2004 bei 63,1% des insgesamt verkauften Packungssalzes - mit weiter steigender Tendenz. Die Bedeutung der Salzfluoridierung für die Kariesprävention war durch kontrollierte Studien z.B. in Ungarn in den 1960er und -70er Jahren eindrucksvoll belegt worden und in der Schweiz ist Salz mit 250 ppm Fluorid seit 1983 im Handel - mit bekanntem Erfolg. Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt die Salzfluoridierung neben der Trinkwasserfluoridierung als effiziente Maßnahme der bevölkerungsbezogenen Prävention und ein Teil des in der letzten Dekade in Deutschland zu verzeichnenden Kariesrückgangs bei Kindern und Jugendlichen ist sicher dieser Form der Kollektivprophylaxe zu verdanken.

Nun könnte jedoch die Verordnungsvorgabe 671/2003 der Europäischen Kommission der Erfolgsgeschichte ein jähes Ende bereiten. Es geht um die Harmonisierung divergenter nationaler europäischer Vorschriften zur Frage des Zusatzes von Vitaminen und Mineralien sowie bestimmten anderen Stoffen zu Lebensmitteln. Die Verordnung sieht vor, unter anderem den Zusatz von Fluorid zu grundsätzlich allen Lebensmitteln zu erlauben. Aus Sicht der Kariesprophylaxe ist dies natürlich nicht wünschenswert, weil eine Fluoridanrei-

cherung von Lebensmitteln die Gesamtfluoridaufnahme kaum mehr kalkulierbar macht. Sinnvoll wäre vielmehr, den Zusatz des Spurenelements auf Speisesalz zu beschränken. Aber es kommt noch schlimmer: Die Freigabe von Fluorid für alle Lebensmittel macht einen Grenzwert erforderlich, der - um eine Überdosierung zu vermeiden - deutlich unter der Konzentration liegen dürfte, die für eine effektive Salzfluoridierung erforderlich ist. Das wäre das Ende der Salzfluoridierung. Deutsche Vertreter in Brüssel versuchen dieses drohende Unheil abzuwenden - mit ungewisser Erfolgsaussicht. Eine den deutschen Wünschen entsprechende Regelung für den gesamten EU-Raum ist unrealistisch, angestrebt wird daher, den Bereich Fluorid nationaler Regelungen zu überlassen. Schon wird hinter den Kulissen gemunkelt, dass sich zwar für den Jodzusatz eine entsprechende Lösung abzeichnet, weil man der regional unterschiedlichen natürlichen natürlichen Jodversorgung der Bevölkerung auch im Bestreben nach Harmonisierung europäischer Rechts Rechnung tragen muss, aber für Fluorid scheint dieses Argument nicht zu gelten.

Noch ist aber das letzte Wort nicht gesprochen. Momentan müssen sich erst die entsprechenden Gremien des neu gewählten Europäischen Parlaments neu konstituieren. Was können wir tun? Wir alle dürfen nicht müde werden, der Öffentlichkeit und den politischen Entscheidungsträgern die Bedeutung der Salzfluoridierung immer wieder vor Augen zu führen. Schließlich sind auch Politiker Patienten.

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer, DAZ-Prophylaxe-Referent
Universität Düsseldorf
zimmer@med.uni-duesseldorf.de

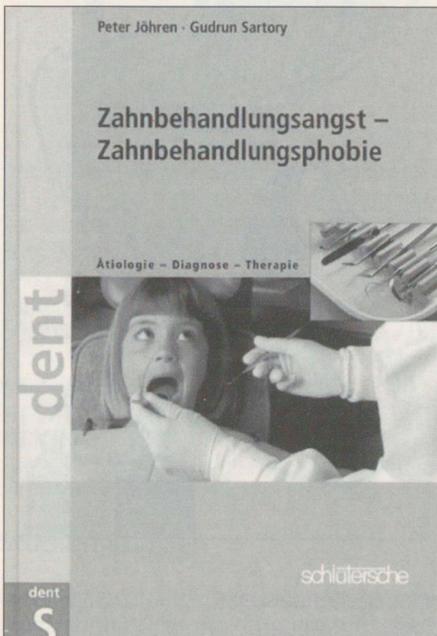
Aktualisiert nach einem Artikel aus Prophylaxe Impuls 2-2004. Das DAZ-Forum dankt für die Nachdruckerlaubnis.



