

**Nr. 39**

11. Jahrgang  
4. Quartal 1992

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV - Virchowbund

# DAZ FORUM

**Die Privatliquidation**  
Ein Tummelplatz für Halsabschneider?

**Patientenorientiert?**  
Ein Reisebericht aus Kanada

**Ein Fach mit Zukunft:**  
Gerostomatologie

**SEDAS - Der stille Gurgler**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

**DAZ-Jahreshauptversammlung Köln**  
**Zitate aus der**  
**Podiumsdiskussion**



# 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**

# Wir machen den Weg frei



**Volksbanken Raiffeisenbanken**



# Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes durch den Bundestag drängt der FVDZ mit wilder Entschlossenheit darauf, daß alle Kassenzahnärzte ihre Zulassung zurückgeben, indem sie dem sogenannten „Korb“ beitreten.

Der Vorstand des DAZ hat Verständnis für alle diejenigen, die sich aus Empörung über die Honorarabsenkung und in der großen Sorge, daß eine Weiterarbeit unter den auf uns zukommenden Bedingungen nicht möglich ist, dem Korb beigetreten sind oder einen Beitritt erwägen. Für viele mag das nach ihrem Grundverständnis und emotional die einzig mögliche Reaktion sein. Die Rückgabe der Kassenzulassung scheint auch manche Vorteile zu bieten:

1. Wegfall aller sinnlosen bürokratischen Gängeleien.
2. Transparenz der Liquidationen.
3. Alle Kontrollmöglichkeiten unserer Arbeit und deren Überprüfung auf Wirtschaftlichkeit entfallen.
4. Der „freie Beruf“ wäre wieder wirklich frei mit uneingeschränkter Therapiefreiheit; der Praxisalltag würde wieder mehr Freude bringen als bisher.

**Ist der Korb also wirklich die einzige Alternative zum Diktat der Kassen und des Staates?**

**Wir meinen NEIN!**

Schwerwiegende Gründe sprechen gegen einen Ausstieg aus der GKV und gegen eine Zerschlagung unserer KZV'en:

## 1. Der Verlust des Sicherstellungsauftrages

Das von früheren Zahnärztegenerationen schwer erkämpfte Behandlungsmonopol wird leichtfertig aufs Spiel gesetzt, der Sicherstellungsauftrag wird an die Krankenkassen übergehen. Der Korb bedeutet Aufgabe unserer aktiven Gestaltungskompetenz in der freiwilligen Selbstverwaltung.

## 2. Die Zerschlagung der KZV'en

Mit dem Korb-Ausstieg verbunden ist die Auflösung unserer funktionierenden quasi genossenschaftlichen Interessenvertretung KZV mit ihrer Schutzfunktion für uns Zahnärzte. Diese Auflösung wird von den Kollegen des Freien Verbandes ganz offen als programmatisches Ziel verkündet. Nach dem Gesetz wird dann ein „Staatskommissar“ ins Zahnärzterhaus einziehen und die Funktionen der Selbstverwaltung übernehmen.

## 3. Die überproportionalen Einkommensverluste

Mit dem Ausstieg aus der GKV werden nach der neuesten Gesetzesvorlage

---

die Praxiserträge drastisch zurückgehen, und zwar noch erheblich dramatischer als mit Seehofers Abstrukturierungen. Nach diesen Plänen dürfen Korbkollegen bei Kassenmitgliedern nur noch den einfachen Gebührensatz der GOZ liquidieren. Außerdem können sie sich frühestens erst nach sechs Jahren wieder um eine Kassenzulassung bewerben.

#### **4. Die explodierende Administration**

Verwaltungsaufwand und Inkassorisiko der Praxen nehmen weiter zu.

#### **5. Der Imageverlust der Zahnärzte**

Wird das Korbmodell durchgeführt, richtet sich die gesamte öffentliche Meinung geschlossen gegen uns. Viele verunsicherte Patienten werden anstelle einer systematischen zahnärztlichen Therapie nur noch Schmerzbehandlungen in Anspruch nehmen – ist das Therapiefreiheit?

#### **6. Der „Papierkorb“**

Da bei realistischer Betrachtung die 75 Prozent-Mehrheit für den Korb nicht

zustande kommt, haben es unsere „Standespolitiker“ vom Freien Verband demnächst geschafft, uns vor dem Gesetzgeber und der Öffentlichkeit derart lächerlich zu machen, daß wir Jahre brauchen werden, um wieder als gleichwertiger Verhandlungspartner angesehen zu werden. Wir stehen in der Öffentlichkeit als Papiertiger da. Ein Korb voller frustrierter Papiertiger ist nur noch ein „Papierkorb“.

#### **7. Der „Schwindelkorb“**

Aus Sorge, den Korb nicht bis zur angestrebten Marke füllen zu können, wird jetzt für einen „politischen Korb“ geworben – mit dem Hintertürchen, im Ernstfall wieder herauszuschlüpfen. Diese Strategie ist in höchstem Maße unehrlich, unseriös und für den politischen Gegner leicht durchschaubar. Damit wird die gute Absicht der kollegialen Solidarität mißbraucht. Die Reduzierung zum „politischen Korb“ ohne verbindliche Austrittserklärung ist Etikettenschwindel – eine Vollbremsung in den Graben einer gescheiterten Standespolitik.

---

---

## Unsere Positionen

Die vom Bundesgesundheitsminister geplanten Honorarabschmelzungen sind in der Höhe ungerechtfertigt, überproportional und nicht sachgerecht. Natürlich sind wir alle gegen staatsdirigistische Umverteilungspolitik.

Aber sozialstaatliche Selbstverwaltung muß verstanden werden als Prozeß im Spannungsfeld des leistungsgerechten und sozialverträglichen Gebens und Nehmens. Wir müssen diesen Prozeß kompetent mitgestalten, wer blockiert ist out.

Wir halten die Gesprächsbereitschaft der IGZ wie auch der KZBV und des BDZ für gut und politisch geboten. Der Freie Verband hat sich verweigert.

Eine positive Selbstdarstellung mit überzeugend vorgetragener Problemformulierung und praktizierter Gesprächsbereitschaft sowie die Entwicklung eigener Sparkonzepte halten wir für viel erfolgversprechender. Mitarbeit bei der Problembewältigung schafft ein konstruktiveres Klima im Dienste unserer eigenen Interessen. Deshalb haben Vertreter der IGZ das Gespräch mit Seehofer gesucht – nicht nur, um ihre Kritik an dem Gesetzesentwurf zu äußern, sondern auch um einen Katalog alternativer Maßnahmen anzuregen.

Zu diesen Maßnahmen gehört der „degressive Punktwert“, der erst ab

einem GKV-Honorar-Umsatz von mehr als 350 000 Punkten wirksam wird – anders als die 25 Prozent-Abwertung im „Heckenschnittverfahren“ und die Festsetzung der abgewerteten Honorare bis einschließlich 1995!

Nachdem unsere Honorare seit Jahren stagnieren, weil die Leistungsmenge in den Praxen der oberen Umsatzkategorien unaufhörlich wächst, ist es erstmals gelungen, die Hauptlast von den kleineren und Normalpraxen weg zu verlagern.

**Der „degressive Punktwert“ bedeutet für eine Kassenpraxis mit einem GKV-Honorar-Umsatz bis zu 350 000 Punkten, daß bis zu einer Kassen-Honorar-Umsatzhöhe von etwa 525 000 DM keine finanziellen Einbußen entstehen.**

(Denn bei einem Punktwert von ca. 1,50 DM entspricht dies etwa 525 000 DM.) Dabei beziehen die Zahlen sich auf reinen GKV-Umsatz ohne Material- und Laborkosten und ohne Privat-honorare. Mindestens 70 Prozent aller Praxen sind davon nicht betroffen.

Besonnene Solidarität in der Kollegenschaft ist erforderlich zur Umsetzung des „degressiven Punktwertes“. Diesen konstruktiven Beitrag sollten wir trotz notwendiger interner Diskussion schließlich bejahen und so nach außen

---

---

tragen. Ziel des „degressiven Punktwertes“ ist es, unwirtschaftliche Leistungen und extreme Leistungsmengen einzugrenzen. Zu berücksichtigen ist, daß in Praxen mit überproportional hohem Umsatz in der Regel auch ein degressiver Kostenfaktor vorliegt.

Für den DAZ, Mitglied in der IGZ, steht weiterhin fest: Verhandeln ist solange eine berufspolitische Pflicht, wie die Möglichkeit der Einflußnahme besteht. Wir werden auch zukünftig für die Kollegenschaft in diesem Sinne tätig sein. Dazu brauchen wir Ihre – auch kritische – Unterstützung! Uns und unseren Partnern in der IGZ und der VDZM ist es gelungen, das 30 Prozent-Praxissterben zu verhindern, das der FVDZ ohne große Hemmungen einkalkuliert hatte. Wir werden weiter für eine freie,

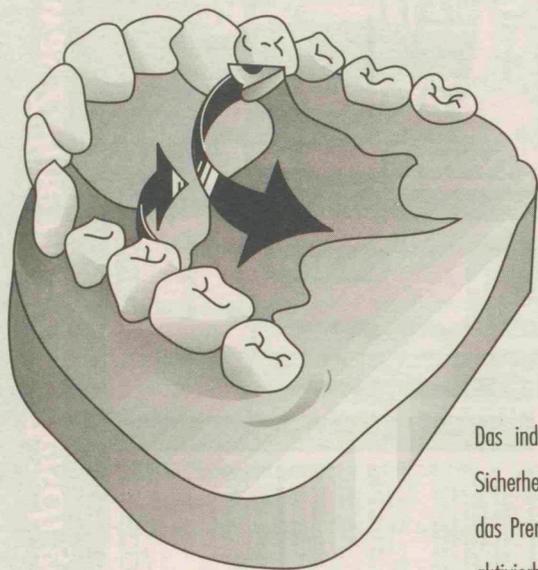
leistungsfähige Praxis kämpfen; wir werden weiterhin unsere Fachkompetenz in die Gesundheitspolitik einbringen. Diese Gesetzesvorlage räumt Optionen ein, die gestaltet werden müssen, z. B. einen Honorarbonus bei Gewährleistungsmodellen. Zwanghafte Verweigerung bedeutet Verlust!

Angesichts einer schweren Existenzbedrohung fiel anderen nicht mehr ein als eine nicht zu Ende gedachte Aufforderung zum „Korb“. Wer bereits in diesem Emotionssammler steckt, sollte schleunigst seine eigenen Interessen bedenken und sorgfältig abwägen, für wen er in die Bresche springt.

Mit freundlichen Grüßen  
*Dr. Michael Fritz*  
(1. Vorsitzender des DAZ)

# Premium

Das Sicherheitshalteelement als Premiumzubehör



Das individuelle Geschiebe mit Riegel. Als Sicherheitszubehör fertigt Zahntechnik Scharl das Premium-Halteelement, den Aufgußriegel aktivierbar. Ein **feinmechanisches Kunstwerk**. Die Suprakonstruktion im Geschiebe-Einstückguß. Das Halteelement, das sich nur löst, wenn der Patient es will. Ebenso perfekt arbeitet Zahntechnik Scharl auf allen anderen zahntechnischen Gebieten.

ZAHNTECHNIK  
**scharl**

Alles, was Zähne und Zahnfleisch gesund hält.

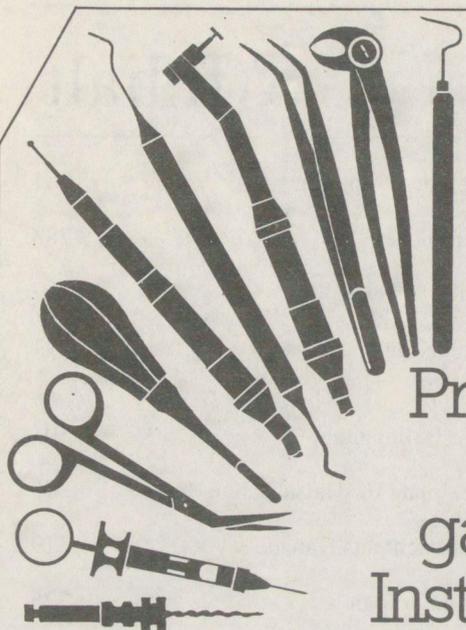


**Oral-B**

Zahnpflege, wie sie sein soll.

Editorial – Selbsthilfe in Zeiten der Nötigung	281
Vertreterversammlung in Saarbrücken	283
Zum Poker in der Zahnmedizin	287
DAZ-Jahreshauptversammlung Köln Zitate aus der Podiumsdiskussion	291
Neu im DAZ-Vorstand: Dr. A. Bellmann	301
Die Privatliquidation - Tummelplatz für Halsabschneider?	305
Patientenorientiert? Ein Reisebericht aus Kanada	319
Ein Fach mit Zukunft: Gerostomatologie	325
Grünes Licht für echte Studienreform?	339
Vereinigung der Kinderzahnärzte Ost & West	341
SEDAS - der stille Gurgler	345
DAZ-Pressekonferenz in Hamburg	349
Tag der Zahngesundheit (Rückblick)	353
Oralprophylaxe ab der Geburt	355
Das Plak-Control Center	357
Leserbriefe	359
Buchbesprechungen	363
Rumänienhilfe	367
Impressum	370





Differenzierte  
Probleme  
verlangen ein  
ganz spezielles  
Instrumentarium.

Auch in Geldfragen.  
Deshalb wenden sich die  
Angehörigen der Heilberufe  
mit Vorliebe an uns,  
die Bank für die Heilberufe.  
Weil sie hier neben dem  
selbstverständlichen Service  
einer modernen Bank

die Betreuung erfahren,  
die den speziellen Gegebenheiten  
des Berufsstandes angepaßt ist.  
Gleich, ob es sich um Fragen der  
Kreditaufnahme, der Geldanlage,  
der Wertpapierdisposition oder  
der Vorteile der Kontoführung  
bei uns handelt.  
Sprechen Sie bald mit uns.



**Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank eG**

*Bank für die Heilberufe*

Hauptverwaltung  
Emanuel-Leutze-Straße 8  
4000 Düsseldorf 11  
Telefon (0211) 59 98-0

Filialen im gesamten Bundesgebiet

# Editorial

## Selbsthilfe in Zeiten der Nötigung

Wenn man sich daran erinnert, wie oft in den letzten Jahren wie viele sinnvolle und praktikable Vorschläge zur Strukturverbesserung der zahnmedizinischen Versorgung gemacht wurden (Prophylaxe, Qualitätssicherung, Gewährleistung) und bei Krankenkassen, in Ministerien und Parteien in den Schubladen verschwanden, dann kann einen Resignation befallen. Der schiere Zorn muß aber jeden gepackt haben angesichts der ersten Pläne des Bundesgesundheitsministers, den neuerlichen Kostenproblemen wieder nur mit pauschalen Vergütungskürzungen bei *allen* Leistungserbringern zu begegnen und von der Vorbeugung überhaupt nicht mehr zu reden. Natürlich — das muß man so nüchtern sehen — wäre die Realisierung dieses Gesetzentwurfes dem Freien Verband nicht ungelegen gekommen, weil der „Korb“, die kollektive Niederlegung der Kassenzulassung, damit noch eine zusätzliche, möglicherweise definitive Motivation erhalten hätte. So war es nur konsequent, gleichwohl nicht weniger verantwortungslos, sich Gesprächen mit dem Bundesminister vollständig zu

verweigern und die Kollegenschaft sich selbst zu überlassen.

So fiel dem DAZ im Verbund mit der IGZ und der VZDM die schwierige Aufgabe zu, zwischen der Nötigung der Regierung einerseits und der des Freien Verbands andererseits eine akzeptable Verhandlungslösung zu suchen und dabei vor allem die kleinen und mittleren Praxen vor einschneidenden Einbußen zu bewahren. Wenn dies auch nicht vollständig gelungen zu sein scheint — Endgültiges stand bei Redaktionsschluß noch nicht fest — so ist doch der größte Teil der pauschalen Vergütungskürzungen vom Tisch zugunsten einer gezielten degressiven Honorarabschmelzung bei Umsätzen von mehr als 700.000,— DM. Diese Maßnahme wird vor allem die 25 Prozent der Zahnärzte treffen, die mit ihrem — qualitativ zumindest fragwürdigen — Leistungen 60 % des gesamten Honorartopfs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für sich abschöpfen. Gerade diese Gruppe wird wohl auch am meisten die Konsequenzen der zweijährigen Gewährleistungspflicht zu spüren bekommen, eine sogar für Zahnärzte mit

mittelmäßigem Leistungsniveau eher problemlose Auflage. Daß gleichzeitig die eigentlich überfälligen IP-Leistungen für Sechs- bis Zwölfjährige und die Aufnahme der Fissurenversiegelung in den GKV-Katalog erreicht werden konnten, ist als weitere positive Strukturverbesserung zu werten. Zusammen mit anderen, vor allem ordnungspolitischen Maßnahmen dürfte damit der Ausstieg aus der Behandlung von Kassenpatienten nur noch für diejenigen (Funktionäre?) vollziehbar sein, die ihr Schäfchen ohnehin im Trockenen haben — sicherlich kein besonderer Verlust, sowohl für die verbleibenden Kollegen wie auch für die GKV.

Was bleibt? Ein in seinen Dimensionen noch gar nicht abzuschätzender

Berg aus zerschlagenem berufspolitischen Porzellan, öffentlicher Verachtung und eigener Orientierungslosigkeit. Es wird lange dauern, bis wir uns daraus befreit haben und die Zahnärzteschaft wieder zu vernünftigen Perspektiven, Glaubwürdigkeit und Reputation zurückgefunden hat.

Mit dem GSG-Kompromiß wird der überwiegende Teil der Kollegen fürs erste leben können — auf Dauer erhalten lassen sich vernünftige Arbeitsbedingungen und leistungsgerechte Vergütungen jedoch nur durch absolute Leistungstransparenz, konsequente Qualitätssicherung und schonungslose Offenheit bei der Diskussion und Bewältigung standesinterner Probleme (z. B. der ab S. 305 beschriebenen)

*Dr. Hanns-W. Hey, München*

## *Besuchen Sie die monatlichen Treffen der DAZ-Studiengruppen*

*(Kontaktadressen der Studiengruppen finden Sie auf der letzten Seite)*

*Wir bieten:*

*praxisorientierte Fortbildung  
standespolitische Information  
und das kollegiale Gespräch*

## Vertreterversammlung in Saarbrücken – ein Fiasko für die Zahnärzteschaft

Chr. Bolstorff

Ein Thema beherrschte die Vertreterversammlung: Darf Herr Schad seiner Pflicht nachkommen und mit Minister Seehofer reden oder gar verhandeln oder muß er sich wie der FVDZ total verweigern? Es gelang der Versammlung, darüber mehr als einen Tag zu debattieren, ohne Inhalte eventueller Verhandlungen zu diskutieren. Man muß die Zusammensetzung dieser Vertreterversammlung kennen, dann weiß man, wer die Zahnmedizin standespolitisch regiert. 30 Prozent Dogmatiker, also Hardliner des FVDZ, 50 Prozent Softliner im FVDZ und 20 Prozent Andersdenkende außerhalb des FVDZ. Die Regie führen eindeutig die Hardliner unter Herrn Gutmann. Sie überziehen erst einmal alle, die anderer Meinung sind, mit Beschimpfungen; dazu gehörte auch der gesamte KZBV-Vorstand. Die Maximalforderung wurde aufgestellt, Herr Schad dürfe nicht seiner Pflicht nachkommen und im Namen der Vertreterversammlung in Lahnstein mit dem Minister sprechen. Nur der Ausstieg, also der Korb, sei die adäquate Antwort. Herr Gutmann erklärte, er führe die Kollegenschaft in die Freiheit, nachdem 40 Jahre lang dieser Berufsstand „in Unfreiheit gebohrt“ habe. Natürlich zögen nur die Patienten

Nutzen aus diesem Ausstieg, heißt die verlogene Begründung.

Die Hardliner befällt die Furcht, die Softliner könnten mit den Andersdenkenden stimmen. Also umklammert man die Softliner so stark, daß „Fehlverhalten“ in Abstimmung nicht passieren können. Geheime Abstimmungen werden abgelehnt, um die Kontrolle über das Stimmverhalten nicht zu verlieren. Hier wird deutlich, wie Postenbewahrung und die Offenbarung der eigenen Position im Konflikt stehen. Hinter vorgehaltener Hand erklären viele Delegierte, Gutmann müsse weg, sie wählen ihn aber trotzdem. Mit dem Bekennen ist es so eine Sache!