Peter Jöhren und Gudrun Sortory:

Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie

132 S.; Preis 92,00 Euro; ISBN 3-87706-613-5



Trotz der empirischen Bedeutung des Themas gab es bislang keine deutschsprachige Literatur, die sich der Zahnbehandlungsphobie aus zahnärztlicher Sicht in angemessener Weise annahm. So finden sich in Müller-Fahlbusch's Werk „Ärztliche Psychologie und Psychosomatik“, kaum 4 Seiten zum Thema Angst. In dem von Sergl und Müller-Fahlbusch herausgegebenen Buch „Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin“ werden zwar diverse empirische, ätiologische und sogar epidemiologische Faktoren der Behandlungsangst thematisiert, zur Diagnostik findet sich jedoch wenig Instruktives, und therapeutisch werden ausschließlich Vorschläge zum Umgang mit „normaler“ Zahnbehandlungsangst gemacht. Ansätze zur Therapie der Behandlungsphobie werden, soweit überhaupt angesprochen, in die Zuständigkeit der spezialisierten Psychotherapeuten verwiesen. Somit kommt Jöhren und Sortory das Verdienst zu, sich hierzulande als Erste umfassend mit dem Thema auseinandergesetzt zu haben.

Das Ergebnis dieser Auseinandersetzung ist ein ausgesprochen gut strukturiertes Werk, das von den allgemeinen Grundlagen bis hin zu den aktuellsten therapeutischen Ansätzen einen umfassenden Überblick über Ätiologie, Diagnose und Therapie von Zahnbehandlungsangst und -phobie gibt. Nach der Einleitung, die neben den offenbar unvermeidbaren, hier aber dankenswerterweise kurz gehaltenen historischen Hinweisen eine kurze Einordnung der Behandlungsphobie in den allgemeinen Kontext zahnärztlicher Therapie bietet, folgt in Kapitel 2 eine differenzierende Beschreibung der Begriffe „Zahnbehandlungsangst“ und „Zahnbehandlungsphobie“ anhand

diagnostischer und ätiologischer Kriterien. Hier ist insbesondere hervorzuheben, dass die Abhandlung differentialdiagnostischer Krankheitsbilder sich an deren tatsächlicher Relevanz für die tägliche Praxis orientiert. Diese Beschränkung dürfte den Autoren nicht schwer gefallen sein, da sie in den darauffolgenden Kapiteln wirklich Substantielles zu bieten haben.

So ist das dritte Kapitel dem Zusammenhang von Angst und Schmerz gewidmet. Die notwendige Erläuterung der physiologischen Grundlagen der Empfindung und Wahrnehmung von Schmerz sowie der damit in Verbindung stehenden peripheren und zentralnervösen Strukturen wird sicher nicht bei jedem Leser auf Interesse stoßen, dient aber der späteren Einordnung der verschiedenen schmerzbeeinflussenden Therapien. In Kapitel 4 fassen Jöhren und Sortory die vorhandenen standardisierten Diagnoseverfahren zusammen und gewichten sie hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Anwendung als Therapiegrundlage. Da die aufgeführten objektivierbaren Messungen physiologischer Parameter kaum praktische Relevanz besitzen und die subjektiven Verfahren (Selbsteinschätzung mittels Fragebogen) im Wesentlichen im Rahmen der Forschung Verwendung finden, wäre hier eine Beurteilung dieser subjektiven Methoden vor dem Hintergrund ihrer Anwendung im klinischen Alltag jenseits der Forschung wünschenswert gewesen. So ist es meines Erachtens keineswegs geklärt, ob die durch die meisten Fragebögen bei den Patienten automatisch erfolgende Problemfixierung nicht die nachfolgende Therapie unnötig erschwert. Die Erwähnung anderer Methoden, wie z. B. der sogenannten „Therapeutischen Diagnostik“ oder ressourcenorientierten Kommunikation, die in den Praxen vieler niedergelassener Kollegen Verwendung finden, hätte hier sicherlich zur Abrundung beigetragen.

War der Inhalt des Buches bisher durchaus auch an anderer Stelle nachzulesen und bestach „lediglich“ durch seine kluge Gewichtung und Strukturierung, so folgt in Kapitel 5, dem der weitaus größte Teil des Buches gewidmet ist, für den deutschen Sprachraum essentiell Neues.

In diesem Abschnitt behandeln die Autoren die Therapie sowohl „normaler“ als auch krankhafter Behandlungsangst (Phobie). Dabei erschöpfen sich die Ausführungen zum Umgang mit der normalen Ängstlichkeit in allgemeinen Empfehlungen zu Kommunikation und Praxisgestaltung. Diese sind ohne Frage wichtig, es fehlt jedoch ein kommunikatives Gesamtkonzept, das den Erfordernissen der täglichen (Kassen-)Praxis Rechnung trägt.

Demgegenüber ist die Darstellung der Therapiemöglichkeiten bei krankhafter Behandlungsphobie sehr umfassend und gut strukturiert.

Gegliedert in primär anxiolytische bzw. primär schmerzreduzierende Verfahren geben die Autoren eine sehr ausführliche Übersicht über die zur Verfügung stehenden medikamentösen und nicht medikamentösen sowie psychotherapeutischen Verfahren. Bei den medikamentösen Verfahren werden insbesondere Möglichkeiten und Grenzen der oralen Prämedikation mit Diazepam sehr detailliert diskutiert. Bei den psychologischen Verfahren wird neben einem Vergleich der wichtigsten rein verhaltenstherapeutischen Methoden (Systematische Desensibilisierung und Reizüberflutung) den neueren zusätzlich kognitiv orientierten Ansätzen sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet. Jeder Abschnitt in diesem Kapitel schließt mit praxisorientierten Empfehlungen für die Umsetzung in der täglichen Praxis, wodurch dieses nicht nur sehr informativ sondern ebenso instruktiv wird. Kritisch anmerken könnte man zu diesem therapeutischen Kapitel lediglich, dass die Hypnose als primär schmerzreduzierendes Verfahren (vergleichbar der Akupunktur) mit sehr fraglicher psychotherapeutischer Wirkung eingeordnet wird. Die Autoren lassen sich hier offenbar leiten von der allgemeinen Zurückhaltung bei der Anerkennung der Hypnose als psychotherapeutischem Verfahren. Die Tatsache, dass z. B. die Kombination von kognitiver Umstrukturierung und Hypnose von vielen Zahnärzten sehr erfolgreich angewendet wird, findet demgegenüber keine Erwähnung. Dies verleiht der abschließenden Aussage von Jöhren und Sortory zusätzliches Gewicht, wenn sie gerade auch im Bereich der zahnärztlichen Hypnose eine stärkere Zusammenarbeit von Praktikern und Wissenschaftlern wünschen.

Das Buch wird abgerundet durch einige klinische Fälle in Kapitel 6, bei denen neben dem psychologischen Vorgehen insbesondere dessen Verzahnung mit den zahnärztlichen Maßnahmen in Protokollform sehr ausführlich dargestellt wird.

Insgesamt handelt es sich bei „Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie“ um ein unbedingt lesenswertes Buch für jeden Zahnarzt, der unter Angsttherapie mehr als nur die Induktion von Trance versteht. Auch der Preis von 92,00 Euro ist dem Inhalt und der Darstellung durchaus angemessen, was längst nicht für alle jüngeren Publikationen des Schlüter-Verlages zum Themenkomplex Psychologie in der zahnärztlichen Praxis gilt.

Dr. Walter Schulze

Stiftung Warentest: test SPEZIAL Zähne



Mai 2005, Preis 7,50 Euro

Für Zahnpatienten brechen schwere Zeiten an

So urteilt die Stiftung Warentest in der Presseerklärung zu ihrem neuesten Sonderheft zum Thema Zähne. Sie bezweifelt die Kostenneutralität der seit Jahresbeginn geltenden neue Festzuschussregelung für Zahnersatz. Beim Zahnarzt wird ihren Recherchen zufolge vieles teurer – allerdings bliebe Sparen möglich.