Ein Sonderproblem stellen die neuen Bundesländer dar. Sie könnten das Abstimmungsgefüge durcheinanderbringen. Bis auf Brandenburg alle in FVDZ-Hand, sind sie doch nicht bereit, sich dem Diktat einer FVDZ-Führung mit Denkverbot zu unterwerfen. Hier hilft die Tatsache, daß alle neuen Länder noch massiver Hilfestellung aus den alten Ländern bedürfen. Mit leichtem Nachdruck und unter Hinweis auf diese Hilfen bringt man sie auf Kurs, streichelt sie ein wenig und heuchelt Ver-

ständnis für ihre speziellen Probleme. Alle Andersdenkenden werden rüde abqualifiziert. „Gebeugte Kassenknechte, Sozialisten, die man wegfeigen muß, auf die man mit dem Finger zeigen muß.“

Nach überaus unfruchtbaren und sich ständig wiederholenden Beiträgen versuchte der Vorsitzende der KZBV den einfachsten Kompromiß zu finden. Dieser läßt offen, ob verhandelt oder gesprochen werden darf. Hinfahren und reden darf er schließlich. Dafür wird der Korb gelobt. Dies wird als Riesenerfolg des FVDZ verkauft. Man hat in den eigenen 80 Prozent eine Mehrheit gefunden und nicht bemerkt, daß die Verweigerung doch nicht mehrheitsfähig war. Die Moral ist: In diesem Trauerspiel wird brutal und diktatorisch Regie geführt. Sie lassen sich fast alle vom kleinen Diktator beherrschen. Die

Machtstrukturen des FVDZ funktionieren perfekt. Mitgliedschaft in diesem Verband und Posten sind eng verknüpft. Revolution ist sicher anstrengend, die angeblich Freiheit bringende Diktatur ist bequemer! Allen Andersdenkenden wird angedroht, man wird das Körperschaftsmonopol nutzen, um ihnen und auch ihrem Abrechnungsgebaren mal auf die Finger zu schauen. Für mich ergab sich folgendes Fazit: Was muß eigentlich noch passieren, bis dieser Berufsstand sich befreit von so traurigen Machtstrukturen und -figuren. Unsere Kollegen aus den neuen Ländern werden uns schon bald Nachhilfeunterricht geben müssen, denn schließlich „wir sind das Volk“!

Dr. Christian Bolstorff  
Habelschwerdter Allee 27  
1000 Berlin 33

### **Arzneimittelkosten senken - Importe liberalisieren - Einsparpotentiale nutzen - Mehrwertsteuer senken!**

*Unter diesem Motto fordert der Landesverband Baden-Württemberg des NAV-Virchowbundes den Gesundheitsminister nachdrücklich auf, durch gesetzliche Regelungen den Ausgabenanteil der Krankenkassen für Medikamente zu senken. Nach Berechnungen des Verbandes besteht z.B. durch Import von in der EG zugelassenen Arzneimitteln ein Einsparpotential von 500 - 700 Mio. DM, und durch eine Halbierung*

*des Mehrwertsteuersatzes auf Medikamente, der außer in Dänemark in keinem EG-Land so hoch ist wie in der Bundesrepublik, ließe sich eine Kostenersparnis von 1,5 Mrd. DM erzielen. Es sei unglaubwürdig, so die Ärzte des NAV-Virchowbundes, wenn der Staat einerseits allen Beteiligten im Gesundheitswesen erhebliche Sparmaßnahmen aufzwingt, sich selbst jedoch an den Krankheitskosten bereichere.*

*Rückfragen an:  
Dr. Fritz Lenz,  
Tel. 07622/1313*

# SIEMENS

## Leistungsstark



Was immer Sie für Ihre Praxis brauchen – im Siemens-Dental-Depot bekommen Sie es.

Ob Praxis-Planung oder Einrichtungs-Beratung, ob Finanzierung oder technischer Service, ob Materialien für die Praxis oder informative Veranstaltungen – Sie können sich in jedem Fall auf uns verlassen.

Denn seit Jahrzehnten sind wir der Praxis eng verbunden und längst zu einer der ersten Adressen unter Deutschlands Dental-Depots geworden. So können wir Profilierung und Zukunftssicherheit für Ihre beruflichen Wege bieten. Und auch bei ungewöhnlichen Ideen finden Sie in uns den Partner.

Da zeigt sich der Profi.

Lindwurmstraße 23  
8000 München 2  
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65  
8400 Regensburg  
Tel. 0941/97198

Siemens  
Dental-Depot  
Ihr Partner

# Die Qualität unserer Leistungen und unser Service sind Ausdruck der Ansprüche unserer Kunden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte im DAZ stellen besonders hohe Anforderungen an die Qualität ihres privaten Krankenversicherungsschutzes. Sie erwarten

- ein variables Tarifangebot, das individuellen Gestaltungsspielraum bietet.
- hochwertige Tarifkombinationen, die ihren persönlichen Ansprüchen gerecht werden.
- ein überzeugendes Preis-/Leistungsverhältnis, das durch ein zukunftsorientiertes Beitragsrückersstattungssystem geprägt wird.

Wir informieren Sie gerne detailliert über die handfesten Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages mit dem DAZ, die Ihnen den privaten Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL bietet.

Damit Sie in wichtigen Risikobereichen fundierte Entscheidungen treffen können. Und frei sind für Ihre Pläne von morgen.



**CENTRAL**

KRANKENVERSICHERUNG AG  
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

# Zum Poker um die Zahnmedizin

Chr. Nielsen

Der Machtkampf zwischen dem Bundesgesundheitsminister bzw. der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und „den Zahnärzten“ andererseits um die Bedingungen der zahnmedizinischen Versorgung nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes wird mit ungewöhnlich harten Bandagen geführt. Der eisernen Kostendisziplin des Ministeriums mit weitreichenden Struktureingriffen steht das sogenannte Liberalisierungskonzept des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) gegenüber, das die Öffnung eines Marktes für zahnmedizinische Leistungen ohne wesentliche sozialpolitische Pflichten als „Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV) durchsetzen will.

Beide Seiten pokern hoch, mit manchmal guten, häufig aber auch wenig überzeugenden Argumenten und Maßnahmen. Wenn der Bundesgesundheitsminister (BMG) und mit ihm die GKV drohen, zur Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung ausländische Zahnärzte ins Land zu holen, so ist dieser Ausweg so unrealistisch wie töricht. Er verkennt die gewachsenen Strukturen hierzulande mit nachgewiesenen festen Arzt-Patient-Bindungen, die fast optimale Strukturqualität, die sich nicht annähernd auch nur mittelfristig substituieren ließe. Dies nicht einmal

mitholländischen oder skandinavischen Kollegen, die — über jeden fachlichen Zweifel erhaben — nicht in der Lage wären, das notwendige Volumen der hier gewohnten Grundversorgung sicherzustellen. Diese Drohung bewirkt deshalb mit Recht nur ein müdes Lächeln bei den zahnärztlichen Standespolitikern, die ihre kompromißlose Strategie auf die hier gegebene, eben nicht ersetzbare Fachkompetenz stützen. „Bohren können nur wir, nicht die Politiker!“ — stellt FVDZ-Chef Gutmann ebenso schlicht wie zutreffend fest.

Aber auch die Drohung „der Zahnärzte“ mit dem Kollektivausstieg aus dem GKV-System und der dann obligatorischen Privatisierung zahnärztlicher Leistungen ist ebenso vollmundig wie weltfremd. Vollmundig deshalb, weil es „die Zahnärzte“ so wild-entschlossen, so monolithisch-homogen, so GKV-überdrüssig nicht gibt. Die immer wieder behauptete „Geschlossenheit des Berufsstandes“ ist eine Fiktion, reine Werbe- und Propaganda, wo doch jeder weiß, daß die Zahnärzteschaft nur denkbar zerstritten ist. Dies trifft auch auf den FVDZ zu, der immerhin etwa die Hälfte aller Zahnärzte zu seinen Mitgliedern zählt. Für die andere Hälfte ist es im Verlauf der letzten 20 Jahre immer problematischer geworden, die FVDZ-Politik mitzutragen. Zu radikal, zu ungehobelt, zu unde-

mokratisch und selbstgefällig haben die jeweiligen „Führer dieses Kampfverbandes“ (Bieg) agiert, als daß sich im Berufsstand so etwas wie eine politisch überzeugende „corporate identity“ hätte entwickeln können. Das Ergebnis dieser hausgemachten Polarisierung sind heute mehr als ein Dutzend oppositioneller Gruppierungen, inzwischen mehr oder weniger zusammengefaßt unter dem Dach der „Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände“ (IGZ). FVDZ-gestrickte Wahlordnungen haben bis heute in vielen KZV-Bereichen die Mitarbeit von Minderheiten in der Selbstverwaltung blockiert. Angesichts dieser Zerrissenheit ist also die „einmütige Geschlossenheit des Standes“ nicht mehr als Wunschdenken.

Die Ausstiegsdrohung „der Zahnärzte“ ist ebenso weltfremd, weil das dafür verantwortliche Politmanagement des FVDZ seine Ausstrahlung, seinen Einfluß grotesk überschätzte. Alles mühsame Antichambrieren und die fast sprichwörtliche Nähe zur F.D.P. erwiesen sich als Schall und Rauch. Selbst die „Zahnärzte-Partei“ ließ ihr Klientel ohne viel Federlesens fallen, als ihre sozialpolitische Glaubwürdigkeit auf dem Spiele stand. Alles flankierende „Ethik“-Geklingel der Korb-Protagonisten und die Verherrlichung der „freien, ungehinderten Arzt-Patient-Beziehung“ durch den FVDZ weckte (mit Recht) den Argwohn aller derjenigen, die sich einer gerechten Sozial- und vernünftigen Gesundheitspolitik verpflichtet wissen.

So war es nur logisch, daß das auf den ersten Blick so bestechend liberale, in Wahrheit aber höchst unkalkulierbare „Liberalisierungskonzept der Zahnärzte“ auf Skepsis und Ablehnung aller Parteien stieß. In vielen Jahren parlamentarischer Auseinandersetzungen hat es kaum ein Thema wie die „zahnmedizinische Versorgung in der GKV“ gegeben, das sich auf einen so breiten Allparteien-Konsens stützen kann. Vom Liberalisierungskonzept bleibt also nichts übrig. Das ist die Situation der Zahnärzte nach der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Dieses politische Fiasko des FVDZ führte deshalb dazu, daß der Machtkampf — trotz des Bohr-Monopols der Zahnärzte — zugunsten des Bundesgesundheitsministers ausging. Er hatte den längeren Arm des Gesetzes, der Gebührenordnung, den längeren Atem eines Konzeptes, das über die nächste Bundestagswahl hinaus wirksam bleibt, er hatte den breiten Rücken einer denkbar breiten Zustimmung im Bundestag und aller relevanten Gruppierungen.

Wie in der Ärzteschaft, so wird der Gesundheitsminister auch auf eine ausreichend große Zahl von Zahnärzten treffen, die ihren qualifizierten und sozialen Dienst auch weiterhin im GKV-System zu leisten bereit sind. Die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung wird auch in Zukunft durch hiesige Kolleginnen und Kollegen erfolgen, dazu gibt es keine Alternative.

Es ist deshalb Aufgabe einer neuen Generation von Berufspolitikern — wenn nötig, auch ohne Mandat — akzeptable Rahmenbedingungen für diese Zahnärzte zu erwirken. Konstruktive Kritik, gesundheitspolitische Orientierung und begründete Alternativvorschläge sind die Hauptelemente der Politikberatung. Boykott, Streik, gegenseitige Drohungen und Erpressungen dürfen dabei keine Rolle mehr spielen. Diese Haltung entspringt keinem Harmoniezwang, sondern der Erfahrung, daß rüde politische Auseinandersetzungen ihre Untauglichkeit bewiesen haben und in Verdrossenheit und Isolation münden. FVDZ-Chef Gutmann, als vergleichsweise mächtiger Standespolitiker in Bonn angereist, um die Zahnärzteschaft „in eine neue Zukunft zu führen“, erlebte auf parlamentarischem Parkett (s)eine beispiellose Ohnmacht. Die ihm geltende Bemerkung eines Bundestagsabgeordneten „Vollidiot!“ trifft „die Zahnärzte“. Zu irgendwelcher Schadenfreude besteht deshalb kein Anlaß.

Der sogenannte Korb, die nicht zu Ende gedachte Logistik zum GKV-Ausstieg hat deshalb bundesweit keine Chance, politisch erfolgreich zu sein. Die dazu abgehaltenen Versammlungen, nicht selten in einer Atmosphäre von „Bürgerbräu“ und „Sportpalast“, bleiben eine Episode flammender Schwüre, geschürter Emotionen und bemühter Notare. Mehr nicht. Der Korb war von Anfang an eine Art Erpressungsinstrument, für das mit dem bewährten Druckmittel

„Solidarität des Berufsstandes“ auch solche Kolleginnen und Kollegen gedungen wurden, die trotz aller Frustrationen ihren Dienst innerhalb der GKV nie ernsthaft in Frage gestellt haben. Alle Unterstellungen, „die Freiheit nicht wagen zu wollen“, „von den Zuteilungsrationen der GKV abhängig zu sein“ oder gar seinen „Patienten die optimale Zahnheilkunde vorzuenthalten“ sind nicht mehr als arrogante Unverschämtheiten, die sich besonders gern jene Korb-Protagonisten erlauben, die längst ihre Kassenzulassung zurückgegeben haben.

Der Zorn über lähmende Bürokratisierung, Honorardiktate und andere Gängelungen der GKV kann allein nicht der Grund für Ausstiegspläne und deren Realisierung sein. Gibt es diesen Ärger nicht auch und vermehrt mit Privatversicherungen, Beihilfestellen, nicht zuletzt mit einer eingefrorenen Gebührenordnung? Bei der Zustimmung zur Korb-Aktion spielte auch ein irrationales Motiv eine Rolle, eine über Jahre vom FVDZ gepflegte Hysterie, jenem „Jammern auf hohem Niveau“ und dem irrigen Gefühl, ständig benachteiligt, „beklaut“ und „verfolgt“ zu sein. Liegt hier nicht auch ein gewisser Realitätsverlust vor? In einer mindestens ähnlich schwierigen berufspolitischen Situation haben „die Ärzte“ ungleich gelassener, nüchterner reagiert.

Der Korb wird deshalb mit gleicher irrationaler Vehemenz und unter dem „Druck der Verhältnisse“ platzen. Nota-

re werden rechtzeitig Widerrufe bearbeiten müssen. „Korb-Vereine“, „Auffanggesellschaften“, „Abrechnungsstellen“ ihre Überflüssigkeit zeigen. An Schuldzuweisungen fehlt es bereits jetzt nicht: Die Parteien, die Ministerialbeamten sind schuld, der DAZ ist schuld, Seehofer ein Sozialist, seine Gesundheitspolitik reine Planwirtschaft usw. usw. Aber auch die Frage nach der Klugheit der bisherigen Berufspolitik wird die Diskussionen der nächsten Monate bestimmen, die Selbstverwaltung unter FVDZ-Kuratel wird nur zögernd den Konflikt zwischen Widerstand und Anpassung überwinden. Das Schlimmste, was uns Zahnärzten und unseren Patienten passieren könnte, wäre die leichtfertige oder gar absichtliche Inkaufnahme der „Ersatzvornahme“ durch die Aufsichtsbehörden, die das GSG bei Obstruktivität einzelner KZVen vorsieht. Deshalb kann nur das Prinzip der Schadensbegrenzung, ein kluges Konfliktmanagement einzig sinnvoll sein. Je früher das GSG auf die Umsetzungsbereitschaft der Selbstver-

waltung trifft, desto weniger Nachteile werden alle Beteiligten erleiden.

Bei aller kontraproduktiven Interessenvertretung durch Funktionäre des FVDZ hat dieser Konflikt um die „Weiterentwicklung der GKV“ aber auch deutlich gemacht, daß es bei den „Leistungserbringern“(!) Schmerzgrenzen gibt, die von Politikern und Krankenkassen ernstgenommen werden müssen. Der Krach um den GKV-Ausstieg, die ganz unzumutbaren Honorarbedingungen der GSG-Entwürfe, nicht zuletzt die unwürdige öffentliche Kampagne beider Seiten mit häufig wahrheitswidrigen und beleidigenden Behauptungen war ein Lehrstück miserabler Politik. Unser mit Recht teuer erkaufte Gesundheitswesen ist zu schade, um finanziell und bürokratisch abgewürgt oder auf einem „freien Markt“ zerfleddert, verramscht oder versteigert zu werden.

Dr. Christian Nielsen  
Lindenschmitstraße 44  
8000 München 70

### **Kennen Sie Karius und Baktus?**

*Wenn nicht, wird es Zeit. Dann sollten Sie schleunigst für sich und vor allem für die Kinder in Ihrem Wartezimmer die buntbebilderte Geschichte von den beiden kleinen Burschen besorgen, die bei Jens - und nicht nur bei dem - im Mund leben, sich von Süßigkeiten ernähren und seine Zähne mit Hacken und Pickeln bearbeiten. Sie haben ein lustiges Leben und durchlöchern einen Zahn*

*nach dem anderen - bis Jens mit Schmerzen beim Zahnarzt landet, anschließend regelmäßig zur Zahnbürste greift und von den Süßigkeiten Abschied nimmt... Fast könnte man Mitleid mit ihnen haben.*

*„Karius und Baktus - Eine Geschichte mit farbigen Bildern, lustigen Liedern und Noten“ von Thorbjörn Egner, C. Bertelsmann Verlag München 1992, Preis: 14,80 DM*

# DAZ-Jahreshauptversammlung vom 16.–18.10.1992 in Köln

Natürlich stand neben den üblichen Regularien die berufliche Situation der Zahnärzte unter den Bedingungen des Gesundheits-Strukturgesetzes (GSG) im Vordergrund der Gespräche. Höhepunkt der Veranstaltung war deshalb eine Podiumsdiskussion zum Thema „Perspektiven zahnärztlicher Versorgung“, zu der sich Bundesgesundheitsminister Seehofer angesagt hatte, durch die Beisetzungsfeierlichkeiten für Willy Brandt jedoch verhindert war. Die Position der Regierung vertrat deshalb Min. Rat R. Saekel, den AOK-Bundesvorstand W. Heitzer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung W. Schad, die Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland Dr. C. Bolstorff, die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin Dr. J. Brückmann und den DAZ Dr. M. Fritz. Moderator war Dr. K. Müller.

Wir bringen nachfolgend die wichtigsten Zitate der Diskussion.

**Saekel:** Ich meine, und das ist auch die feste Meinung des Ministers und der gesamten Koalition, einschließlich der Fraktion der SPD, daß der Bundesregierung mit der Vorlage dieses neuen Gesundheitsstrukturgesetzes ein wirklicher Durchbruch in der gesetzlichen Krankenversicherung in verschiedenen Bereichen gelungen ist, der bis vor kurzem undenkbar war. Insbesondere gilt das für die Organisationsreform der Krankenversicherung. Ganz entscheidende Durchbrüche hat es auch im Krankenhausbereich gegeben; bisher ist das unmöglich gewesen, weil die meisten Vorschläge an den Ländern gescheitert sind. Diesmal wird es mit Zustimmung der Länder auch hier ganz entscheidende strukturelle und damit langfristig wirksame Verbesserungen im Krankenhausbereich geben. Auch im Arzneimittel-

bereich sind entscheidende Durchbrüche gelungen, die Zuzahlungen werden an der Menge festgemacht, das ist sicherlich auch ein bedeutsamer Fortschritt. Und es hat aus unserer Sicht auch entscheidende Verbesserungen und eine Kontinuität in der Fortentwicklung im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung ergeben. Die prophylaktischen Leistungen werden jetzt doch entgegen dem ersten Entwurf deutlich verbessert, die Qualitätssicherungsmaßnahmen, Gewährleistungsmaßnahmen werden verbessert. Die Bundesregierung sieht einen degressiven Punktwert vor, der ebenfalls strukturell und längerfristig deutlich verbesserte Steuerungsmöglichkeiten bietet. Und wir haben die Veränderung der Gebührenordnung des Kassenzahnärztlichen Bewertungsmaßstabs verbessert; wir haben die pothetischen

Leistungen, die doch gegenüber den zahnerhaltenden Maßnahmen stark überbewertet sind, etwas abgesenkt; damit wird der Bewertungsmaßstab gleichgewichtiger. Er ist damit immer noch nicht ganz gleichgewichtig, aber er wird gleichgewichtiger. All dies sind Maßnahmen, die in die richtige Richtung zielen, und last but not least, wird der Zahnersatzkatalog um jene Leistungen verkürzt, auf die nach Meinung vieler Zahnärzte ohne weiteres verzichtet werden kann, nämlich große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen und Kombinationsversorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen. Das ist ein Vorschlag, insbesondere bezogen auf den Zahnersatz, der weit stärker versicherten freundlicher und zahnmedizinisch akzeptabler ist als der, das sage ich jetzt bewußt provokativ, etwas rudimentäre ursprüngliche Leistungskatalog, der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vorgelegt worden ist. Insofern insgesamt hoffen wir, daß wir nicht nur für ein paar Jahre Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Gleichgewicht halten können, sondern daß wirklich mit diesem Gesetz mittelfristig entscheidende Verbesserungen durchgesetzt werden. Minister Seehofer hat angekündigt, daß ein zweiter Schritt wahrscheinlich nötig ist, der im Jahr 1995/96 kommen wird. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird den Auftrag erhalten, eine Neuabgrenzung des gesamten Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen und aus diesem

Sondergutachten werden dann die gesetzgeberischen Schlüsse 1995/96 gezogen werden müssen, um wirklich langfristig die Gesetzliche Krankenversicherung auf eine neue Basis zu stellen, allerdings unter Berücksichtigung der bisher bewährten Prinzipien, die nicht über Bord geworfen werden sollen.