Und da ist schließlich die Domäne der Stiftung: Qualitätsmerkmale hinterfragen, Preise vergleichen. Wobei sie im Falle des Festzuschuss-Systems erst einmal bei Adam und Eva anfangen und grundlegend darüber aufklären muss, was Festzuschüsse sind, was man unter Regelleistung, unter gleichartiger und andersartiger Leistung versteht, wie neuerdings die Ansprüche gegenüber der Krankenkasse aussehen, was bei der privaten zahnärztlichen Gebührenordnung anders als bei der gesetzlichen ist usw. Die schwierige Materie wird mit zahlreichen Beispielen, Abbildungen und auch Preisangaben verdeutlicht; eine komplette Festzuschussliste rundet das entsprechende Kapitel ab.

Denn obwohl sicher die neue Form der Zahnersatzbezuschussung Anlass war, das Heft gerade jetzt herauszubringen, erschöpft es sich doch keineswegs bei diesem Thema. Auf 130 Seiten und für überschaubare 7,50 Euro bringen die Warentester vielmehr so etwas wie einen Rundumschlag durch das gesamte Themenfeld. Da geht es um die Frage, die auch DAZlern immer wieder gestellt wird: Wie findet man einen guten Zahnarzt? Es geht um Prophylaxe, Parodontologie, Kieferor-

thopädie, alternative Zahnheilkunde, verschiedene Füllungsmaterialien, Bleaching, Implantate und andere prothetische Möglichkeiten, um Angst vorm Zahnarzt, um High-Tech-Praxen, um Rechtsstreitigkeiten in Zusammenhang mit Zahnbehandlungen, um private Zusatzversicherungen, um Behandlungen und Behandlungskosten im Ausland, um Zahnschutz beim Sport, und selbst die Anliegen derer, die gar keine Zähne mehr haben und z.B. Prothesenhaftcremes benötigen, kommen zur Sprache. Angesichts der Fülle der Themen können die einzelnen Aspekte natürlich nicht allzu vertieft behandelt werden. Für den, der mehr wissen will, ist dennoch gut gesorgt, denn das Heft ist eine wahre Fundgrube dank der zahlreichen Adressen und Hinweise auf Informationen im Internet. Viele wichtige Institutionen des Gesundheitswesens, Verbände, Beratungsstellen und Informationsquellen unterschiedlicher Art sind passend zu den einzelnen Themen aufgelistet.

Selbst wenn nicht jede Formulierung Ihre Zustimmung finden sollte, so ist das Spezial Heft doch sicher ein guter Tipp für Patienten, die mit Fragen zu Ihnen kommen, und eine Bereicherung für jedes Wartezimmer.

Irmgard Berger-Orsag

Übers Ziel hinausgeschossen

Die Krankenkassen, so auch die Gmünder Ersatzkasse (GEK), fühlen sich aufgerufen, ihren Versicherten in der schwierigen Situation nach Einführung der Festzuschüsse beizustehen. So weit, so gut. Aber nicht jede Aufklärungsaktion ist an Fakten orientiert. So wartet die GEK in der Ausgabe 2/2005 ihrer Mitgliederzeitschrift „Gesundheit konkret“ unter der Überschrift „Explosiv – Teurer, sinnlos, überflüssig?“ mit einer undifferenzierten, einseitigen und letztlich nicht hilfreichen Darstellung der neuen Situation im Bereich prothetischer Versorgungen auf.

Wie in der den Artikel zierenden Grafik bildhaft ausgedrückt, wird davor gewarnt, dass viele Zahnärzte die Neuregelung nutzten, um kräftig abzukassieren, ihr „Geschäftssinn“, so heißt es im Text, „treibt wilde Blüten“.

Mit der simplen Gleichsetzung: „Regelleistung = medizinisch sinnvolle, vernünftige Versorgung“ und „über die Regelleistung



hinausgehende Leistung = Luxusversorgung, übersteuert, oftmals überflüssig“ gibt die GEK ihren Versicherten keine geeigneten Kriterien an die Hand.

Die Realität ist komplizierter. Zum einen deshalb, weil das Festzuschuss-Modell an sich schon ungemein kompliziert ist. Zum anderen, weil nicht nur die Zuschuss-Modalitäten, sondern gleichzeitig auch noch die Leistungsansprüche des Versicherten in einigen Bereichen geändert wurden. So kommt es jetzt zu Situationen, wo der Befund eine medizinisch nicht besonders sinnvoll Regelleistung nach sich zieht. Aber auch wenn man mit der Regelleistung einigermaßen versorgt wäre, ist nicht jede darüber hinausgehende Leistung als überflüssig und als Luxus zu bezeichnen. Insbesondere die in der GEK-Darstellung durchgängige Diffamierung von Implantaten als Luxus und als vorrangig motiviert durch Gewinnwünsche des Zahnarztes entspricht nicht den Interessen der Patienten. Bei entsprechender Indikation ist implantatgetragener Zahnersatz das Mittel der Wahl, in manchen Situationen ist er sogar ohne Alternative.

Wenn die GEK ihre Versicherten unterstützen will, sollten sich ihre Zahn-Experten erst einmal vertieft mit der Materie beschäftigen. Auf dem Niveau des „Explosiv“-Beitrages jedenfalls ist keine gute Patientenberatung zu machen.

Irmgard Berger-Orsag,

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 sich bemüht, den gesetzlichen Forderungen – soweit sie jetzt erkennbar sind - gerecht zu werden. Zugleich soll es bei geringstmöglichem Kostenaufwand eine einfache Integration in den gewohnten Praxisalltag bei größter Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Patienten ermöglichen.

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

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

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

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

Jugendzahnheilkunde & Prophylaxe

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

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

Qualität

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

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

*Der DAZ was published
since über PMs, Artikel in
Zeitschrift*

per Vortrag

*mit besser
Praxis*

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

*langfristig, Karriera
Arbeit für ein sol. Gf.*

Honorar

der

vorgeliegt

*auf
auf
auf*

*das nach Bestimmung
Ergebnis Beratung
guchivi deallant*

Abgemessen hat...

Beitrittserklärung			Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239		
Name, Vorname		Geb. Datum			
Straße, PLZ, Wohnort					
Telefon		Fax		E-Mail	
Ort, Datum			Unterschrift		
DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002					
<input type="checkbox"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder		12,- Euro			
<input type="checkbox"/> Assistenz ZÄ/ZA		96,- Euro			
<input type="checkbox"/> Niedergel. ZÄ/ZA		192,- Euro			
<input type="checkbox"/> ZÄ/ZA im Ruhezustand zutreffendes bitte ankreuzen		36,- Euro			

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



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

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der 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 Förderung 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 | 120,- Euro |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA | 180,- Euro |

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 (ibo), Dr. Roland Ernst, Dr. Jörg Hendriks, Dr. Peter Nachtweh,
Dr. Hanns - W. Hey, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Walter Schulze, Priv.DoZ.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

Termine

- 15.06.2005, Berlin/ICC: Podiumsdiskussion des NAV-Virchow-Bundes im Rahmen des Hauptstadtkongresses „Medizin und Gesundheit“ zum Thema Igel
versus Zwangsjacke GKV-Leistungskatalog - Brückenschlag zu optimalen Wahlmöglichkeiten für den Patienten“ (Tel. 030/288774-22)
- 16.06.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)
- 21.07.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)
- 22.06.2005, 19.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b: Implantologie-Fortbildung der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Stu-
diengruppe Berlin/Brandenburg. Vorgestellt wird eine von Cresco Ti Systems entwickelte Methode zur spannungsfreien Zusammenfügung
verblockter Suprakonstruktionen auf Implantaten. Anmeldung unter Tel. 030/5594149 erforderlich.
- 18.08.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)
- 15.09.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)
- 24./25.09.2005, Berlin/Dietrich-Bonhoeffer-Haus: DAZ-Jahrestagung mit Fachvortrag von Prof.Dr. Dieter Herrmann zum Thema „Mundschleimhautrekan-
kungen“ und DAZ-Mitgliederversammlung incl. Vorstandswahlen
- 12.10.2005, 19.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b: Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/
Brandenburg zum Thema „Biss-Registrate - vom Quetschbiss bis zum Arcus digma“, Referent: Dr. Hannak (Tel. 030/9915108)
- 15.10.2005, Freiburg: VDZM-Herbsttagung zum Thema Funktionsanalyse mit Priv.-Doz. Dr. Jens Türp, Universität Zürich (Tel. 0228/211296)
- 20.10.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)
- 11.-12.11.2005, Berlin: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes mit öffentlicher Veranstaltung zum Thema „Wert und Würde des Menschen
in der Sozialpolitik“
- 17.11.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)
- 23.11.2005, 19.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b: Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/
Brandenburg zum Thema „Notfall in der Zahnarztpraxis“, Referent: Dr. Kircher (Tel. 030/9915108)
- 15.12.2005, Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/9288-0)