**Heitzer:** Ich könnte es mir nach allgemeiner Auffassung leicht machen. Die Krankenversicherung ist mit dem, was jetzt vorgelegt worden ist — mit Ausnahme der Organisationsreform — einverstanden. Sie geht im Grunde davon aus, daß dies endlich einmal ein Schritt in die Richtung ist, die sie seit 20 Jahren verfolgt. Ich finde kein Detail in diesem Papier, jetzt mal bezogen auf die Zahnheilkunde, das nicht zu irgendeinem Zeitpunkt Gesprächsgegenstand, Forderungsgegenstand zwischen der KZBV und mir als Verhandlungsführer gewesen ist. Wesentlicher Punkt für die Krankenversicherungsgesetze ist etwas, was natürlich den Zahnärzten auch weh tun wird, nämlich der sog. Risikostrukturausgleich, das heißt also, daß die verbesserte Einnahmesituation der Kassen, die bis jetzt einen höheren Punktwert bezahlt haben als die Primärkassen, daß diese verbesserte Einnahmesituation auch den Primärkassen zugute kommt, insbesondere der AOK. Wenn dies alles so in Kraft tritt, dann hat sich einmal die Gesetzliche Krankenversicherung wesentlich verändert, aber zum zweiten hat sich die Ausgangsposition für die Weiterentwicklung des gesamten Vertrags-

geschehens verändert. Das wird nicht von allen Leuten so gesehen, ich meine, dagegen laufen noch einige Kassenarten Sturm, daß es nicht zu zentralen bundesweiten Regelungen kommt. Auch die KZBV und die KV ist nicht gerade begeistert, daß man ihr sozusagen 43 Prozent ihrer Vertragshandlungsmöglichkeiten wegnimmt, den materiellen Teil aber auf die Landesebene legt, ihre Stärke war ja letzten Endes, daß sie für den Teil, der bundeseinheitliche Beitragssätze hat bei der Krankenversicherung, daß sie für den ja die Verhandlungen geführt hat und der Teil, der regionalisierte Beitragssätze hat, ist im Lande verhandelt worden. Und weil jetzt zukünftig alles im Lande verhandelt werden soll, bleibt also für die Bundes Spitzen jeweils nur die Frage der strukturellen, nicht mehr der rein materiellen, also in Mark und Pfennig sich ausdrückenden Verhandlungsebenen. Wie sich dies nun auswirken wird, kann ich nicht sagen, aber es ist eine wesentliche Änderung. Eine letzte Bemerkung, die ich machen darf: Wir haben ursprünglich dem Minister Seehofer gesagt, wir ziehen mit, wenn die Belastungsquoten für alle Beteiligten in der angedachten Größenordnung bleibt. Es ist so geblieben, es hat sich sicher etwas verbessert sogar, es sind nicht mehr 3,1 Milliarden und deshalb können wir bei dem bleiben, was wir ursprünglich gesagt haben. Es ist höchste Zeit, daß in dieser Form ein Gesetz kommt, wo wir genau wissen- und da gebe ich Herrn Saekel sofort recht-, daß wir spätestens in zwei Jah-

ren die ersten Korrekturen vornehmen müssen, weil auch hier manche Fragen sich nicht so lösen lassen, wie man es denkt. Wenn die Selbstverwaltung eingeschränkt wird im Gesetz, muß ich das begrüßen, denn meine Erfahrung aus dem 89-Gesetz war die, daß es nicht möglich war, brennende Fragen durch die Selbstverwaltung zu lösen. Das traurige Schicksal der Versichertenscheckkarte mag hier ein Beispiel sein, wo bis heute die KZBV noch nicht zugestimmt hat. Wenn wir aber eine vernünftige Verwaltung aufbauen wollen, dann müssen wir endlich mal mit dem Papierkram aufhören, und müssen zu anderen Informationsträgern kommen, wie sie heute in der Wirtschaft gang und gäbe sind.

**Schad:** Also, im Hinblick auf die Arbeitsentlastung mache ich mir keine Illusion, besonders nicht nach diesem Gesetzesvorhaben. Ich möchte, daß im zahnärztlichen Bereich neben einer sehr guten Breitenversorgung unserer Bevölkerung auch in der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit besteht, Spitzenleistung in Anspruch zu nehmen. Und diese Möglichkeit einer nicht Zwei-Klassen-Medizin, die wäre beispielsweise im Zahnersatzbereich bei dem System der Vertrags- und Wahlleistungen möglich gewesen, denn die beiden Bereiche waren untereinander durchlässig. Nun hat die Lahnsteiner Runde durch tätige Nachhilfe der Krankenkassenverbände, aber auch der Sozialdemokratischen Partei, dazu geführt, daß der zaghafte Ansatz, den die

CDU/CSU mit der FDP hier eingeschlagen hat, schon im Keime wieder aufgegeben wurde zugunsten einer brutalen Ausgrenzung bestimmter zahnärztlicher Leistungen. Ein Beispiel ist die Brücke zum Ersatz von bis zu 4 fehlenden Zähnen: Normaler Zuschuß der Krankenkasse. Wagt der Versicherte eine Brücke zum Ersatz von 6 fehlenden Zähnen zu erhalten, verliert er jeden Zuschuß. Als wir die Abgeordneten der CDU/CSU auf diese mangelnde Sozialverträglichkeit hingewiesen haben, haben sie uns lächelnd bedeutet, diese Verantwortung möchten sie gerne schon tragen. Wir werden sehen, was aus der Verwirklichung dieses Gesetzes dann hinsichtlich seiner Praktikabilität wird. Also eine Trennung der Breitenversorgung von der Spitzenversorgung, das wäre das letzte, was das Etikett Reform verdient hätte. Ich nehme das Thema Plafond: Zu unseren Perspektiven zahnärztlicher Versorgung gehörte die Prophylaxe in allen Lebensaltern. Es mag anerkannt werden, daß unsere Forderung, die wir bereits vor dem GRG erhoben, die Prophylaxe um Gottes willen bei den Sechsjährigen beginnen zu lassen, jetzt endlich in das Gesetz hineingeschrieben worden ist, einschließlich der Fissurenversiegelung, aber ich könnte hier etwas süffisant bemerken, man finanziert das nicht zusätzlich, sondern man finanziert das mit den 10 Prozent, die man den Zahnärzten beim Zahnersatz und bei der Kieferorthopädie und beim degressiven Punktwert wieder wegnimmt. Also wir zahlen die ausgeweite-

te Prophylaxe. Wie weit der Plafond die Frühversorgung bei den Erwachsenen wieder völlig auf Null stellt, das werden die nächsten Monate zeigen. Ich kann mir jedenfalls nicht vorstellen, wenn ich die Werte, die hier vielleicht nicht bekannt sind, vor meinen Augen sehe, daß im 4. Quartal 1992 20 Prozent mehr Patienten, bezogen auf die Gesamtzahl der Versicherten, in die zahnärztlichen Praxen kamen, als im gleichen Quartal des Jahres 1991, dann sehen Sie daran, wie dieser Frühversorgungsgedanke ge-griffen hat. Und jetzt steht das alles unter dem Plafond. Es erhebt und steigert mit Sicherheit die Bereitschaft der Zahnärzte, sich weiter für die Prophylaxe einzusetzen. Ich sehe eine gute Versorgung unserer Patienten durch die Gewährleistung für Füllungen und Zahnersatz und hier sage ich das mit mehr oder weniger ernsthaftem Vorwurf an den Deutschen Arbeitskreis für Zahnmedizin: Sie sind von ihren idealtypischen Vorstellungen hergekommen und haben regelmäßig Vorschläge gemacht und gesagt, der Zahnarzt muß haften dafür, daß seine Leistungen lange Zeit für den Patienten brauchbar sind und jetzt hat Sie der Gesetzgeber beim Wort genommen. Nehmen wir doch nur mal das Beispiel um einen Brückenpfeiler, der fest ist, aber wo ein Abbau des Kieferknochens um ein Drittel vorliegt. Und die Frau sagt, Herr Schad, Sie werden mir doch um Gottes willen hier keinen abnehmbaren Zahnersatz verpassen. Ich will kein Gebiß. Da konnte ich bisher sagen, der Zahn ist fest, wir werden eine

Brücke beantragen. Aber ich kann doch keine Brücke mehr beantragen, wenn der Zahn aus irgendwelchen Gründen, die wir nicht zu vertreten haben, innerhalb von eineinhalb Jahren locker wird und die Brücke entfernt werden muß, daß ich die Kosten für diese Brücke nachträglich bezahle. Selbst ein Bruch einer totalen Prothese nach zwanzig Monaten, Herr Heitzer, soll nach den Plänen der Regierung zu Lasten des Zahnarztes beseitigt werden. Und das nehme ich dann noch dazu, daß diese Brücke ja nach den Vorstellungen unserer Parlamentarier in Zukunft vom Zahn-techniker direkt beseitigt werden, ohne daß ein zahnmedizinischer Fachmann prüfen kann, warum diese Prothese gebrochen ist. Sie merken also, wie dieses Gesetz trefflich Handhabe bietet, über die zukünftige Perspektive zahnärztlicher Versorgung sehr kritisch und sehr sorgenvoll nachzudenken. Wenn man also hier eine vernünftige Bewertung hätte einführen wollen, dann hätte eine Abwertung beim Zahnersatz durch eine Aufwertung bei der konservierenden Behandlung kompensiert werden müssen. Aber hier kann ich ja Herrn Saekel nur zitieren, weil er das ja auch öffentlich gesagt hat: Die Politik hat Sparvolumina gesucht und hat sie an diesem Punkt gefunden. So einfach ist das. Aber dann laß ich mir nicht von diesen Politikern sagen, sie hätten etwas für die Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung tun wollen. Nun noch einen letzten Aspekt: Die beabsichtigten Zulassungsbeschränkungen. Wir wissen,

daß bereits jetzt ein Drittel der Bundesrepublik Deutschland für junge Zahnärzte zugeschlossen werden wird. Und daß sie, wenn das so bleibt, wie es im Gesetz steht, noch nicht einmal dort in angestellter Position bei einem anderen Zahnarzt oder einer anderen Zahnärztin arbeiten können, weil dort auch die Assistenten genehmigt werden müssen. Und ich glaube, in kürzester Zeit wird die Bundesrepublik Deutschland ein Land darstellen, in dem ein junger Hochschulabgänger, und das sind jedes Jahr Tausende, vor verschlossenen Türen steht, und vielleicht beizeiten in den Semesterferien schon seinen Personenbeförderungsschein machen kann, damit er in Zukunft Taxen fährt.

**Bolstorff:** Im Bereich Gewährleistung spielt die Schuld ja sicher eine sehr große Rolle, so daß wir also erst dann streiten können, wenn wir wissen, wie die Schuldfrage vom Gesetzgeber geklärt worden ist. Die IGZ, die Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland, hat mitgearbeitet, daß aus einem Gesetzentwurf, der für unsere Begriffe alle sehr stark in die Bredouille gebracht hätte, aber ganz besonders die kleine, ich sage mal qualitätsbewußte Praxis, daß daraus ein durch neue Strukturen verbesserter Gesetzentwurf geworden ist. Ich würde nicht behaupten wollen, daß hier ein für uns hervorragender Gesetzentwurf entstanden ist, es ist sicherlich aus vielen schlechten Möglichkeiten hoffentlich die beste herausgesucht worden und ich bin nicht in der

Lage, heute ein endgültiges Urteil darüber abzugeben, weil ich, wie gesagt, keine Detailkenntnisse habe, und ich hoffe, Herr Saekel wird uns noch einige geben. Lassen Sie mich aber einen anderen Aspekt hinzufügen. Ich bin erstaunt, was eine kleine, von anderen als Splittergruppe bezeichnete Gruppierung von elf Verbänden – IGZ, VDZM, Decksteiner Kreis – erreicht hat dadurch, daß sie nach meiner Meinung fleißig gearbeitet und Vorschläge gemacht hat. Meine Phantasie reicht kaum aus, mir vorzustellen, was ein geeinigter Berufsstand hätte erreichen können. Ich bin deswegen erstaunt im Positiven, daß Herr Schad heute an diesem Tisch sitzt. Ich habe ihn, bevor wir zum Minister gefahren sind, gebeten, daß sowohl eventuell ein Runder Tisch stattfinden kann, als auch, daß er die IGZ gleichbehandelt dem Freien Verband, obwohl ich durchaus in der Größe den Unterschied sehe, nicht aber im Prinzip und ich meine es ist versäumt worden, rechtzeitig gemeinsam an einem Tisch über die Dinge zu sprechen, die heute beklagt werden. Interessanterweise rufen aber selbst diejenigen, die sich verweigern, inzwischen schon an und fragen, wie es denn nun in Zukunft werden soll. Das ist eine Perversion. Wir sind mit unseren persönlichen Vorschlägen sicherlich auch nicht hundertprozentig übernommen worden. Wir haben gesagt, ein degressiver Punktwert ja, aber anstelle eines Deckels. Und wir haben gesagt, die Gewährleistung ja, aber anstelle einer Abwertung im Bereich ZE und KFO. Wie Herr Saekel

darauf kommt, daß die ZE so total überbewertet ist, verstehe ich überhaupt nicht. Er wird es uns sicherlich noch erklären. Ich will nur sagen, wir hätten viel erreichen können, aber hätte hätte ... Hoffentlich bietet das Gesetz, so wie es kommt, für uns alle eine Überlebenschance, denn das, was vorher war, war keine für die kleineren Praxen. Jetzt scheint es so zu sein und hoffentlich gelingt es diesem Berufsstand, nachdem er sich vielleicht erholt hat und aus dem Körbchen wieder alle rausgehuscht sind, vielleicht einmal gemeinsam an einem Runden Tisch zu sitzen.

**Brückmann:** Ich glaube, der DAZ hätte sich keinen brisanteren Zeitpunkt aussuchen können, um über die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland zu diskutieren. Ich glaube, wir sind uns alle bewußt, egal in welchem politischen oder berufspolitischen Lager wir stehen, daß die zahnmedizinische Versorgung, ihr System, vor der entscheidenden Frage steht: Massenhafte Kassenniederlegung oder ein Verbleib in der GKV. Nach meinem Eindruck taumeln die allermeisten Kolleginnen und Kollegen zwischen einem FVDZ-Korb, der jegliches Rezept vermissen läßt für den Tag 1 nach Öffnung des Korbes – und einem GSG, das nach dem bisher bekannt gewordenen Entwürfen fast jeden Akzent vermissen läßt, der der Zahnärzteschaft einen Verbleib in der GKV schmackhaft machen könnte. Unter diesen Voraussetzungen über den 1.1.93 hinauszudenken, ist heute

wirklich nicht so ganz einfach. Ich möchte trotzdem einige Aspekte nennen, was die Zielsetzung angeht, die zahnmedizinische Versorgung so gut zu halten, wie sie jetzt im Moment ist. Für mich ist im internationalen Vergleich dieses GKV-System trotz Mißbrauchsmöglichkeiten und trotz Bürokratie eines der wenigen Systeme in der Welt, die mit einem solchen Minimum an sozialer Härte so viele Menschen zeitgemäß medizinisch versorgen können. Und es ist für mich verantwortungslos, wenn zahnärztliche Scharfmacher versuchen, dieses GKV-System in ihrem Bereich aus sehr vordergründigem Interesse auszuhebeln. Und es ist maßlos und es ist absurd, wenn diese gleichen Scharfmacher dieses System, unter dem sich ein zahnärztlicher Berufsstand zwanzig Jahre wirtschaftlich sehr gut entwickelt hat, als ein Gefangenenlager für Zahnärzte bezeichnen. Auch ich bin mir darüber im klaren, daß ein solches System an seine finanziellen Grenzen stoßen kann und das in Abständen immer wieder. Aber an diesen Punkten sind Gespräche notwendig, die die Eckpfeiler dieses Systems erhalten. An diesem Punkt sind nicht Holzhammermethoden gefragt, wie ein GSG-Entwurf oder ein Korb. Wir müssen wegkommen von diesen groben Klötzen und von diesen groben Keilen. Ich wünsche mir kurzfristig, daß ein GSG entsteht, das mit Argumenten – und nicht mit rechtsstaatlich sehr zweifelhaften Pressionen – die Mehrheit der Zahnärzteschaft davon überzeugt, daß es erstrebenswert ist, in der

GKV weiterzuarbeiten. Herr Saekel, ich hätte jetzt natürlich gerne ihren Minister angesprochen, Herr Saekel ich finde es zumindestens unakzeptabel, um die zwischenmenschliche Seite mal ganz wegzulassen, wenn in Ihrem Hause Vorschläge, die eindeutig definiert waren als Alternative zu Maßnahmen, die vorher im Entwurf gestanden haben, einfach zu Ihrem Maßnahmenkatalog zuaddiert werden; ein degressiver Punktwert ist die Alternative zum Deckel. Die Gewährleistung ist nicht Ergänzungsmaterial, sondern ist die Alternative zu einer pauschalen Abwertung im ZEBereich. Und es ist für mich absurd zu sagen, die Gewährleistung ist ein strukturelles Element und so zu tun, als ob dadurch keine müde Mark eingespart würde. Ich glaube, nur ein sozial verträgliches GSG für Patienten und Zahnärzte und besonders für den zahnärztlichen Nachwuchs schafft die Möglichkeiten, die für mich ganz entscheidend sind für die Zukunft. Nämlich die, wieder eine Gesprächsbereitschaft herzustellen zwischen Zahnärzten, Krankenkassen und Politikern, die nicht in erster Linie getragen wird durch Diffamierung, sondern durch gegenseitigen Respekt, wenn Vertrauen schon nicht möglich ist. Und Herr Schad, es muß ein Ende haben, daß sich zahnärztliche Körperschaften von Schirborts und Gutmanns und von einer zahnärztlichen Wochenschrift in ihrer Tätigkeit so lähmen lassen, daß überhaupt keine Gesprächsbereitschaft mehr erkennbar ist. Nur mit dieser konstruktiven Gesprächs-

bereitschaft ist in meinen Augen die Möglichkeit gegeben, in der Zukunft diese Holzhammerinstrumente, wie sie jetzt auf dem Tisch liegen, im Vorfeld zu verhindern und sehr viele Kontakte mit Kolleginnen und Kollegen in den letzten Wochen aus allen zahnmedizinischen Lagern, berufspolitischen Lagern haben mir deutlich den Eindruck vermittelt, daß die Mehrheit der Zahnärzte raus will aus dieser Isolation, wie sie im Moment existiert. Die Schweizer Zahnmedizinprofessoren, die nachgewiesenermaßen keine DAZ-, IGZ- oder VDZM-Mitglieder sind, ich nenne die Namen Lutz, Imfeld, Meier, Gawrotl und Lang, haben 1989 der bundesdeutschen zahnmedizinischen Versorgung bescheinigt und ich zitiere: „Eine Massenproduktion von zahnärztlichen Leistungen bescheidendster Qualität“ zu sein und sie bescheinigten der deutschen Zahnärzteschaft, wiederum Zitat „den ethischen“ und da müssen Propheten am Werk gewesen sein, „und in absehbarer Zeit gesundheitspolitischen Bankrott“. Ich wünsche mir, daß die Zahnärzte in Deutschland sich nicht mehr von den Gutmanns und Schirborts in Grabenkämpfen gegen den Rest der Republik verschleißen lassen, sondern ihre Kräfte dazu einsetzen, daß solchen wirklich nicht sehr ehrenvollen Beurteilungen, die ja durchaus ein Körnchen Wahrheit enthalten, der Boden entzogen wird.

**Fritz:** Ich möchte dort anknüpfen, was Prof. Schuller heute morgen festgestellt hat, nämlich die sträfliche Abmagerung,

die sträflichen Lücken, die in der Selbstverwaltung klaffen, in die der Gesetzgeber berechtigt oder unberechtigt hineinstößt. Es reizt mich natürlich auch, Herr Schad, gleich auf Ihre Vorwürfe bezüglich der Gewährleistung einzugehen, ich denke, daß wir uns schon ein bißchen Wahrhaftigkeit leisten sollten und schon auch gelten lassen sollten, daß ein Zahnarzt sehr wohl eine Reihe von Möglichkeiten hat, das Risiko von dem was er da macht, auch fachlich abzuschätzen und einzugrenzen. Nun zurück zur Selbstverwaltung. Wir haben es in den letzten Jahren erlebt, wie aus Ratlosigkeit in der zahnärztlichen Selbstverwaltung darüber, wie eine Weiterentwicklung vollzogen werden kann, die eine umfassende Versorgung garantiert, aber wirtschaftlich und effizient und bezahlbar ist, wie aufgrund dieser Ratlosigkeit und fehlender Konzepte die Idee geboren wurde, Leistungen auszugrenzen, eine versicherungstechnische Grenze einzuführen. Diese versicherungstechnische Grenze ist unserem auf dem Solidarprinzip aufgebauten System fremd und deswegen mußte sie irgendwie verkauft und verpackt werden und da war der erste Punkt die Kostenerstattung. Herr Schad, wir wollen uns nichts vormachen, Transparenz und direkte Arzt-Patienten-Beziehung, das ist alles schön und richtig, das war nicht der Punkt bei der Kostenerstattung, sondern die Kostenerstattung war der erste Schritt auf dem Weg in die freie Liquidation und letztendlich der erste Schritt hin zum zahnärztlichen Kosmetiksalon.

Damit keine Mißverständnisse aufkommen, ich bin durchaus der Meinung, daß eine Kostenerstattung, dafür gibt es auch Beispiele, vorhin wurde die Schweiz genannt, auch einen guten Steuerereffekt haben kann, aber so war sie nicht gedacht, sondern sie war gedacht als Hebel, um die Sachleistung aus den Angeln zu heben. Und an diesem Bruch ist alles letztlich auch gescheitert. Was hat sich da vollzogen? Die Ständevertreter haben sich auf einen Standpunkt zurückgezogen, der da heißt, wir arbeiten hochwertig, wir arbeiten wirtschaftlich und offensichtlich reicht das Geld nicht, also soll der Gesetzgeber sagen, was die Krankenkassen noch bezahlen können und den Rest machen wir privat. Damit haben sie sich aus ihrer ureigensten Verantwortung als Arzt und Ständevertreter zurückgezogen und haben dem Gesetzgeber das Feld überlassen. Wir hätten noch viel mehr erreichen können, wenn sich die zahnärztlichen Körperschaften nicht verweigert hätten.

**Heitzer:** Der Hauptpunkt, der Sie am meisten berühren wird, wird nicht das Thema der Ausgrenzung der vier Kronen oder Brücken oder so etwas sein. Das Hauptthema wird die Gewährleistung werden. Darüber sollten Sie sich im klaren sein. Dann müßten Sie sich endlich einmal auf einen einheitlichen Nenner einigen. Hier im Raum sind zur Gewährleistungsfrage bereits mindestens vier verschiedene Meinungen genannt worden. Sie müssen zahnmedizi-

nisch einfach mehr zusammenkommen. Tun Sie das nicht, dann nimmt sie der nächste Gesetzgeber noch viel weiter auseinander und macht mit Ihnen was er will. Sie müssen eine Linie finden in der man sagt, so kann das funktionieren, wie kann das funktionieren und warum funktioniert das nicht. Ihre Aufgabe, wenn Sie eine Perspektive in der Zahnheilkunde haben wollen, ist zusammenzurücken und plausible Argumentationskataloge auf den Tisch zu legen.

**Müller:** Herr Schad, Sie haben vorhin das Beispiel mit der Brücke erwähnt. Eine Brücke, die nach eineinhalb Jahren nicht mehr im Mund ist, weil der Zahn es nicht getan hat, eine solche Brücke zu machen, das hätten Sie nicht getan, weil Sie durchaus einschätzen konnten, ob der Zahn eineinhalb Jahre hält oder nicht. Jedenfalls oft, eher öfter als nicht oder wesentlich öfter.

**Saekel:** Das Gesundheitsstrukturgesetz besteht aus einem Sofortprogramm, das natürlich auch direkt und sofort finanzwirksame Maßnahmen enthält, dazu gehört die Budgetierung und auch die strukturellen Maßnahmen. Das Budget hielt die Politik im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich bezogen auf die nächsten drei Jahre für unabdingbar, um eine Sofortbremsung der bedrohlichen Ausgabenentwicklung in der GKV zu erreichen. Sicherlich ist das kein besonders schöner Vorschlag, das sehe ich ohne weiteres ein, und der trifft auch Ärzte und Zahnärzte, nur: Mit diesem Beitrag

müssen sich beide Gruppen leider abfinden und sie müssen sich auch damit abfinden, daß die im Gesundheitsreformgesetz 89 eingeführten Präventionsmaßnahmen für diese drei Jahre auch gedeckelt bleiben. Das hat die Politik eindeutig so beschlossen. Nur, wir haben im Gesundheitsstrukturgesetz jetzt auch ins Gesetz reingeschrieben, daß nach den drei Jahren bezüglich der Beitragsstabilität die präventiven Leistungen außen vor bleiben. Die präventiven Leistungen also außerhalb dieser strengen Beitragsstabsichtweise bleiben. Das ist sicherlich ein Fortschritt, eine Klarstellung gegenüber dem bisherigen. Der Satz Budget — schauen wir mal kurz in die letzten zehn Jahre. In den letzten zehn Jahren, Herr Schad, haben Sie im zahnerhaltenden Bereich, im Zahnersatzbereich sowieso überhaupt nicht, bei weitem nie die Grundlohnsomme erreicht. Man könnte also überspitzt formulieren, wenn der Gesetzgeber jetzt ihnen die Grundlohnentwicklung zugesteht, kommt das einer Dyna-

misierung gleich, zumindest im Vergleich zur langfristigen Vergangenheit. Zur Gewährleistung: Rund 7 Prozent der Füllungen gehen innerhalb von zwei Jahren kaputt. Ein Gott sei Dank ganz kleiner Prozentsatz und die Problematik entsteht im Grunde nur bei jenem Teil der Zahnärzte, der zwischen 10 und 20 Prozent anzusiedeln ist, der auffallend wesentlich höhere Ausfallquoten hat, die an die 50 bis 60 Prozent drangehen. Der Ansatz dieses Gesetzes ist, diese Zahnärzte sich mal etwas näher anzuschauen, und das muß in Ihrem ureigensten Interesse sein. Ich weiß nicht, was man dagegen haben kann. Wir haben im Gesetz ein paar Punkte definiert, die natürlich davon auszunehmen sind, Milchzahnfüllungen können keine zwei Jahre halten, bestimmte Personen mit systemischen Erkrankungen sind sicherlich auch davon auszunehmen, und es ist auch so, daß für die Risikopatienten, die es gibt, die Selbstverwaltung eine Lösung finden muß, die zu definieren, die müssen Sie natürlich auch ausnehmen.

**Vorstandswahlen bei der Jahreshauptversammlung  
des DAZ im NAV-Virchowbund,  
Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands**

*Am 17./18.10.1992 in Köln wurde als 1. Vorsitzender bestätigt:*

*Dr. Michael Fritz (36), Lohne*

*Als Stellvertreter wurden gewählt:*

*Dr. Annette Bellmann (42), Berlin*

*Dr. Roland Ernst (45), Edewecht*

*Dr. Kai Müller (51), Seefeld*

## Neu im DAZ-Vorstand: Kinderzahnärztin Dr. Annette Bellmann

### Damit auch die Kollegen im Osten eine Lobby haben

*I. Berger*

„Als sich Herbst 89 die neuen Möglichkeiten abzeichneten, haben wir uns mit ein paar Ärzten und Zahnärzten zusammengetan, um einen Verband zu gründen; so etwas hatte es in der DDR ja nicht gegeben“, berichtet Frau Dr. Bellmann bei einem Gespräch in ihrer neu gegründeten Praxis in Berlin-Lichtenberg. „Für den zahnärztlichen Bereich ging es uns darum, die Jugendzahnpflege zu erhalten, die bis dahin wirklich gut funktioniert hat. Inzwischen werden unsere Angaben zur Kariesreduktion zwar als geschönt angezweifelt, aber wenn man wie ich 19 Jahre lang in einer Jugendzahnklinik tätig war, dann hat man die Erfolge mit eigenen Augen sehen und aus seinen Dokumentationsbögen ablesen können. Anfangs haben wir fast nur Löcher stopfen und Lückenhalter in die Milchgebisse einpassen müssen, aber im Laufe der Jahre ging der Anteil an Behandlung ständig zurück zugunsten von Prophylaxe-Aktivitäten.“ Zusammen mit 7 Kieferorthopäden und 16 Kinderzahnärzten war Frau Dr. Bellmann zuständig für ca. 30.000 Kinder und Jugendlichen im Krippen-, Kindergarten- und Schulalter, die zum Teil in der Jugendzahnklinik,

zum Teil in 8 dezentralen Schulambulanz unter sucht und behandelt wurden.

„Es war schon enttäuschend festzustellen“, so Annette Bellmann, „daß in mehr oder weniger allen Bereichen das BRD-System auf uns ausgedehnt wurde. Abgesehen von einem Modellversuch in Berlin-Hohenschönhausen machten die Jugendzahnkliniken und Polikliniken binnen kurzem dicht; für die meisten Kollegen war der Weg in die Niederlassung die einzige Perspektive.“

Annette Bellmann, die vor wenigen Monaten zusammen mit einer ehemaligen Zahnklinik-Kollegin eine Gemeinschaftspraxis aufgemacht hat, gewinnt der neuen Situation inzwischen durchaus positive Seiten ab. Wie für viele Zahnärzte im Osten hat es auch für sie seine Reize, die Arbeitssituation nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können und nicht mehr ständig mit der Knappheit oder Nicht-Verfügbarkeit bestimmter Materialien und Geräte kämpfen zu müssen. Ungetrübt ist diese



Freude aber keineswegs, denn nicht nur die hohen Schulden machen den frisch Niedergelassenen Kopfzerbrechen, sondern neuerdings zusätzlich und vor allem die Unwägbarkeiten der bevorstehenden Gesetzesänderungen.

„Die Zahnärzte in den Ost-Bundesländern haben keine Lobby gehabt in den bisherigen Verhandlungen, und sie haben wegen der erst sehr kurzen Erfahrungen mit freien Praxen auch keine bzw. keine aussagekräftigen Zahlen zur Erläuterung ihrer wirtschaftlichen Bedingungen vorlegen können“ erklärt Frau Dr. Bellmann. Die hohe pauschale Abwertung im Zahnersatz-Bereich, die zunächst vorgesehen war, hätte sich ihrer Meinung nach katastrophal ausgewirkt. Was die Durchsetzungschancen der Alternativvorschläge anlangt, die mittlerweile von DAZ, IGZ und VDZM entwickelt und dem Gesundheitsministerium sowie verschiedenen Parteienvertretern dargelegt wurden, ist Annette Bellmann verhalten-optimistisch. Wenn diese Vorschläge durchkommen, sieht sie auch für die Praxen in den neuen Bundesländern noch eine Überlebenschance.

Beim DAZ, den sie als Delegierte beim Zusammenschluß des West-Verbandes NAV mit dem Ost-Verband Rudolf-Virchow-Bund kennenlernte, hat sie die positive Erfahrung gemacht, daß die Kollegen aus dem Osten nicht bevormundet oder vereinnahmt werden. Insofern ist sie inzwischen Mitglied geworden (eine Möglichkeit, die auch allen übrigen Zahnärztinnen und Zahnärzten des NAV-Virchowbundes ohne zusätzliche Kosten offensteht!) und hat bei der Jahreshauptversammlung 1992 in Köln für den Vorstand kandidiert. Die Arbeitsbelastung beim momentanen Praxisaufbau ist zwar hoch, aber Annette Bellmann wollte nicht „kneifen“. „Schließlich müssen“, so meint sie, „die Ost'ler selber aktiv werden, wenn sie wollen, daß jemand ihre Interessen vertritt.“

Da kann man dem neuen Vorstandsmitglied nur viel Erfolg wünschen - und viele aktive Mitstreiter aus DAZ und NAV-Virchowbund.

Irmgard Berger  
Adenauerstr. 48  
5210 Troisdorf

Älterer ostdeutscher DAZ-Kollege  
sucht zum Praxisausbau eine

**guterhaltende und  
funktionstüchtige Dentaleinheit,  
Sprechzimmermöbel  
und Elektrotrom.**

Chiffre DAZ 4085.

#### Assistentenstelle gesucht!

Zahnärztin, 31 J., einsatzfreudig,  
belastbar, erfahren in Kinderbehandlung,  
Raum Hamburg. 1. Chiffre DAZ 5037.

#### Zahnarzt sucht Praxisübernahme

per Ende 1992/Anfang 1993 in Köln.  
Chiffre DAZ 1669

Je länger die "Neuen" halten,  
desto billiger werden sie,

**SCHMID  
UND  
PAULA**



**DENTAL  
LABOR**

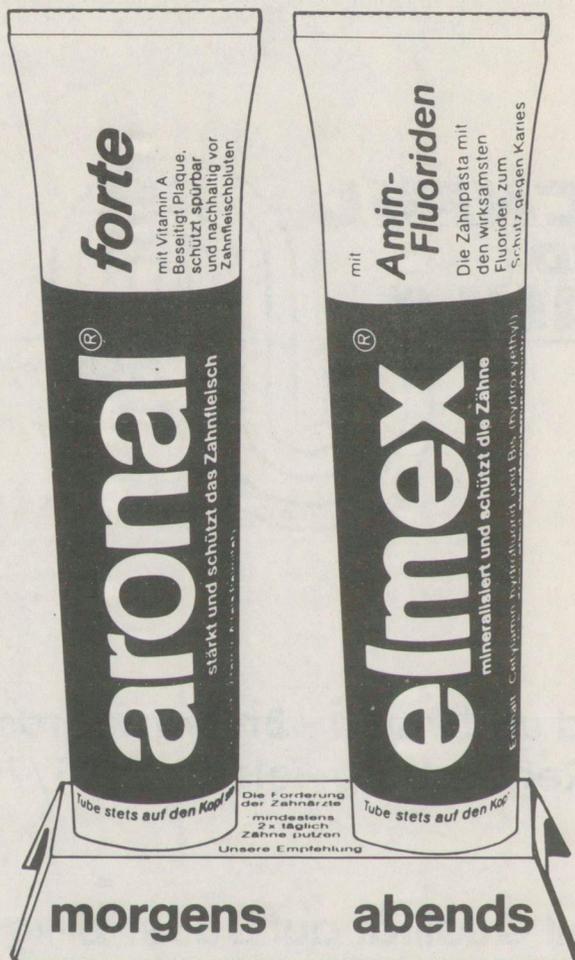
Schmid und Paula - Bruderwöhrdstr. 10 -  
8400 Regensburg Telefon 0941/791521

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung

# Die Privatliquidation

## - Tummelplatz für Halsabschneider?

G. Ebenbeck

Wie inzwischen hinreichend bekannt ist, stützen sich die Zukunftsperspektiven der „Korb“-Anhänger des Freien Verbands ausschließlich auf die privaten Liquidationsmöglichkeiten. Die Art und Weise jedoch, wie manche Kollegen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nach Belieben ausreizen, läßt befürchten, daß der Gesetzgeber auch hier seiner Aufsichtspflicht entsprechend einschreitet und die - fachlich sinnvollen - Ermessensspielräume aller Zahnärzte einschränkt. Der DAZ appelliert mit diesem Beitrag deshalb an die Zahnärztekammern, die korrekt abrechnende Kollegenschaft vor den Folgen des GO-Z Mißbrauchs einiger raffgieriger Geschäftemacher zu schützen. Der Autor war Mitverfasser der neuen GOZ und ist Beratungszahnarzt mehrerer Privatversicherer.

Die erneute Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist auch an den privaten Krankenversicherungen nicht vorbeigegangen. Dieses Problem wird in der Diskussion über Kostendämpfungsmaßnahmen allerdings nicht öffentlich dargestellt. Denn betroffen sind „nur“ die 10 % der bundesdeutschen Bevölkerung, die privat versichert sind. Die Privatversicherten spüren diese Kostenexplosion jedoch an den stetig steigenden Beiträgen zu ihrer privaten Krankenversicherung. Diese Versicherung wird also teurer, auch indirekt, da nicht wenige Gesellschaften dazu übergegangen sind, die Beitragsrückerstattung für Kunden, die keine Leistungen in Anspruch genommen haben, zu kürzen. Für viele ältere Mitglieder sind die Beiträge fast nicht mehr finanzierbar.

Die Geschäftsentwicklung vieler privaten Krankenversicherungen war also in

den letzten Jahren sehr ungünstig, was direkt aus den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen resultiert. Ziel der privaten Krankenversicherungen muß es sein, die in den letzten Jahren zum Teil exorbitanten Beitragssteigerungen in den nächsten Jahren zu vermeiden, v.a. die seit Jahren überdurchschnittliche Steigerung der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen. Die Zahnärzteschaft muß jedoch genauso wie die Krankenversicherungen daran interessiert sein, daß die Leistungsfähigkeit der Privatversicherer nicht nur erhalten, sondern weiter verbessert wird. Dazu ist aber ein Umdenkungsprozeß insbesondere in den zahnärztlichen Standesorganisationen notwendig, um die Effizienz und die Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu verbessern, aber auch im privaten Behandlungsbereich überzogene Honorar- und Therapievorstellungen einzugrenzen.

### **Erweitertes Behandlungsspektrum**

In quantitativer wie in qualitativer Hinsicht hat sich in den letzten 10 Jahren das Spektrum der Zahnheilkunde in wesentlichen Gebieten verändert. Zu nennen sind hier nur die Teilgebiete der Funktionsanalyse und Funktionstherapie, der Implantologie, der Parodontologie und der zahnärztlichen Diagnostik. Mit der Ausweitung des zahnärztlichen Behandlungsspektrums ist in einigen Teilgebieten erkennbar, daß bestimmte Behandlungstechniken in die Praxis integriert werden, ohne eine ausreichende wissenschaftliche Erprobung abzuwarten. In diesem Zusammenhang nenne ich nur die Beispiele „Cerec-System“, die schwierige Behandlungstechnik der „gesteuerten Gewebsregeneration“ in der Parodontologie und die Augmentation des Kieferknochens im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen. Für die privaten Krankenversicherungen ist es unumgänglich, mehr als bisher darauf zu achten, daß die angewandten Behandlungsmittel oder Behandlungstechniken wissenschaftlich ausgereift sind. Hierzu muß zahnmedizinischer Sachverstand in ausreichender und vor allem objektiver Weise zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund der fortschreitenden Entwicklung in einigen zahnärztlichen Teilgebieten muß mehr als bisher hinterfragt werden, ob die therapeutischen Entscheidungen wirklich gesicherten therapeutischen Erkenntnissen entsprechen - und vor allem, ob sie angemessen sind.

Wann ist es z.B. angemessen und therapeutisch sinnvoll, einem Patienten mit vollständigem Zahnverlust durch umfangreiche kieferchirurgische und implantologische Maßnahmen einen fest-sitzenden Zahnersatz in das Kauorgan zu integrieren, mit allen dazu notwendigen diagnostischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen?

### **Qualitätssicherung und Therapiefreiheit**

Neben dem Problem, ob eine derartige Behandlung überhaupt versicherbar ist, muß auch von seiten der privaten Versicherer darüber nachgedacht werden, welche Voraussetzungen von seiten des Patienten und des Behandlers erfüllt werden müssen, wenn eine derartige Behandlung in dem einen oder anderen Fall durchgeführt werden soll. Hierbei geht es auch um die Qualität der zahnärztlichen Behandlung. Es kann hier nicht gleichgültig sein, welches Implantatsystem und welche Suprakonstruktion gewählt wird.

Die Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu überprüfen und, wenn nötig, immer wieder einzufordern, ist nicht nur ein unverzichtbarer Teil ärztlicher Ethik, sondern auch ein Handlungsbereich für private Krankenversicherungen.