**Bei den Veranstaltungen der DAZ-Studiengruppen und bei den DAZ-Tagungen werden Fortbildungspunkte vergeben.
Weitere Informationen unter Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239, Mail daz.koeln@t-online.de**

bitte hier abtrennen

bitte hier abtrennen

ABSENDER

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

**Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstr. 9**

50668 Köln

Fax 0221/7391239

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@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 RolfToedtmann@t-online.de

Dr. Roland Ernst,
E-Mail Ernst.Roland@t-online.de

Rheinessen

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

bitte hier abtrennen

bitte hier abtrennen

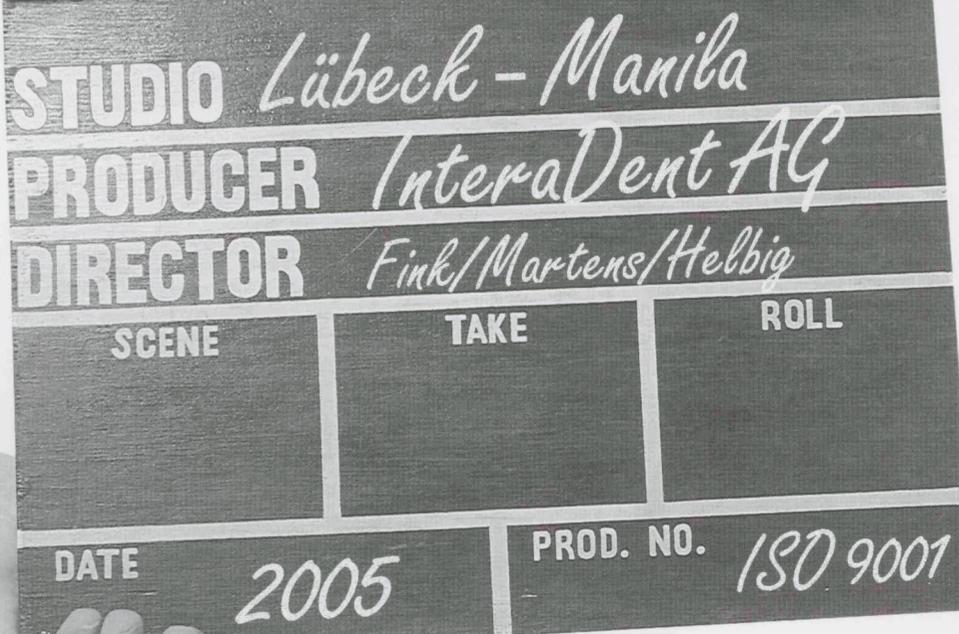
Rückantwort

- Ich melde mich für die Vormittagsfortbildung am 24.09.2005 mit Prof. Herrmann an.
- Ich möchte an der DAZ-Jahreshauptversammlung am 24.09.2005 und an der Hauptversammlung des Projektes Qualitätssicherung teilnehmen.
- Ich bin am Freitag, dem 23.09.2005, beim Auftakt im Vietnam-Café dabei
- Ich nehme am Samstagabend, 24.09.2005, an dem gemütlichen Beisammensein im Brecht-Keller teil.
- Ich bitte um Zusendung von Infos über den DAZ.
- Ich bitte um ein kostenloses Probe-Exemplar der Zeitschrift DAZ-Forum.

Stempel / Unterschrift

Laborrechnungen zu hoch? MUND AUF –

InteraDent rein!



Durch die Teilfertigung des Zahn-ersatzes in unserem Meisterlabor in Manila sparen Ihre Patienten Laborkosten. Und das bei einem Maximum an Qualität und Service. Unsere 500 Mitarbeiter sorgen dafür, dass jährlich 60.000 Patienten mit hochwertigem Zahnersatz zu günstigen Preisen versorgt werden.