Die heute viel zitierte Therapiefreiheit muß dort eingeschränkt werden, wo im Interesse des Patienten die Anwendung „anerkannten gesicherten Wissens“ Vorrang haben muß vor einer Zahnheilkunde, die insbesondere auf der Ebe-

ne einzelner spezialisierter Zahnärzte in einem nur schwer abschätzbaren Ausmaß von ungeprüften aber dogmatisch vertretenen Meinungen, unangemessenem Methodeneinsatz und überzogenen Ermessensspielräumen geprägt ist. Der Begriff „Behandlungsfreiheit“ darf insbesondere bei Privatpatienten nicht zur „Behandlungsbefreiheit“ verkommen. Die Gebührenordnung darf nicht dazu verführen, daß die Liquidationsmöglichkeiten von größerem Interesse für den Behandler werden als die fachlichen.

### Liquidation nach GOZ

Für die überwiegende Mehrheit der Zahnärzte und der Patienten hat sich die neue GOZ bewährt und bietet ein umfassendes Behandlungsspektrum an. Die GOZ ist im internationalen Vergleich die Gebührenordnung, die dem derzeitigen Wissensstand am besten entspricht. Die auftauchenden Probleme liegen nicht in der zahnärztlichen Gebührenordnung, sondern im Umgang einzelner Zahnärzte mit dieser Gebührenordnung.

Ein kleiner Teil der Zahnärzteschaft ist in der Tat der Meinung, daß die GOZ, sowohl vom Umfang als auch von der Bewertung her, ihren zahnärztlichen Leistungen nicht gerecht wird. Andererseits muß festgestellt werden, daß eine Anhebung des Punktwertes längst überfällig ist und eine Reihe von Leistungspositionen präziser formuliert sowie auch einige Leistungsbereiche um Leistungspositionen ergänzt werden müssen. Für unverantwortlich halte ich

jedoch die Praxis einiger Landes-zahnärztekammern, die bestehende Verordnung durch Rundschreiben oder sogenannte GOZ-Fibeln umzuformulieren. Die Rundschreiben und Veröffentlichungen einiger Landes-zahnärztekammern widersprechen in vielen Punkten eindeutig dem Text und Inhalt der GOZ und widersprechen sogar höchstrichterlichen Entscheidungen.

Hier werden der Zahnärzteschaft von den Standesorganisationen Abrechnungsmöglichkeiten suggeriert, die in den meisten Fällen einer gerichtlichen Nachprüfung nicht standhalten können.

Durch derartige Empfehlungen entsteht ein Vertrauensverlust zwischen Zahnarzt und Patient, da der Patient entweder Schwierigkeiten mit den zuständigen Beihilfestellen oder mit seiner privaten Krankenversicherung bekommt, wenn die Rechnung zur Erstattung vorgelegt wird. Vertrauensverluste entstehen aber auch, wenn die Patienten vor der Behandlung nicht ausreichend über die ökonomischen und fachlichen Aspekte der Behandlung aufgeklärt werden und wenn Leistungspositionen berechnet werden, die eben nicht berechnungsfähig sind.

Die GOZ bietet sehr wohl eine ganze Reihe fachlicher Anreize für mehr Qualität bei der zahnärztlichen Versorgung, wenn die Zahnärzte bereit sind, im Bereich der Diagnostik, der parodontalen Vorbehandlung, der Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie sowie der

Prophylaxe Fortbildung zu betreiben, um auch diese neuen Teilgebiete anwenden zu können.

Der Umfang der abgerechneten Prophylaxe-Leistungen beweist in erschreckendem Ausmaß, welches Fortbildungsdefizit hier besteht.

Betrachtet man die Struktur der Leistungserbringung, so ist festzustellen, daß die neue GOZ keine Verlagerung vom Zahnersatz hin zur Zahnerhaltung bewirkt hat. Auch das Ziel, die Prophylaxe von Zahnerkrankungen zu fördern, ist nicht erreicht worden.

Die prophylaktischen Leistungen machen einen verschwindenden Prozentsatz von nur 0,5 % am gesamten Leistungsvolumen aus. Es gibt einen steigenden Trend zu aufwendigeren Versorgungsformen und einem qualitativ besseren Niveau. Hierbei muß nachgefragt werden, ob alle zahnärztlichen Leistungen medizinisch notwendig waren. Es geht dabei nicht um pauschale Kostendämpfungsmaßnahmen, sondern um die Überprüfung der medizinischen Indikation und um die Überprüfung einer ausreichenden Qualität der erbrachten Leistungen. Es ist dafür Sorge zu tragen, daß die Beiträge der Versicherten nur unter diesen Aspekten ausgegeben werden.

Hierbei ist es wichtig, daß die privaten Krankenversicherungen einzelnen Zahnärzten klar machen, daß der für die GOZ zuständige Bundesminister sehr wohl das Recht hat, über Sinn und Zweck der

von ihm konzipierten Vorschriften Auskunft zu geben, zu Auslegungsfragen Stellung zu nehmen sowie auf Fehlinterpretationen aufmerksam zu machen und auch auf die Richtigstellung hinzuwirken. Es ist legitim, wenn sich eine private Krankenversicherung an derartige Auslegungen hält. Zur Vermeidung weiterer unsinniger Rechtsstreitigkeiten ist es sinnvoll, einige Problempunkte in der GOZ zu überarbeiten.

Zur Problemlösung ist eine Klimaverbesserung zwischen allen Beteiligten notwendig, sodaß die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kostenträger, Zahnärzten und Verordnungsgeber wiederhergestellt werden kann.

### **Zahnmedizinisch notwendiges Maß?**

Das zahnmedizinisch „Notwendige“ kann durch die individuelle fachliche Betrachtung des Einzelfalles beurteilt und eingegrenzt werden. Entscheidend ist hierbei aber ein schlüssiges und ausgewogenes Therapiekonzept zur Ausheilung der bestehenden Erkrankungen im Kauorgan. Hierbei sind Fragestellungen notwendig, die natürlich auch in Richtung Qualitätssicherung zielen z.B. nach der ausreichenden Vorbehandlung, bevor über einen umfangreichen prothetischen Heil- und Kostenplan entschieden werden kann. Es darf also nicht nur um die Frage gehen „Was geht über das medizinisch notwendige Maß“ hinaus, sondern auch darum, ob das wirklich „Notwendige“ durchgeführt wird.

Ein Privatversicherter, der nachweisbar sein Kauorgan über Jahre vernachlässigt hat und nach der 2. Sitzung beim Zahnarzt einen Kostenplan über eine Implantatversorgung erhält, wurde sicherlich nicht ausreichend motiviert, instruiert und kontrolliert, ob er in der Lage und willens ist, eine exzellente Mundhygiene zu betreiben, die absolute Voraussetzung für eine Implantattherapie ist.

Parallel dazu sollte auf seiten der privaten Krankenversicherungen über Wege nachgedacht werden, die medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung einzugrenzen. Zum Beispiel durch:

- a) Eine definierte versicherungstechnische Leistungsgrenze z.B. bei der prothetischen Versorgung;
- b) durch eine klare Definition des Versicherungsumfanges bei den einzelnen Leistungsabschnitten;
- c) durch abgestufte individuelle Tarife von der Grundversorgung bis zum gesamten GOZ-Spektrum;
- d) durch konsequente Ausgrenzung kosmetisch-ästhetischer Leistungen auch im zahntechnischen Bereich.

Es ist selbstverständlich, daß die Versicherten über die Leistungsgrenzen ausführlich und auch mit geeignetem Anschauungsmaterial informiert werden müssen, wenn sie eine private Krankenversicherung abschließen.

Bei einzelnen Tarifen sollte eine Abkehr stattfinden vom Sachleistungsprinzip in der Privatversicherung. Eine

hundertprozentige Erstattung bei Einlagefüllungen ist weder sinnvoll noch notwendig.

Auf der anderen Seite stehen genügend Mittel zur Verfügung, für alle Privatversicherten eine medizinisch notwendige Heilbehandlung auf hohem fachlichem Niveau abzusichern.

### Zahnheilkunde - Luxusmedizin?

Eigenverantwortung ist nicht identisch mit Eigenbeteiligung, aber eine Eigenbeteiligung in vertretbarem Umfang kann Eigenverantwortung auch bei Privatversicherten stärken, umso mehr, als dieser Patientenkreis nicht gerade zu den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen zählt.

Wer unter einer Erkrankung der Kaumuskulatur und der Gelenke leidet, bedarf einer medizinisch notwendigen Therapie. Aber kein Patient, auch kein privatversicherter Patient, muß aus „medizinisch notwendigen Gründen“ mit *keramischen* Einlagefüllungen versorgt werden.

Auch intakte Amalgamfüllungen sind keine „Indikation“ für Einlagefüllungen.

Zahnheilkunde ist keine Luxusmedizin, die beliebig ausgrenzbar ist. Gute Zahnheilkunde ist schwierig und ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Wer etwas anderes behauptet, hat die Zahnheilkunde nicht begriffen oder nie wirklich praktiziert. Es steht jedem Zahnarzt frei, sich auf den verlassenen Hinterhof der Medizin zurückzu-

begeben und ein Kosmetikstudio für Zähne zu eröffnen.

Er kann nur nicht erwarten, daß sein Patient für überzogene zahnärztliche Maßnahmen Versicherungsleistungen erhält, da auch eine Privatversicherung eine Solidargemeinschaft ist.

Der versicherungstechnische Ausschluß von zahnärztlichen Leistungen, die auch bei Privatpatienten über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, beeinträchtigt nicht die Ergebnisqualität der Therapie.

Es ist notwendig, daß auch die private Krankenversicherung für die Prinzipien der Qualitätssicherung sensibilisiert wird. Hierbei geht es darum, alle am Versorgungssystem Beteiligten zu motivieren, die „Regeln der Kunst“ einzuhalten. Man muß ja nicht alles können. Nur, wenn man es macht, sollte es bestimmten Kriterien entsprechen. Nicht mehr und nicht weniger ist Qualitätssicherung.

Insbesondere Honorarforderungen, die sich auf eine „besondere Qualität“ stützen, müssen durch meßbare, objektivierbare und damit überprüfbare Kriterien belegt werden, und zwar gegenüber dem Patienten, unabhängig von etwaigen Erstattungsansprüchen an die Kostenträger. Das heißt: *Hinter den Begriffen ‚Höchste Qualität‘ und ‚Präzision‘ muß ein bewertbarer Inhalt stehen.*

Die Private Krankenversicherung (PKV) muß nicht zwangsläufig der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) immer ähnlicher werden. Die PKV hat den individuellen Spielraum und auch gute Chancen, durch qualifizierte, versichertenorientierte Beratung von der reinen Erstattungsinstanz zu einem Partner für Zahnarzt und Patient zu werden, um eine medizinisch notwendige qualitätsorientierte Zahnheilkunde langfristig auf hohem Niveau zu sichern.

### **Ausgabenentwicklung und Grundsätze**

Es muß daran erinnert werden, wie heftig sich die zahnärztlichen Standesorganisationen gegen die neue GOZ gewehrt haben. Die Ausgabenentwicklung im Bereich der privaten Krankenversicherungen hat jedoch die Berechnungen des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte, wonach mit einem Honorarverlust der Zahnärzte in Höhe von 10 v.H. durch Umstellung auf die neue GOZ zu rechnen ist, deutlich widerlegt.

Die Zunahme der PKV-Leistungsausgaben für Zahnbehandlung war nicht nur eine Folge der gestiegenen Versicherungszahlen bzw. der Zusatzversicherungen, sondern die Zunahme der Ausgaben ist, bezogen auf den gezahlten Schaden für jede versicherte Person, erheblich angewachsen. Für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und auch für die Mitglieder der sogenannten „Privat-Zahnärztlichen-Vereinigung Deutschlands e.V.“ (PZVD) sollten folgende Grundsätze bei der Versorgung ihrer Privatpatienten beachtet werden:

1. Eine private Krankenversicherung ist keine bloße Zahlstelle für beliebige Forderungen, die aus einer zahnärztlichen Behandlung resultieren.
2. Allgemein gültige Rechtsgrundsätze können nicht durch Stellungnahmen von zahnärztlichen Körperschaften oder zahnärztlichen Berufsverbänden übergangen oder außer Kraft gesetzt werden.
3. Die höchstrichterliche Rechtsprechung verpflichtet jeden Zahnarzt zu einer gebotenen Patientenaufklärung auch über die ökonomischen Aspekte der Behandlung.
4. Bei Fragen, die die medizinische Notwendigkeit der Behandlung betreffen, gibt es nur eine rechtlich akzeptable Möglichkeit für die Problemlösung – nämlich den Patienten durch objektive, unvoreingenommene Information bzw. Beratung, erforderlichenfalls unter Einbeziehung des Versicherers, in die Lage zu versetzen, autonom zu entscheiden.
5. Um im Sinne des Patienten eine sachgerechte und fachgerechte Entscheidung treffen zu können, ist es legitim und rechtlich unangreifbar, daß private Krankenversicherungen zahnärztlichen Sachverständigen und Beratungszahnärzten mit der Problemlösung beauftragen.
6. Hierbei ist unstrittig, daß der Privatversicherte verpflichtet ist, alle zur Prüfung der Liquidation notwendigen diagnostischen Unterlagen bei seinem Behandler anzufordern und seiner privaten Krankenversicherung vorzulegen. Die behandelnden Zahnärzte sind verpflichtet, diese Unterlagen gegebenenfalls in Fotokopie dem Patienten zu übergeben.
7. Die umfassende Aufklärung und Beratung zwischen Behandler und Patient gehört zum Kreis höchstpersönlicher Rechtspflichten des Behandlers, die weder innerhalb der Praxis delegiert werden können noch an außenstehende Dritte wirksam zu übertragen sind.
8. Es ist für alle Beteiligten sinnvoll, den Patienten unter Aushändigung eines Heil- und Kostenplanes zu motivieren, sich vorab um eine Kostenzusage seines Versicherers zu kümmern. Dies ist die bestgeeignete Möglichkeit einer Konfliktvermeidung. Dadurch können Enttäuschungen und nachfolgende Auseinandersetzungen über Erwartungshaltungen des Versicherten hinsichtlich des Erstattungsumfanges vermieden werden.
9. Ein Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Patient kann nicht mit dem Anspruch an den privaten Krankenversicherer gekoppelt werden, daß sämtliche zwischen Zahnarzt und Patient vereinbarten Leistungen zugleich als versicherungsmäßig abgedeckt deklariert werden.
10. Dem privatversicherten Patienten muß ein persönlicher Entscheidungsspielraum offengehalten werden, auch mit Eigenfinanzierung bestimmte gewünschte Leistungen

- (z.B. keramische Einlagefüllung) durchführen zu lassen, ohne daß der Patient all diese Leistungen, die über eine medizinisch notwendige Behandlung hinausgehen, von der privaten Versicherung voll erstattet bekommt. Dies würde sonst ein Sachleistungssystem im Bereich der privaten Versicherungen etablieren.
11. Der Zahnarzt ist verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, daß die auf das Streben nach einer „weit oberhalb der anerkannten fachlichen Normen“ liegende Qualität und Präzision seiner zahnärztlichen Leistungen und die daraus resultierenden Mehrkosten nicht aus dem Versicherungsvertrag erstattet werden können. Es reicht also nicht aus, die Patienten mit Merkblättern über das höhere Qualitäts- bzw. Honorarniveau der Praxis und über eine notwendige „Vergütungsvereinbarung“ zu unterrichten, mit dem lapidaren Hinweis, daß die Mehrkosten „möglicherweise“ nicht in vollem Umfang erstattet werden. Den Zahnarzt trifft also in diesem Punkt eine besondere Beratungsverpflichtung, die durchaus rechtskonform ist.
  12. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 30.10.1991 sind auch die letzten Unklarheiten zur Frage beseitigt worden, welche Anforderungen an eine wirksame Vergütungsvereinbarung nach § 2 GOZ zu stellen sind. Die Höhe der Vergütung muß
    - im einzelnen mit dem Zahlungspflichtigen ausgehandelt und
    - individuell vereinbart werden.
 Die pauschale, undifferenzierte Vereinbarung fester Steigerungssätze für eine Vielzahl von Leistungen ist mit einem wesentlichen Grundgedanken der Gebührenordnung, der „angemessenen Vergütung der einzelnen ärztlichen Leistungen“, nicht in Einklang zu bringen und benachteiligt den Zahlungspflichtigen in unangemessener Weise. Nach dem Urteil des BGH lassen sich Versicherungsleistungen für über den GOZ-Sätzen liegende Vergütungen nur noch insoweit vertreten, als diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und wirksam vereinbart worden sind.
  13. Im Bereich der Zahnheilkunde ist nicht alles zahnmedizinisch-technisch Machbare auch versicherbar. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, wenn auf der einen Seite von den zahnärztlichen Standesorganisationen die Selbstverantwortung des Patienten für seine Zahngesundheit durch die Forderung nach verstärkter Eigenbeteiligung an den Kosten propagiert wird, während andererseits Behandler beim Versicherer der Privatpatienten dahingehend intervenieren, daß dieser sämtliche zahnärztlichen Leistungen ungeprüft und uneingeschränkt übernimmt.
  14. Die Perfektionierung der Ästhetik im Bereich der Zahnheilkunde, inspiriert durch die Maltechnik der Re-

naissance und der Impressionisten, kann nicht zum selbstverständlichen Leistungsinhalt privater Zahntarife gehören. Auch die individuelle Schichttechnik mit Schattenzonen, Farbeffekten, Tiefenwirkungen ist eine nicht versicherbare und versicherte Leistung.

15. Wer meint, eine auf besondere Qualität gestützte Honorarforderung rechtfertigen zu können, indem er sich lediglich von einem allgemein üblichen „durchschnittlichen Versorgungsniveau“ distanziert, ohne seine Ergebnisqualität durch meßbare, objektivierbare und damit überprüfbare Kriterien zu belegen, begibt sich damit nicht nur auf rechtlich völlig ungesicherten Boden, sondern diffamiert auch die überwiegende Mehrheit der deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte, denen damit indirekt unterstellt wird, bei Honorarforderungen innerhalb des normalen GOZ-Rahmens eine fragwürdige Ergebnisqualität zu erbringen.

Denn jeder Zahnarzt muß sich bei jeder zahnärztlichen Leistung, unabhängig von der Honorargestaltung, nach den objektiven und nachprüfbareren Regeln der Zahnheilkunde richten, die dem jeweils erreichten allgemeinen Kenntnisstand entsprechen müssen. Er ist rechtlich verpflichtet, bei jeder Behandlung die ihm obliegende objektiv erforderliche Sorgfalt und damit den aktuellen Stand zahnärztlicher Wissenschaft zu kennen und zu berücksichtigen.

16. Wenn Zahnärzte zurecht gegen einzelne Bewertungen der GOZ-Leistungen Einwände erheben, so ist hierfür weder der Patient noch die private Krankenversicherung der richtige Ansprechpartner.

Auch wenn verschiedene Gebührenansätze willkürlich unterbewertet worden sind, kann der Zahnarzt dies nicht auf dem Rücken der Patienten bzw. seiner privaten Versicherung austragen. Es ist nicht zulässig, mittels des Instruments der Honorarvereinbarung für die unzureichend empfundene Gebührenbewertung den Patienten oder die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Dies würde praktisch eine Aushebelung der geltenden Gebührenordnung bedeuten. Dieser Versuch ist ja bereits mit der sog. FACH-GOZ des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte gescheitert.

17. Zu Honorarbemessungen können weder die Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen und schon gar nicht die unbewiesene Behauptung herangezogen werden, bei einer bestimmten Gruppe von Zahnärzten, die fast grundsätzlich ihre Behandlungen nur über eine Vereinbarung nach § 2 GOZ erbringen kann, handelt es sich um anerkannte Kapazitäten, die fast ausschließlich schwierige Problempatienten behandeln. Eine derartige Meinung kommt einem Ignorieren rechtsverbindlicher GOZ-Bestimmungen gleich.

Ganz abgesehen davon gilt der Grundsatz, daß die Leistungen „dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu entsprechen haben, für den Sozialversicherungsbereich uneingeschränkt in gleicher Weise.

### **Behandlungs- und Liquidationsverhalten**

Der Berufsstand darf es nicht zulassen, daß eine Gruppe von Zahnärztinnen und Zahnärzten auf Kosten der Versicherten, auf Kosten der privaten Krankenversicherungen und auf Kosten des Ansehens des gesamten Berufsstandes, ein Behandlungs- und Liquidationsverhalten praktiziert, das weder medizinisch noch rechtlich nachvollziehbar ist.

Exemplarisch hierfür ist der Vorschlag der Gesellschaft für orale Implantologie E.V. (GOI) für die Novellierung der GOZ im Bereich der Implantologie.

Was mag die Kollegen bewegen haben, den relativ einfachen Vorgang des Implantierens in eine Kaskade von sogenannten Einzelleistungen aufzusplitten, die dann auch noch unterschiedlich in sich diversifiziert werden. Das Aufblähen der implantologischen Leistungen von bislang 10 Leistungsziffern auf 26 Leistungspositionen kann nur noch mit berufspolitischer Blindheit erklärt werden.

Derartige Vorschläge gehen an der fachlichen Notwendigkeit der Neuaufnahme einiger weniger Leistungen vollkommen vorbei und führen zu einer verständlichen Abwehrhaltung des Verordnungsgebers. Es scheint sich im-

mer wieder der gleiche Vorgang zu wiederholen, der auch bereits bei dem Vorschlag der zahnärztlichen Standesvertreter für die Neufassung der GOZ vor 1988 dazu geführt hat, daß ein Vorschlag ohne Sinn und Augenmaß wenig Chancen auf Realisierung hat. Die Zahnärzteschaft gerät durch solche Novellierungsvorschläge in eine Ecke, die Implantologie sagt, aber Geld meint.

Wie soll eine private Krankenversicherung handeln, wenn

1. in sogenannten „Privatkliniken für Implantologie“ grundsätzlich alle Patienten bei implantologischen Leistungen mehrere Tage stationär zu völlig überzogenen Tagessätzen „behandelt“ werden.
2. Wenn Patienten bei einer völlig unkomplizierten Entfernung von 2 bis 3 Zähnen mehrere Tage in sogenannten Privat-Kliniken stationär nachbehandelt werden.
3. Wenn implantologische Leistungen grundsätzlich nur unter Vollnarkose durchgeführt werden.
4. Wenn implantologische Leistungen ohne Suprakonstruktion im Ober- und Unterkiefer ein Honorarvolumen von nahezu DM 100.000,- erreichen.
5. Wenn umfangreiche implantologische Leistungen ohne ausreichende Aufklärung des Patienten durchgeführt werden, ohne z.B. im zahnlosen Oberkiefer überhaupt den Versuch zu unternehmen, eine funktions-tüchtige Totalprothese einzuzugliedern.

6. Wenn den Patienten von einzelnen Zahnärzten suggeriert wird, die Versorgung mit einer Totalprothese würde einen zahnärztlichen Kunstfehler darstellen, nur um implantologische Leistungen durchführen zu können.
7. Wenn die medizinische Notwendigkeit von implantologischen Leistungen ohne Rücksicht auf den Versicherungsschutz und die zu erwartenden Erstattungsleistungen durchgeführt werden.
8. Wenn Versicherte Liquidationen vorlegen, die insbesondere nach implantologisch-prothetischen Rehabilitationen mit dem ursprünglich vorgelegten Heil- und Kostenplan fast nichts mehr zu tun haben.
9. Wenn in der Liquidation 10 Implantate abgerechnet werden, im Röntgenbild sichtbar jedoch nur 5 Implantate gesetzt worden sind.
10. Wenn 10 vorhandene intakte und sekundär-kariesfreie Amalgamfüllungen entfernt werden sollen, weil ein medizinisch nicht nachvollziehbares sogenanntes „Attest“ über eine angebliche Quecksilbervergiftung vorliegt.
11. Wenn umfangreiche prothetische Arbeiten innerhalb eines halben Jahres ohne Information durch den Versicherten an die private Krankenversicherung vollständig erneuert werden.
12. Wenn umfangreiche implantologische Maßnahmen innerhalb weniger Monate wiederholt werden müssen, einschließlich der Suprakonstruktionen, ohne daß sich der Behandler die Mühe macht, dem Patienten ein offizielles Gutachten durch die zuständige Landes Zahnärztekammer zu empfehlen.
13. Wenn nach wie vor für die Durchführung von keramischen Verblendkronen ein Sonderhonorar vom Versicherten verlangt wird, weil die keramische Verblendkrone angeblich nicht in der GOZ enthalten ist.
14. Wenn fortlaufend gegen die Vorschrift des § 4 Abs. 3 GOZ verstoßen wird, der eine abschließende Regelung darstellt und klar definiert, daß die gesonderte Berechnung des Sprechstundenbedarfs als Ausnahmefall nur dann möglich ist, wenn dies im Gebührenverzeichnis der GOZ oder bei den einzelnen Gebührenpositionen ausdrücklich bestimmt ist.
15. Wenn für die Nachpräparation nach längerer Tragedauer eines Langzeitprovisoriums die Positionen 501/507 doppelt abgerechnet werden.
16. Wenn Zahnärzte grundsätzlich für alle Leistungen bei allen vorgelegten Liquidationen den Faktor 3,5 ansetzen.
17. Wenn nach § 6 Abs. 2 GOZ immer wieder Leistungen aus dem Bereich der Funktionsanalyse und der Funktionstherapie analog berechnet werden, die eindeutig aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse lange vor dem Inkrafttreten dieser Gebührenordnung entwickelt wurden.
18. Wenn umfangreiche FAL/FTL-Lei-

- stungen in der Regel abgerechnet werden, ohne die Position 800 zu erbringen.
19. Wenn eine Vielzahl von Leistungen aus dem Abschnitt „J“ (FAL/FTL) sich im Bereich der zahntechnischen Leistungen wiederholen und erneut berechnet werden.
  20. Wenn nach umfangreichen implantologischen Maßnahmen prothetisch versorgt wird, ohne eine ausreichende Einheilzeit der Implantate abzuwarten.
  21. Wenn die GOZ-Ziffern 223, 224 bzw. 505 zusätzlich zu den endgültigen Positionen (Kronen, Brückenpfeilern) berechnet werden, mit dem Argument, daß ein sogenanntes Nachpräparieren zusätzlich das Abrechnen von Teilleistungen rechtfertigt.
  22. Wenn die Gestaltung des Steigerungsfaktors ein Ausmaß annimmt, das nur noch mit Wucher zu definieren ist, z.B.  
 Faktor 40 für GOZ 810  
 Faktor 20 für GOZ 405  
 Faktor 15 für GOZ 007, 008.
  23. Wenn ein Zahnarzt für das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten statt der Position 411 pro Zahn die Positionen 900, 901, 902, 903 berechnet.
  24. Wenn ein Zahnarzt im Eigenlabor die Langzeittemperaturführung der Gußmuffel berechnet oder einen Zuschlag für die Einzeleinbettung des Gußstückes erhebt.
  25. Wenn ein zahntechnisches Labor dem Patienten die Planung der prothetischen Versorgung berechnet.
  26. Wenn bei Implantatbehandlungen neben den dafür abgerechneten Positionen aus der GOZ eine Fülle von GOÄ-Positionen berechnet werden, obwohl diese Positionen nach den Abrechnungsbestimmungen der GOÄ entweder nur als „selbständige Leistung“ berechenbar sind oder nebeneinander gar nicht berechnet werden können, z.B. die Pos. GOÄ 2442, z.B. GOÄ 2255 neben GOÄ 2253 oder GOÄ 2254.
  27. Wenn bei Implantationen im Oberkiefer mehrfach die Position GOÄ 2583 angesetzt wird, ohne daß die Implantate überhaupt einen neurolysefähigen Nerv tangieren.
  28. Wenn neben den Positionen 900, 901, 902, 903, 904 für ein Implantat im Oberkiefer zusätzlich und regelmäßig die GOÄ-Positionen 1467, 1479, 1480, 1628, 2254, 2255, 2382, 2442, 2583, 2675, 2732 angesetzt werden.
  29. Wenn die Gesamtbehandlungskosten einer Sanierung dann an die 100.000,— DM-Grenze rücken.
  30. Wenn Implantate in Intubationsnarkose eingesetzt werden, obwohl der Patient in diesem Gebiet eine derartige Behandlung abgelehnt hat.
  31. Wenn das Einbringen von Hydroxylapatit neben der Implantation von 5 Implantaten 10x mit der Pos. Ä 2442 abgerechnet wird.
  32. Wenn eine Implantatbehandlung im Ober- und Unterkiefer ohne Supra-

konstruktion den Betrag von DM 60.000,- ausmacht und der gleiche Patient mit Implantaten und prothetischer Versorgung etwa 2 Jahre zuvor von einem anderen Behandler für einen Betrag von ca. 40.000,- DM versorgt wurde. Gesamtbehandlungskosten in 2 Jahren ca. DM 130.000,-.

33. Wenn die Anwendung des Faktors 6,0 ausschließlich mit einem bestimmten Implantattyp begründet wird.
34. Wenn die GOÄ-Position (2710, 2711) „Partielle Resektion des Ober- und Unterkiefers“ bei einer völlig unkomplizierten Implantation im Oberkiefer-Frontzahnbereich abgerechnet wird.

Soll in diesen Fällen eine private Krankenversicherung alle Kosten erstat-

ten, ohne das Recht zu haben, durch einen sachverständigen Beratungszahnarzt derartige Fälle überprüfen zu können?

Soll dann der Versicherte nicht das Recht haben, die diagnostischen Unterlagen zur Vorlage bei seiner privaten Krankenversicherung vom Behandler herauszufordern?

Die privaten Krankenversicherungen haben im Interesse aller Beteiligten nicht nur das Recht, sondern auch die Verpflichtung, die Liquidationen in angemessener und qualifizierter Form zu überprüfen, da nicht jemand ernsthaft die Behauptung aufstellen kann, daß zahnärztliche Leistungen allein deshalb indiziert sind, weil sie berechnet wurden.

Dr. Gerd Ebenbeck  
Hochweg 25, 8400 Regensburg

## Qualitätssicherung: Richter rät der Zahnärzteschaft zur Entwicklung eigener Standards

Unter dem Titel: „Ärztlicher Heilauftrag und Recht“ hat Dr. Franz Joseph Pelz, Richter am Oberlandesgericht Hamm, 1991 anlässlich einer DGZMK-Tagung einen Vortrag gehalten, in dem er die Zunahme von Patienten-Prozessen gegen Ärzte und Zahnärzte und Konsequenzen für die betroffenen Mediziner untersucht. Ausführlich setzt er sich mit der Frage auseinander, worin der Anspruch des Patienten auf die „erforderliche Sorgfalt“ seines Behandlers besteht: solange keine andere Kriterien

existieren, anerkanntermaßen in dem Anspruch auf eine Behandlung entsprechend dem „Stand der medizinischen Wissenschaft“. Dies aber überfordert zwangsläufig den einzelnen Arzt und Zahnarzt. Insbesondere die Zahnheilkunde, so der Jurist, hätte dem durch die Entwicklung eigener, realistischer Qualitätsmaßstäbe vorbeugen können; seine Argumentation im einzelnen (zitiert nach einem sehr lesenswerten Beitrag in ZM Nr.3, S.30 ff):

„Die Klagen der Ärzte, vor allem der

Zahnärzte, über zu hohe Anforderungen der Gerichte oder der für Gerichte tätigen Sachverständigen an den Standard ihrer Arbeit sind auch wenig überzeugend, solange die Ärzteschaft selbst nicht energisch Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung betreibt. Auf diesem Gebiet gibt es zwar schon beachtenswerte Erfolge, etwa im Bereich der Chirurgie oder der Krankenhaushygiene, wenn ich es richtig sehe, bei den Zahnärzten aber nur Ansätze dazu. Sie wissen, daß das Gesundheitsreformgesetz insoweit zwingende Vorgaben gemacht hat. Sie als

Zahnärzte sollten dies als heilsamen Zwang ansehen. Denn die Zahnärzte selbst bestimmen den Qualitätsmaßstab ihrer Behandlung. Zwar wären Gerichte an solche Qualitätsrichtlinien rechtlich nicht gebunden; in der Praxis würden sie jedoch mit Sicherheit das Kriterium sein, an dem das Handeln des Zahnarztes gemessen würde.“

Schade, wenn nur die Angst vor dem Kadi oder dem Gesetzgeber Zahnärzte zum Nachdenken über Qualität veranlassen sollte... (ib)

## Das Dentallabor für Ihre Prothetik...

**P K C**  
DENTAL-LABOR

**P** – pünktlich im Service

**K** – korrekt in der Ausführung

**C** – circular in der Technik

GMBH & CO.  
KOMMANDITGESELLSCHAFT  
SCHEIDEWEG 65  
2900 OLDENBURG  
TEL.: 04 41 / 8 10 38  
FAX.: 04 41 / 8 10 30

# Patientenorientiert?

## „The German Study Group – welcome in Vancouver/Canada“

Ein Erfahrungsbericht

*J. Schwitalla*

Uns krankenkassengeplagten und abendländischen Ethik-Traditionen verpflichteten Zahnärzten erweitert ein Besuch in der Neuen Welt allemal den Horizont. Innovativ, patientenorientiert, hochspezialisiert und echt freiberuflich gehen die nordamerikanischen Kollegen zu Werke, wenn es ihnen vergönnt ist, Patienten mit den dazu nötigen Dollars in die Praxis zu locken. Geworben wird auch mit Preisnachlässen und Rentnerrabatt in grellen Anzeigen. Zwar werden z. B. in den USA 14% (bei uns 9%) des Brutto-Inlandprodukts für medizinische Leistungen verbraucht, dennoch sind 35 Mio. Einwohner völlig unversichert und ohne ärztliche Versorgung. Dabei schätzen Experten die Ausgaben für unnötige Behandlungen auf 140 Mrd. Dollar. Die Unternehmen haben 1991 mehr Beiträge für die Krankenversicherung abgeführt, als ihr eigener Netto-Verdienst betrug. Laserbehandlung, Cosmetic-Dentistry, Implantologie und „patientenorientierte“ Zahnmedizin kosten einen hohen Preis. Steht tatsächlich der Patient im Mittelpunkt - oder ist es der Dollar? Der nachfolgende Bericht eines Tübinger Kollegen ist natürlich gerade jetzt im Zusammenhang mit zahnärztlichen Projekten zur Privatisierung der Zahnmedizin von Interesse.

„The german study group“ ist unser Arbeitskreis von 8 Zahnärzten aus Baden-Württemberg, der sich regelmäßig zu Fortbildungsveranstaltungen und Erfahrungsaustausch trifft. Es werden sowohl Referenten in unsere Praxen geladen, oder der Arbeitskreis besucht auswärtige Kurse. Diesmal stand eine Fortbildung besonderer Art auf unserem Programm. Wir wollten vor Ort den täglichen Arbeitsablauf in den Praxen und Kliniken sowie Spezialisierung und Management der kanadischen

Kollegen kennenlernen. Zu diesem Zweck waren wir, gemeinsam oder einzeln, Gäste bei niedergelassenen Zahnärzten, Kliniken und einer Fortbildungsveranstaltung einer Canadian Study Group. Ein bereits zweimal von uns eingeladenen Referent, Dr. John Nasedkin aus Vancouver, war unser Verbindungsmann für die Organisation. Als Präsident vieler Gremien, u.a. der American Equilibration Society, hatte er die nötigen Kontakte zu niedergelassenen Zahnärzten und Kliniken, um

unseren Besuch in den Praxen zu ermöglichen. Dafür gilt ihm unser besonderer Dank. Vancouver, im Westen von Kanada am Pazifik gelegen, ist die größte Stadt der Provinz British Columbien mit 3 Mio Einwohner. Sie gilt als eine der schönsten Städte der Erde, mit dem Gebirge im Hintergrund und einer traumhaften Aussicht auf die vorgelagerte Vancouver Island. In Vancouver leben 1,4 Mio Einwohner verschiedenster Abstammung. Von den 1900 Zahnärzten in ganz British Columbien (davon sind 1600 General Practitioners) sind allein in Vancouver 900 Zahnärzte niedergelassen. Nach der Grundausbildung zum General Practitioner an der Universität kann der Zahnarzt sich sofort niederlassen oder eine Spezialisierung zum Certified Specialist anstreben. Für die einzelnen Fachgebiete wie Endo, Paro, Chirurgie, KFO, Prothetik, Kinderzahnheilkunde, Ästhetik, Oralpathologie oder Implantologie erhält der graduierte Zahnarzt nach 2-4jährigem intensiven und kostspieligen Studium eine entsprechende Lizenz. Damit ist die Weiterbildung der kanadischen Kollegen jedoch keineswegs abgeschlossen. Um ihre Lizenz zu behalten, sind alle Zahnärzte zu jährlicher Fortbildung verpflichtet. Sie müssen sogenannte „Creditpoints“ (Stunden) nachweisen: 90 Stunden innerhalb drei Jahren, die durch Teilnahme an Kursen bzw. Kongressen oder als Referent (Teacher) bei study groups erworben werden können. Allein in Vancouver gibt es 75 verschiedene

Study groups, die sich fast monatlich zu einem Fortbildungsnachmittag zusammenfinden. Wir konnten Gäste der study group „TEST“ (The Esthetic Study Team) von John Nasedkin sein. Die Gruppe umfaßt 14 Teilnehmer, die John Nasedkin für seine Lehrtätigkeit honorieren. In entsprechenden Seminarräumen mit Behandlungsstühlen wurden an vier Patienten Frontzähne präpariert, um verschiedene Keramiksysteme zu erproben. Nicht nur das fachliche Niveau hat uns beeindruckt, sondern auch die sehr nette Atmosphäre und Kollegialität innerhalb der Study Group, die durch die gemeinsamen Abendessen natürlich noch gefördert werden. Diese Verpflichtung der kanadischen Kollegen zur Fortbildung, wie auch in den Vereinigten Staaten praktiziert, wird zwangsläufig sehr ernst genommen, da durch Nichterfüllung die Gefahr des Lizenzverlustes besteht. Durch die Spezialisierung der verschiedenen Study Groups und deren Referenten ist ein durchweg hohes Niveau der Fortbildungsveranstaltungen garantiert. Dieses Fortbildungssystem hat uns beeindruckt und könnte auch für uns vorbildlich sein. Damit könnten möglicherweise die bei uns diskutierten und umstrittenen Qualitätskontrollen von seiten eines „Medizinischen Dienstes“ überflüssig werden.

## **Was uns im alltäglichen Ablauf der Praxisarbeit auffiel.**

### **1. Offensive Patientenbetreuung**

Der Patient ist König, da er Kunde ist. Er bezahlt für die Behandlung, erwartet

und erhält eine entsprechende Betreuung. Money makes the world go round - auch in Zahnarztpraxen - und wird nicht wie so oft bei uns tabuisiert. Der Patient ist in der Regel freiwillig nur zu 50 % versichert und bezahlt - sofort - cash oder mit creditcard nach der Behandlung an der Rezeption. Selbstverständlich ist jede Praxis mit Computer ausgestattet. Die

Behandlung ist nicht billig, der Katalog der Gebührenordnung ist deutlich höher als bei uns. Dazu seien einige Beispiele aus dem „Fee Guide 1991“ (Gebührenordnung) für General Practitioner und Certified Specialists in Endodontics and Periodontics genannt. Ein General Practitioner erhält zum Beispiel: (Can\$ = ca DM 1,50)

Umfassende Untersuchung		56,80 Can\$
Amalgam Füllung 3-flächig	Milchzahn	52,00 Can\$
- „ -	Prämolar	64,40 Can\$
- „ -	Molar	74,10 Can\$
Inlay 3-flächig		317,80 Can\$
		plus Labor Kosten
Wurzelkanalaufbereitung	1 Kanal	242,30 Can\$
(incl. Rö)	2 Kanäle	359,10 Can\$
- „ -	3 Kanäle	409,30 Can\$
- „ -	4 Kan. u. mehr	433,00 Can\$
Wurzelkanalfüllung	1 Kanal	88,20 Can\$
(incl. 1-fl. Füll.)	2 Kanäle	126,50 Can\$
- „ -	3 Kanäle	169,30 Can\$
- „ -	4 Kanäle und mehr	175,00 Can\$

Die Gebühren für den Certified Specialist liegen deutlich höher. So bekommt der Endodontist unterteilt nach 6 Schwierigkeitsgraden:

Wurzelkanalaufbereitung	1 Kanal	273,30–407,20 Can\$
(incl. Rö)	2 Kanäle	388,40–530,80 Can\$
- „ -	3 Kanäle	436,10–635,50 Can\$
- „ -	4 Kan. u. mehr	523,30–762,60 Can\$
Wurzelkanalfüllung	1 Kanal	97,70 Can\$
(incl. 1-fl. Füll.)	2 Kanäle	140,10 Can\$
- „ -	3 Kanäle	187,40 Can\$
- „ -	4 Kan. u. mehr	202,50 Can\$

Sonderangebote werden ausgehängt. Sind die Kosten für eine große Sanierung dem Patienten zu hoch, wird die Behandlung oft in Einzelzahnbehandlung durchgeführt. Jeder Patient wird in der Praxis willkommen aufgenommen und verwöhnt. Es gibt keine langen Wartezeiten, Personal und Zahnarzt widmen sich intensiv jedem Patienten, der bei der Behandlung - routinemäßig unter Anästhesie - mit Musik über Lautsprecher oder Videofilme abgelenkt wird. Die Konkurrenz ist groß und die Gunst des Patienten erwirbt man nur mit Einsatz: Halbjährlich werden die Patienten zu einem Recall-Termin gebeten, eine Woche zuvor schriftlich, einen Tag vor dem Termin zusätzlich telefonisch erinnert. Kommt ein neuer Patient auf Empfehlung, wird dem „Werber“ mit einem Geburtstagsglückwunsch gedankt. Zum Service gehört selbstverständlich der Trinkwasserspender im Wartezimmer sowie das feuchtheiße Handtuch nach einer langen Behandlung. In einer von uns besuchten Praxis wurde der Patient vor der zahnärztlichen Behandlung in einem Besprechungsraum empfangen. Das erste Gespräch wurde mit Video aufgezeichnet, um es später für die Behandlung des Patienten auszuwerten. In dieser Praxis wurden diese Videoaufnahmen außerdem in dort angebotenen Praxisführungskursen eingesetzt. Uns fiel auf, daß mit all diesen Patienten-orientierten Maßnahmen eine äußerst entspannte Atmosphäre sowohl für Patient wie auch Behandler ge-

schaffen werden kann. Ganz deutlich wird das in Praxen für Kinderheilkunde, wo bereits die kleinen Patienten mit allen technischen Medien à la Disneyland umworben und abgelenkt werden sollen. Zu dieser Situation tragen selbstverständlich entscheidend die zahlreichen und immer freundlichen Assistentinnen bei. „You are paid to smile“... Personalprobleme wie wir scheinen die kanadischen Kollegen nicht zu kennen. Gehälter und Arbeitsbedingungen entscheiden darüber. In dem Beruf der Zahnarzhelferin wird unterschieden zwischen einer „Chair-Assistent“ (ausschließlich Assistenz am Stuhl), der „Certified Dental Assistant“ (erweiterter Aufgabenbereich) und der „Dental Hygienist“, die ein zweijähriges Hochschulstudium absolviert.