Die Entscheidung ist gefallen, dank des Festzuschusses können Ihre Patienten mit uns bis zu 55% Eigenanteil sparen.

InteraDent – Ihr Mehrwert-Labor



FAX-COUPON

Ich möchte mehr über die InteraDent Zahntechnik AG erfahren und ...

- ... bestelle hiermit ein kostenloses Exemplar des Praxishandbuchs
- ... erbitte einen Rückruf

Name

Straße/Postfach

PLZ/Ort

Telefon

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

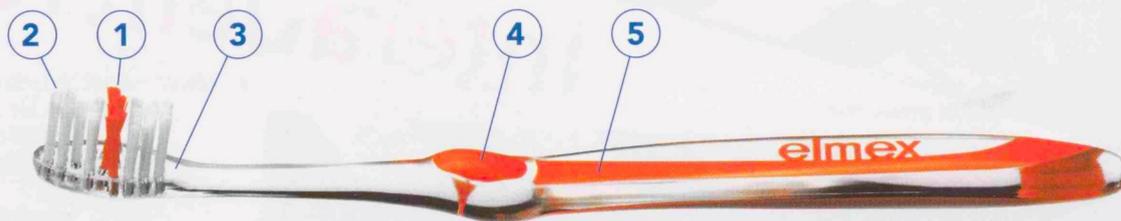
InteraDent Zahntechnik AG

Neue Zähne: schön, preiswert und sympathisch.

InteraDent®

Reduktion des Kariesrisikos durch effektivere Plaque-Entfernung

In Deutschland verwenden nur ca. 10 % der Bevölkerung ab 14 Jahren täglich spezielle Interdentalprodukte. Vor diesem Hintergrund hat die GABA GmbH die elmex® interX Zahnbürste entwickelt. Sie ermöglicht durch höher stehende X-Filamente eine effektivere Reinigung bis in die Interdentalräume und trägt so zur verbesserten Kariesprophylaxe bei. Zur vollständigen Reinigung der Interdentalräume sind aber nach wie vor spezielle Interdentalprodukte unerlässlich.



- ① X-Schnitt für eine gründliche Plaque-Entfernung bis in die besonders kariesgefährdeten Interdentalräume
- ② Optimal abgerundete Filamente für eine schonende Reinigung
- ③ Der Kurzkopf erleichtert die Reinigung der Molaren und der Zahninnenflächen
- ④ Weicher Daumenstopp
- ⑤ Ergonomischer, rutschfester Griff

Der wissenschaftliche Beweis:

Überlegene Reinigungsleistung

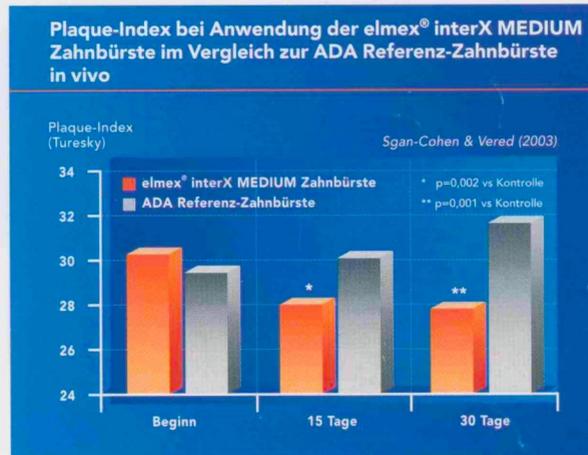


* baugleich mit elmex® interX JUNIOR

Yankell SL, Shi X, Emling RC:

Laboratory evaluations of elmex® interX toothbrushes for interproximal access efficacy and posterior tooth surface cleaning. J Clin Dent 13 (2002) 249-252

Signifikant stärkere Plaque-Reduktion



Sgan-Cohen HD, Vered Y:

Plaque removal and oral health promotion potential for the elmex® interX MEDIUM toothbrush: clinical efficacy and safety evaluation. J Clin Dent 14 (2003) 70-73



GABA GmbH
Spezialist für orale Prävention
Berner Weg 7 • 79539 Lörrach

Weitere Informationen zu den elmex® interX Zahnbürsten senden wir Ihnen gerne zu. Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns. Telefon: 07621 / 907 - 154 oder - 155, Internet: www.gaba-dent.de