## 2. Werbung um Patienten

„New patients welcome“ steht auf den Visitenkarten, die oft mit einem Foto des Zahnarztes versehen sind und in allen Praxen ausliegen. Zu der offensiven Werbung um Patienten gehört selbstverständlich auch, daß außergewöhnliche Behandlungsmethoden, wie beispielsweise die Behandlung mit einem Laser, in der Praxis mit Broschüren und in Anzeigen in den Zeitungen angeboten werden. Wir haben z.B. die Praxis von Dr. Ronald Porth besucht und seine Arbeitsmethode mit dem „American Dental Laser“ kennengelernt. Die Anwendungsbereiche (Behandlung empfindlicher Zahnhälse, Fissurenversiegelung, Kariesverödung bei geringen

Läsionen, Wurzelkanalbehandlung, Mundschleimhautentzündungen) sind begrenzt und die Investition sehr hoch, die Werbung daher verständlich. Die beste Werbung für den Zahnarzt sind strahlend weiße Zähne. Das Fernsehen gab es vor und die Zahnärzte für „ästhetische Zahnheilkunde“ haben es aufgegriffen. In Broschüren wird ein „whiter, brighter smile“ angeboten: Bleichen der Zähne und Rekonstruktionsvorschläge mit der „Dental Imaging Machine“. Beim Einkauf kann sich der Patient im Vorbeigehen mit der Dental Imaging Machine auf Video den Ist-Zustand festhalten und den angestrebten Wunschzustand konstruieren lassen. Auf Polaroid wird beides abgelichtet und dem Patienten mitgegeben. So motiviert, wird der Patient einen Termin für „Bleaching“ oder „Porcelain Veneering“ oder „Crowns“ oder „Bonding Systems“, mindestens aber für eine Zahnsteinbehandlung vereinbaren.

### 3. Hygiene

Bei der Behandlung steht die Hygiene an erster Stelle, Handschuhe und Mundschutz sind immer Pflicht, auch wenn der Behandler selbst keine weiße Kleidung trägt und die Krawatte selten fehlt.

### 4. Certified Specialist

Beeindruckt waren wir alle von der Arbeit der Spezialisten, insbesondere von John Frazer, Certified Specialist for Endodontics, der uns großzügig Einblick in seine Arbeit gewährte. Mit unglaublicher Präzision und Sicherheit werden

hier mit aktuellsten Methoden Wurzelkanalaufbereitung und Füllung (auch retrograd) in kürzester Zeit durchgeführt. An Röntgenbildern, direkt am Stuhl gefertigt, wird nicht gespart. Die exakte Zusammenarbeit mit der Assistentin zeugte von intensiver Schulung und höchster Professionalität. In einer eigenen Study Group gibt dieser Spezialist seine Kenntnisse und Erfahrungen an Kollegen weiter - hier wird eindrucksvoll belegt, wie Spezialisierung das allgemeine Qualitätsniveau in der Zahnärzteschaft anheben kann. Mindestens ebenso eindrucksvoll war der Besuch im Dental Department des Children's Hospital. Hier werden routinemäßig komplette Sanierungen (Überkronungen des Front- und Seitenzahnbereiches, Füllungen, Extraktionen und Versiegelungen) in Vollnarkose durchgeführt, selbstverständlich unter kompletter Kofferdamabdeckung aller Zähne, letzteres im übrigen in jeder Praxis Standard.

### 5. Ergebnis unserer Reise

Viel Anregung und Motivation vermittelte uns unsere Fortbildungsreise nach Vancouver:

- Der Patient steht im Mittelpunkt - Über Geld darf gesprochen werden - Der Patient erwartet gute Leistung, sie wird erbracht, transparent gemacht und gut honoriert
- Der Patient ist willkommen und wird umworben
- Das Fortbildungssystem ist beispielhaft

- Spezialisten arbeiten auf höchstem Niveau
- Spezialisierung hebt das allgemeine zahnärztliche Qualitätsniveau
- Eine solche Möglichkeit der Fort-

bildung können wir unseren Kollegen hier sehr empfehlen.

*Dr. Jörg Schwitalla  
Herrenberger Str. 37  
7400 Tübingen 1*

## Anti-Belag-Zahncreme: Beißt sie zurück?

Unter diesem Titel erschien im November 1991 ein Artikel in der Zeitung „Los Angeles Times“ von Denise Gellene.

Amerikanische Zahnärzte machen sechs Jahre nach Erscheinen der Anti-Belag-Zahncreme diese für unerklärliche Zahnschmerzen verantwortlich. Nicht nur die Universitäten, auch die „Food and Drug Administration“ hat die Ziele der Hersteller in Frage gestellt.

In Amerika ist diese Zahncreme der große Renner. Ungefähr ein Drittel der in den USA verkauften Zahncremes sind Anti-Belag.

Obwohl die großen Konzerne Procter & Gamble und Colgate-Palmolive ihrer Aussage nach nur wenige Reklamationen bekommen haben wollen (hot mouth sensation), hat Colgate die Formel geändert. Das verdächtige Salz ‚Pyrophosphate‘ wurde deutlich reduziert.

Eine Feldstudie in Provo, Utah, fand heraus, daß eine von 20 Personen eine Reihe von Nebeneffekten hatte: unter anderem Zahnfleischgeschwüre (gum ulcers?), und eine ungewöhnliche Empfindlichkeit gegenüber heißen und kal-

ten Getränken! Manche gaben an, daß ihre Zähne empfindlich seien, so als ob sie in eine Zitrone gebissen hätten. Sobald der Gebrauch der Anti-Belag-Zahncreme aufhörte, verschwanden auch die Erscheinungen.

Die letzte Studie (University of California, Los Angeles) erschien im Oktober 91 in einer medizinischen Zeitschrift (Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology) und bestätigt diese Befunde.

Einer der daran beteiligten Professoren meinte, daß eine Reihe von Patienten den Zahnarzt mit Problemen aufsuchten, die sie durch schlichtes Wechseln zu einer anderen Zahnpasta selbst beheben könnten.

*Dr. Jörg Junker  
Promenadeplatz 10  
8000 München 2*

### Zahnarztpraxis

in NRW-Universitätsstadt  
– alteingesessene Bestellpraxis –  
abzugeben. Angebote an:  
NAV-Wirtschaftsdienst, Axel Baumgart,  
Tel. 0221/843025, Fax. 0221/845040

## Ein Fach mit Zukunft: Gerostomatologie

H. Strippel, U. Zibelius

Angesichts der steigenden Lebenserwartung und eines allgemein höheren Mundgesundheitsbewußtseins werden sich Zahnärztinnen und Zahnärzte immer mehr mit den Behandlungsbedürfnissen betagter und hochbetagter Menschen konfrontiert sehen. Weltweit wird mittlerweile in Forschung und Ausbildung verstärkt auf diese Problematik eingegangen. Ein neues Fach hat sich herausgebildet, das auf die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung der Älteren und auch der Behinderten eingeht: Gerostomatologie. Bei einer umfassenden Studienreform, wie sie jetzt ins Auge gefaßt wird, müssen die zukünftigen Berufsanforderungen und auch die notwendigen Veränderungen der Berufswelt ausschlaggebend sein. Im Hinblick auf eine gesicherte Versorgung der älteren Bevölkerung sollte daher Gerostomatologie als Unterrichtsfach in die Approbationsordnung aufgenommen werden.

Schon jetzt läßt sich wegen der demographischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland eine Verschiebung der zahnärztlichen Behandlungstätigkeit vorhersagen. Die Lebenserwartung steigt. In wenigen Jahren werden über 40% der Deutschen älter als 50 Jahre sein. Dieser Trend wird dazu führen, daß immer mehr betagte und hochbetagte Menschen mit ihren spezifischen Problemen zahnärztliche Hilfe in Anspruch nehmen werden.

Es wird aber nicht nur mehr ältere Patienten in der Praxis geben, sondern sie werden auch eine neue Bedürfnisstruktur aufweisen. Eine Folge des Wirksamwerdens der Bemühungen um Prophylaxe und Zahnerhaltung in den westlichen Industrieländern ist, daß immer mehr Zähne bis in ein hohes Lebensalter erhalten bleiben.

### Alterszahnheilkunde: nicht mehr nur Prothetik

Dadurch wird sich das zahnärztliche Behandlungsspektrum ändern. Während in der Vergangenheit die zahnärztliche Versorgung älterer Patienten überwiegend in der Teil- und Totalprothetik angesiedelt war, wird auch dieser Bevölkerungsteil in zunehmendem Maße die ganze Palette zahnärztlicher Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen (Ettinger et al. 1990). Die „New elderly“ werden komplizierte restaurative und parodontologische Bedürfnisse aufweisen und die gleiche qualitativ hochwertige Zahnmedizin erwarten, die sie über viele Jahre ihres Lebens kennengelernt haben (Lloyd und Shay 1989, Netzle 1989). Die Zahnärzteschaft muß sich also darauf einstellen, daß in Zukunft ein Großteil der älteren Patienten

zur *zahnerhaltenden* Behandlung und nicht mehr zur teil- oder totalprothetischen Versorgung in die Praxen kommen wird (BDZ 1991). Ein Hinweis darauf ist auch, daß in den USA 1983 nur 25% der über 65jährigen einmal jährlich die Zahnarztpraxis besuchten; 1986 waren es bereits 41% (Dugoni 1991).

Auf dem prothetischen Sektor wird die Nachfrage nach anspruchsvoller und hochwertiger oraler Rehabilitation zunehmen, weil das Zahngesundheitsbewußtsein und auch die ästhetischen Ansprüche zugenommen haben.

Auf jeden Fall wird Alterszahnheilkunde oder besser gesagt Gerostomatologie<sup>1</sup> in Zukunft einen immer größeren Rahmen in der praktisch-zahnärztlichen Tätigkeit einnehmen (Kamann 1990).

### **Mundgesundheit im Alter**

Auch bei älteren Menschen kommt dem „oralen Wohlbefinden“ großer Stellenwert zu, denn die intakte Mundregion ermöglicht Kommunikation und gustatorisches Empfinden und liefert über ihre ästhetische Funktion einen wesentlichen Teil des gesunden Selbstwertgefühls, das wiederum unabdingbare Voraussetzung für ungestörte soziale Interaktion ist.

### **Epidemiologisches Niemandsland**

Über diese globalen Feststellungen hinaus liegen allerdings hierzulande nur wenige Erkenntnisse über Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungswünsche der älteren Bevölkerung vor. Pilotcharakter hat daher die multi-

disziplinäre „Berliner Altersstudie“, bei der auch ein zahnmedizinisches Interview und eine Untersuchung an 70-105jährigen durchgeführt werden. Erste Ergebnisse der für die Großstadtbevölkerung repräsentativen Untersuchung belegen einen relativ hohen Versorgungsgrad mit Totalprothesen bei den 52% Zahnlosen, wobei allerdings nach gängigen zahnärztlichen Kriterien 45% der Oberkiefer- und 55% der Unterkieferprothesen erneuerungsbedürftig waren (Nitschke et al. 1992).

Studien aus dem Ausland weisen auf vielfältige zahnmedizinische Probleme der betagten Bevölkerung hin: 82% der älteren Menschen, die in London ein allgemeinmedizinisches Gesundheitszentrum besuchten, haben zahnmedizinischen Behandlungsbedarf, 67% benötigten PAR-Therapie, und 60% hatten Karies (vor allem Wurzelkaries); 18% der Prothesen wurden nicht getragen, weil sie Probleme verursachten (Diu und Gelbier 1989). Schleimhautläsionen fanden sich bei 52% der 75jährigen in

<sup>1</sup> Zur Terminologie: Die wissenschaftliche Fachgesellschaft „Arbeitskreis Gerostomatologie e.V.“ hat den Begriff „Gerostomatologie“ durch Mehrheitsentscheidung festgelegt. Verworfen wurde beispielsweise „Alterszahnheilkunde“, da sich das Arbeitsgebiet nicht auf Zähne beschränkt (die im Alter möglicherweise ohnehin fehlen). Das Präfix „Gero-“ kann sowohl als Abkürzung für gerontologisch (= die Wissenschaft vom Altern betreffend) als auch für geriatrisch (= die Heilkunde im höheren Lebensalter betreffend) aufgefaßt werden. - In der Diskussion ist auch der Alternativbegriff „Alternszahnheilkunde“, der darauf hinweist, daß es um Altersprozesse und nicht um das Lebensalter geht.

Südengland, wobei Prothesenstomatitis mit 38% den Hauptanteil ausmachte (MacEntee und Scully 1988). Schweizer Altenheimbewohner und ältere Krankenhauspatienten äußerten zu 30% Kauprobleme (Wirz und Tschäppät 1989). Bei 55% der betagten Patienten, die eine Schweizer Praxis aufsuchten, war eine Neuversorgung mit Zahnersatz notwendig (Mericske und Mericske 1989).

### **Besonderheiten der Behandlung des älteren Menschen**

Die moderne Zahnheilkunde bietet auch dem betagten Patienten die ganze Palette konservierender, endodontischer, parodontaler, chirurgischer und prothetischer Therapiemöglichkeiten. Allerdings sind die Rahmenbedingungen beim älteren Patienten häufig gekennzeichnet durch Multimorbidität und Multimedikation, geringere Mobilität und somatische, psychische und psychosomatische Einschränkungen und Beschwerden. Die orofazialen Strukturen machen degenerative Veränderungen durch. Häufig muß auf einen defizitären Zustand des stomatognathen Systems und einer eingeschränkten Mundhygiene aufgebaut werden.

*Insgesamt erschweren die Begleitumstände die zahnärztliche Behandlung.* Es wird daher erforderlich, ein spezielles Verständnis für die Besonderheiten der Gerostomatologie zu entwickeln und spezielle Techniken einzusetzen.

### **Was ist Gerostomatologie?**

Geriatrische Zahnmedizin definiert sich nicht einfach als eine Zahnheil-

kunde beispielsweise für die „über 65jährigen“. Es kommt weniger auf das chronologische, eher auf das biologische Alter an (Marxkors 1991). Gerostomatologie befaßt sich also mit Patienten, die von den charakteristischen physiologischen und den häufiger auftretenden pathologischen Begleiterscheinungen des Alterns betroffen sind. Auch ein jüngerer Mensch kann alterstypische Attribute aufweisen; beispielsweise wenn er einen Schlaganfall erlitten hat.

Daher zählt die gesamte Behandlung von Erwachsenen mit chronischen, behindernden, körperlichen oder seelischen Erkrankungen, mit medikamentöser Therapie und mit psychosozialen Problemen zum Aufgabengebiet der Gerostomatologie (Yellowitz und Saunders 1989). Die Grenzen zwischen der Behandlung von älteren Menschen, Behinderten, chronisch Kranken und Heimsassen sind also fließend; und alle Teilbereiche werden in der Gerostomatologie angesprochen.

### **Gerostomatologie in der Zahnarztausbildung gefordert**

Zahnärztliche Institutionen und Verbände haben die zunehmende Bedeutung der Gerostomatologie erkannt. In den 80er Jahren wurden in Großbritannien bzw. den USA und in Dänemark themenspezifische Zeitschriften herausgegeben („Gerodontology“, ab 1981 – momentan vorübergehend eingestellt-, und „Gerodontics“ ab 1985). 1984 wurde die „International Association of Gerodontology“ und später das „Euro-

pean College of Gerodontology“ gegründet. Die FDI befaßt sich seit 1987 in drei Arbeitsgruppen mit der Behandlung von älteren und behinderten Menschen.

Hierzulande liegt neben dem älteren (prothetischen) Lehrbuch von Körber (1978) jetzt die deutsche Übersetzung eines skandinavischen gerostomatologischen Lehrbuches vor (Holm-Pedersen und Löe 1992). Gerostomatologische Forschungsprojekte laufen an den ZMK-Kliniken Berlin-Nord und -Ost, Erfurt, Gießen, Göttingen und Würzburg. 1990 wurde die erste deutschsprachige wissenschaftliche Gesellschaft, der „Arbeitskreis Gerostomatologie e. V.“, gegründet<sup>2</sup> (Arzt 1990a,b)

Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hat einen „AK zahnärztliche Geriatrie“ eingerichtet (Banger 1985) und Symposien durchgeführt (Kamann 1991). Die Bundeszahnärztekammer wird eine eigene Projektgruppe zu Fragen der „Geronto-Stomatologie“ aufbauen (Wagner 1992).

Von allen Beteiligten wird unisono die Einbeziehung gerontologischer Aspekte in die studentische Ausbildung und in die Fortbildung des berufstätigen Zahnarztes gefordert; denn:

**Voraussetzung für eine verbesserte Versorgung ist aber zunächst eine verbesserte gerostomatologische Aus- und Weiterbildung der zukünftigen und der bereits praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte.**

### Bestandsaufnahme: Ausbildung

Weltweit wird ein Defizit an gezieltem gerostomatologischem Unterricht gesehen (Künzel 1989). Beispielsweise betonen die Dekane japanischer Zahnmedizin fakultäten die Notwendigkeit, zukünftig das Lehrangebot auszuweiten (Takazoe 1988). In einigen europäischen Ländern allerdings werden die Studierenden bereits in unterschiedlichem Ausmaß gerostomatologisch ausgebildet (Tab. 1), und in Nordamerika ist gerade die Gerostomatologie das Fach, mit dessen Einführung ins Curriculum schon viele Fakultäten auf die neuen Berufsanforderungen reagiert haben (Boyd 1988). Wo Unterricht angeboten wird, handelt es sich meist um theoretische Unterweisungen mit einem Umfang von ein bis viereinhalb Semesterwochenstunden. Diese Ansätze werden aber nicht immer als ausreichend angesehen: Obwohl in der Schweiz sowohl Gerostomatologie als auch Kinderzahnheilkunde auf dem Lehrplan stehen, werden Maßnahmen zur verbesserten Ausbildung in diesen Bereichen gefordert (Lutz et al. 1989).

Über die Situation der Ausbildung von Studierenden in Deutschland liegen keine genauen Daten vor; aber nach den Erfahrungen der Mitglieder der Arbeitsgruppe Studienreform und des Arbeitskreises Gerostomatologie an verschie-

<sup>2</sup> mit Mitgliedern aus Praxis und Wissenschaft; weitere Informationen: 1. Vorsitzender des AKG, OA Dr. K.-P. Wefers, Z-ZMK, Schlängenzahl 14, 6300 Gießen.

denen Universitäten werden im Unterricht zwar Einzelfragen wie Wurzelkaries oder Probleme der Totalprothetik angesprochen, aber kein spezifisch gerostomatologischer Unterricht angeboten. Das Fachgebiet ist in der Approbationsordnung nicht aufgeführt.

### Unterricht in Gerostomatologie

#### Universität Aarhus:

64,5 Stunden theoretischer Unterricht im 7.-10. Semester, entspricht 4,6 Semesterwochenstunden (SWS), also in etwa einer SWS pro Semester.

#### Universität Oslo:

20 Stunden Vorlesungen (entspr. etwa 1,5 SWS)

#### Universität Göteborg:

12 Stunden Vorlesungen (entspr. etwa 1 SWS) im 9. Sem.

#### Karolinska-Institut, Stockholm:

28 Stunden im 9. Semester (= 2 SWS). zuzüglich 14 Stunden Pflegeheimbesuch (=1 SWS).

#### Universität Basel:

14 Stunden (=1 SWS) „Alters- und soziale Zahnmedizin“.

Tab. 1

### Positives Beispiel: Erfurt

Als vorbildlich kann allerdings die Ausbildung an der Medizinischen Akademie Erfurt gelten: In die Betreuung von 400 Bewohnern eines Senioren- und Pflegeheimes der Stadt werden die Studierenden des 7. und 8. Semesters

eingebunden. Sie führen innerhalb der zahnärztlichen Sprechstunde im Heim konservierende und prothetische Leistungen durch. Außerdem übernehmen die Studierenden bei jeweils zwei bis vier Patienten die oralhygienische Betreuung. Eigenverantwortlich suchen sie „ihre“ Patienten etwa alle drei Wochen auf, führen Hygienemaßnahmen durch und dokumentieren Befunde. Die regelmäßige und erfolgreiche Erledigung dieser Aufgaben ist Teil des Leistungsnachweises im Fach Prothetik. Auf diese Weise werden die Studierenden mit der zahnmedizinischen Betreuung alter Menschen vertraut, verlieren ihre Scheu im Umgang mit Gebrechlichen und Behinderten und werden zu einem einfühlsamen Umgang mit diesen Patienten erzogen (Koch und Lenz 1991; das Ausbildungsprogramm läuft weiterhin wie beschrieben ab).

### Konzept der AG Studienreform

Die AG Studienreform geht davon aus, daß Alterszahnheilkunde jetzt schon ausreichenden Stellenwert hat, um als eigener Anteil an der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde dezidiert in der Approbationsordnung (AOZ) ausgewiesen und damit in den studentischen Ausbildungsplan aufgenommen zu werden. Besonders wichtig ist dies, da mit der geplanten Reform der Approbationsordnung Weichenstellungen für die nächsten Jahrzehnte vorgenommen werden.

Die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

(VHZMK) ist der gleichen Meinung. Bezeichnend ist allerdings folgender Unterschied: Die VHZMK schlägt vor, „zahnärztliche Gerontologie“ in §40 AÖZ einzuführen. Dieser Paragraph regelt, welche Fragestellungen in allen Prüfungen des Staatsexamens berücksichtigt werden sollen (VHZMK 1991). Die Erfahrung zeigt aber, daß die in diesem Paragraphen aufgeführten Themengebiete, z. B. „Psychologie“ und „Rücksichtnahme auf wirtschaftliche Behandlungsweise“ in den Einzelprüfungen wie im Unterricht so gut wie gar nicht behandelt werden.

**Die Arbeitsgruppe Studienreform empfiehlt, eine einsemestrige Vorlesung „Gerostomatologie“ in die Approbationsordnung (AÖZ §36 Abs. 1a) einzufügen.**

Nur durch die Ausweisung einer derartigen Veranstaltung kann gewährleistet werden, daß tatsächlich Unterricht angeboten wird. Die Vorlesung sollte ein bis zwei Wochenstunden umfassen. Wichtige Voraussetzung ist die vorangegangene Vermittlung von Kenntnissen der Physiologie, Histologie, Pathologie, Innerer Medizin, Pharmakologie sowie Behandlungserfahrung der Studenten in den verschiedenen zahnärztlichen Disziplinen.

Im Reformstudienplan steht ausreichend Zeit für theoretischen und praktischen gerostomatologischen Unterricht zur Verfügung, da über ein Semester mehr klinischer Unterricht als bisher angeboten wird. Außerdem soll die La-

borarbeit der Studierenden in den klinischen Semestern eingeschränkt werden. Es würde also auch möglich sein, daß die Studierenden Patientenbehandlungen in Gerostomatologie durchführen.

**Ob auch praktischer Unterricht in Alterszahnheilkunde durch die Approbationsordnung vorgegeben werden sollte, beispielsweise durch Ausweisung eines „Kurses der zahnärztlichen Prothetik und der Gerostomatologie“, muß weiter diskutiert werden.**

### Wer soll das Fach lehren?

Gerostomatologie ist ein recht „junges“ Gebiet. Über die Fachinhalte und Aufgabenstellungen ist allgemein noch zu wenig bekannt.

Aber zweifellos werden sich Lehrkräfte an den Universitäten in die fachliche Problematik vertieft einarbeiten, wenn die Einführung der Gerostomatologie in die Approbationsordnung angekündigt und nach einer Übergangsfrist zum Tragen kommen würde.

Es ist davon auszugehen, daß im wesentlichen Lehrkräfte aus der Abteilung für Prothetik die Unterrichtsverpflichtung erfüllen werden. Dabei würde es aber dem Sinn gerostomatologischen Unterrichts zuwiderlaufen, wenn nur prothetische Inhalte vermittelt würden. Gerostomatologie ist ein „typisches Querschnittsfach“ (VHZMK 1991) mit Anteilen aus verschiedenen zahnärztlichen und ärztlichen Disziplinen, vor allem aber mit spezifischen, eigenständigen Inhalten. Interdisziplinäre Zusam-

menarbeit bietet sich daher an. Beispielsweise könnte eine zweistündige Vorlesung sinnvoll als Ringvorlesung zwischen Vertretern der Prothetik und der Zahnerhaltungskunde aufgeteilt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings ein Bewußtseinswandel beim beteiligten Personal. Bisher scheitern Ringveranstaltungen oft an der mangelnden Kooperation und der nicht eindeutig geregelten Zuständigkeit.

### „Dental Science Fiction“ aus Basel

Diese Konzeptionen der Arbeitsgruppe Studienreform stellen einen Kompromiß zwischen bestehenden Strukturen und der notwendigen Einbringung neuer Unterrichtsinhalte dar. Weitergehende, sehr sinnvolle Denkanstöße gab Professor Rateitschak, Basel (1990), wobei er traditionelle Lehrpläne und Strukturen bewußt außer Acht ließ: Eine sinnvollere Studentenausbildung könne durch die Umstrukturierung der Universitätskliniken erreicht werden, bei der vier Abteilungen „Kinder- und Präventivzahnmedizin“, „Parodontologie und rekonstruktive Zahnmedizin“, „Zahnärztliche Chirurgie und Oralpathologie“ und schließlich „Gerodontologie“ gebildet würden. Die gerostomatologische Abteilung solle dann für die konservierende, parodontologische und prothetische Behandlung der Patienten im höheren Lebensalter, für Totalprothetik unabhängig vom Alter und für die Behandlung von kranio-mandibulären Dysfunktionen zuständig sein.

### Kenntnisse und Fähigkeiten

Zunächst ist es eine Grundlage für eine verbesserte Versorgung von älteren Menschen und Behinderten, daß sich Hochschulabgänger ihrer Kenntnisse und in gewissem Maße auch ihrer Fähigkeiten in der Gerostomatologie sicher sind. Sie müssen in die Lage versetzt werden, professionell an die Betreuung älterer und behinderter Menschen heranzugehen. Professionalität bedeutet allerdings nicht eine Problemreduktion auf das rein Zahnmedizinische und eine Verdrängung der Begleitumstände.

### Einstellungen

Die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten ist daher nur ein Aspekt beim gerostomatologischen Unterricht. Ebenso wichtig ist, daß die Studierenden positive Einstellungen und Haltungen entwickeln:

1. Verständnis, Empathie
2. Fürsorglichkeit
3. Positive Grundeinstellung alten Menschen gegenüber
4. Flexibilität bei der Behandlungsplanung (Yellowitz und Saunders 1989).

Zweifelloso ist es schwierig, bereits vorgeprägte Grundeinstellungen verändern zu wollen. Wichtig dafür ist vor allem die Vorbildfunktion der klinischen Lehrer. Ihr Engagement, alten Menschen helfen zu wollen, muß spürbar sein und sich auf die Studierenden übertragen.

### Ausbildungsziele

Umfassend professionell ausgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte werden dann:

- ohne großen Aufwand eine psychosoziale Anamnese erheben und sich über Bedürfnisse, Erwartungen und Fähigkeiten des Patienten ein genaues Bild machen,
- die Auswirkungen von Alterskrankheiten und Medikamenten (Interaktionen) auf die Mundgesundheit und zahnärztliche Verrichtungen kennen und beachten,
- eine zielgerichtete zahnmedizinische Untersuchung des Patienten und der Funktionalität vorhandener Restaurationen und vorhandenen Zahnersatzes durchführen und sich dabei auf abgesicherte Kriterien stützen,
- den Behandlungsplan und die Behandlungsmethoden entsprechend modifizieren und sicherstellen, daß der Patient (oder ggf. Angehörige bzw. Betreuungspersonal) Pflegemaßnahmen durchführt, und dafür sorgen, daß regelmäßige Kontrollen stattfinden,
- bei der Behandlung die anatomischen und physiologischen Besonderheiten bei älteren Menschen beachten,
- angepaßt an die jeweilige Lebenssituation des Patienten das ganze Spektrum der technischen Möglichkeiten ausschöpfen.

### Was soll gelehrt werden?

Einen guten Einblick in den Unterrichtsstoff der Gerostomatologie bietet der Lehrplan der Universität Bern, der uns dankenswerterweise von Frau Dr. Mericske und Prof. Ingervall im Detail mitgeteilt wurde (Tab. 2).

## Inhalte der Vorlesung „Gerodontologie/ Gerontostomatologie“ an der Universität Bern

1 Semesterwochenstunde im 4. Studienjahr. Zuständig: Abt. f. Prothetik unter Hinzuziehung von Fachleuten anderer Disziplinen. 13 Themen; u. a.:

1. **Begriffsbestimmungen, demographische Entwicklungen und Epidemiologie** zahnmedizinischer Erkrankungen (Definitionen der WHO. Bevölkerungswachstum, Bevölkerungsstruktur, Situation der Schweiz, internationaler Vergleich).
2. **Sozio-ökonomische Aspekte** (sozialer und ökonomischer Status von älteren Menschen, geschichtliche Vergleiche, Krankenkassen, Pflegeaufwand, Pflege zu Hause, chronisch Kranke).
3. **Dentale Befunde/Behandlungsbedarf** (bei Heimbewohnern und selbständig lebenden Personen. Vergleich mit ausländischen Studien. Vergleich mit Behinderten- und Kinderzahnheilkunde. Fragen nach Behandlungswunsch gegenüber Behandlungsbedarf. Lebensqualität, Ansprüche und sozio-ökonomische Hintergründe).

4. **Altersvorgänge** (Biologie, Physiologie, Neurologie, Knochen, orale Mucosa, Speicheldrüsen).
5. **ZMK-Erkrankungen, Parodontitis, Karies, Dysfunktionen, Folgen des Zahnverlustes.** (z. B. Prothesenstomatitis, allergische Reaktionen, Mundtrockenheit, Schmerzen, Abrasionen, traumatische Okklusion, UK-Atrophie, Veränderungen der Physiognomie etc.).
6. **Ernährung und Eßgewohnheiten** bei älteren Menschen (eine Ernährungsberaterin ist in die Vorlesung einbezogen).
7. **Planung und Durchführung der Therapie** (Erhaltend/radikal/palliativ. Indikationen/Kontraindikationen. Risiken und Prognose. Teil- und Hybridprothetik: Hygiene und Recall; Totalprothetik: Adaptation (Replikaprothese). Implantate.
8. **Programme für Dental care bei Älteren** (Modelle aus Skandinavien etc. Standespolitische Aspekte. Zusammenarbeit mit Hilfspersonal, Institutionen und Ärzten).

Tab. 2

Eine Auswahl weiterer Inhalte, die z. B. laut BDZ (1991), Karolinska Institutet (1990), Holm-Pedersen und Løe (1992),

Universität Dublin (1990) etc. und nach Meinung der Verfasser eingeführt werden sollten, sind in Tab. 3 aufgeführt.

## Weitere Inhalte des Gerostomatologie-Unterrichts:

### Medizinische Probleme

- Multimorbidität - genaue Anamnese erforderlich,
- verschiedene Arten der Behinderung/Einschränkung und deren Berücksichtigung bei der zahnmedizinischen Behandlung,
- zahnärztliche Prävention und Therapie bei Patienten, die im Rahmen einer Krebstherapie im Kopfbereich bestrahlt werden,
- Xerostomie auslösende Medikamente und Krankheiten,

### Oralpathologie

- Schleimhautläsionen, Candidiasis,
- Früherkennung von Neoplasmen.

### Dentalsoziologie

- Risikogruppen für verschiedene Erkrankungen des ZMK-Bereiches,
- Inanspruchnahmeverhalten (ältere Menschen suchen häufig erst bei weiter fortgeschrittenen Problemen den Zahnarzt auf),

- Sozioökonomische Probleme (Behandlung zu teuer, zu aufwendig; mangelnde Unterstützung durch Angehörige).

### **Zahnärztliche Psychologie**

- Altersspezifische Veränderungen des Verhaltens und der kognitiven Leistungen,
- Abschätzung der Einstellung des Patienten gegenüber Mundpflege und Zahnverlust,
- Strategien bei Kommunikation und Verhaltensbeeinflussung (verlangsamter Lernprozeß, altersspezifisches Einstellungs- und Wertesystem, verschlechtertes Kurzzeitgedächtnis).
- Zeitplanung der Behandlung,
- Verhaltensregeln gegenüber älteren Patienten.

### **Zahnärztliche Chirurgie**

- Kontraindikationen für chirurgische Eingriffe,
- Chirurgische Behandlungsplanung (z. B. Zeitpunkt chirurgischer Eingriffe: Zahnverlust als zusätzlicher psychosozialer Stressor, Einbußen des Selbstwertgefühls).

### **Orale Strukturbiologie**

- z. B. Schleimhaut-Bindegewebe: verringerte Elastizität,
- z. B. Dentinveränderungen: Kalzifizierung der Dentinkanälchen führt zu langsamerem Fortschreiten von Karies, aber auch zu erhöhter Schmerzschwelle und daher geringen Beschwerden auch bei größeren Läsionen (Schädigung mag erst spät erkannt werden). Höhere Sprödigkeit der Zähne macht ausgedehntere Restaurationen erforderlich.

### **Zahnerhaltung und Prophylaxe**

- Wurzelkaries: Auftreten, Diagnostik, Prävention, Therapie,
- Besonderheiten und Komplikationen der endodontischen Behandlung älterer Menschen,
- Heil- und Hilfsmittel in der Gerostomatologie.

### **Prothetik: (neben vielen anderen Aspekten:)**

- Indikationsstellung für festsitzenden gegenüber herausnehmbarem Ersatz.
- Aufarbeiten alter Prothesen anstelle der Anfertigung neuer,
- Aufbauprothesen,
- Verbesserung der Hygienefähigkeit prothetischen Ersatzes; „Denture care“,
- kontinuierliche Betreuung, Recall.

### Versorgungswesen

- Gestaltung einer Behandlungseinheit in großen Altersheimen,
- zahnmedizinische Basisschulung von Pflegekräften,
- Mundpflege bei Schwerstkranken,
- Organisatorische und fachliche Fragen bei der zahnärztlichen Sprechstunde im Alters- und Pflegeheim,
- Ausrüstung für Hausbesuche.

### Praxisführung:

- Praxisplanung mit Zuschnitt auf behinderte und alte Patienten,
- Teamwork bei der Behandlung.

Tab. 3

### Soziale Dimension der Gerostomatologie

Leitbild der traditionellen, arztzentrierten Zahnmedizinerausbildung ist vor allem ein Zahnarzt, der bei seiner Arbeit technische Perfektion verwirklicht. Den Studierenden wird vermittelt, „gute“ Zahnmedizin äußere sich vor allem in Dingen wie schön geschnitzten und hochglanzpolierten Füllungen.

Besonders in der Alterszahnheilkunde greift dieser technisch-wissenschaftliche Ansatz zu kurz. Gerostomatologie ist ein Querschnittsfach mit starker sozialer - und psychologischer - Dimension.

Einem Teil der älteren Bevölkerung fällt es schwer, die Praxen aufzusuchen. Es mag dann wenig nutzen, daß ein Zahnarzt zwar in der Lage ist, qualitativ hochwertige Einzelleistungen zu erbringen, die Praxis aber nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist. Qualitativ gute Zahnmedizin heißt in diesem Fall, die Zahnheilkunde „zu den Leuten zu bringen“, das heißt, sich organisatorisch und instrumentell auf Besu-

che in Alters- und Pflegeheimen einzustellen und vor Ort Konsiliaruntersuchungen und Behandlungen durchzuführen. Das Interesse an dieser Tätigkeit ist vergleichsweise hoch: 54% der Zahnärzte, die bisher keine Senioreneinrichtungen betreuen, sind prinzipiell bereit zu dieser Tätigkeit (Nitschke '92). Die Studierenden darauf vorzubereiten, ist einer der wichtigen Inhalte des gerostomatologischen Unterrichts (pers. Mittlg. Wefers 1992).

In der Ausbildung ist es also nicht nur wichtig, den Studierenden Kenntnisse über den Mikrobereich der Versorgung - die 1:1-Beziehung zwischen Arzt und Patient, beispielsweise bei der Parodontaltherapie - zu vermitteln, sondern ebenso den Makrobereich anzusprechen: die Versorgung der gesamten älteren Bevölkerung und die Methoden, um sie zu verbessern. Den Studierenden muß klar werden, daß auf der Makroebene die *Verfügbarkeit* und die *Zugänglichkeit* der zahnmedizinischen Versorgung zwei der wichtigsten Qualitätsmerkmale darstellen (Donabedian 1980).

## Ausblick

In den USA wurde festgestellt, daß die Studierenden wegen Zeitmangels im Studium häufig nur theoretisch in die Problematik der Gerostomatologie eingeführt werden konnten. Dies reiche nicht aus, um die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten voll auszubilden. Daher wurde der praktische Unterricht unter Anleitung erfahrener Zahnärzte teilweise in eine Postgraduierten-Weiterbildung übernommen (Lloyd und Shay 1989). Diese Erfahrungen zeigen, daß es zusätzlich nötig sein wird, gerostomatologische Ausbildungsinhalte auch in die EG-weit geplante einjährige Ausbildungsphase nach der Approbation einzufügen. In ihr muß für die Alterszahnheilkunde genügend Zeit zur Verfügung stehen, damit die Ausbilder den Berufsanfängern ihre Erfahrungen und Fähigkeiten übermitteln können. *Sicherheit* im Umgang mit alten Menschen, *Vertrautheit* mit den Bedürfnissen des alten, des chronisch kranken, behinderten oder an das Bett oder den Rollstuhl gefesselten Patienten, und letztlich sicherlich *Erfolgsenergebnisse* bei der Betreuung alter Leute geben den Ausschlag für ein anhaltendes Interesse an der gerostomatologischen Tätigkeit.

Die postuniversitäre Weiterbildung muß aber auf einem soliden Fundament aufbauen können: dem Studium. Dieser Tage beginnt ein vom Gesundheitsministerium zusammengestelltes Gremium von Fachleuten unter Beteiligung der DAZ-VDZM-BSZ-Arbeitsgruppe Studienreform damit, Empfehlungen für

eine umfassende Studienreform zu entwickeln. Das Projekt „Zahnarzt 2000“ (Strippel 1992) wird also angegangen. Die DAZ-VDZM-BSZ-Arbeitsgruppe Studienreform wird in die Diskussion auch Empfehlungen für die angemessene Berücksichtigung des gesundheitspolitisch bedeutsamen Faches Gerostomatologie einbringen.

ZA Harald Strippel  
Sybelstr. 57, 3500 Kassel  
Dr. Ulrich Zibelius  
Mittelstr. 17, 4920 Lemgo

## Literatur

- Arzt, D.: Patienten werden immer älter. Zahnärztl Mitteilungen 80, 2094-2096 (1990a).
- Arzt, D.: Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V. gegründet, Der Hessische Zahnarzt, Nr. 11, 633-634 (1990b).
- Banger, E.: Ein Berufsbild ändert sich - Der „neue“ Zahnarzt. Zahnärztebl Westfalen-Lippe 6/1985.
- BDZ (Bundeszahnärztekammer): Alterszahnheilkunde. Konsequenzen für die Zukunft. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 5/91, 220-221 (1991).
- Boyd, M.A.: Curricular trends in North America. Int Dent J 38, 247-251 (1988).
- DAZ: Grundsätze und Empfehlungen. Köln '90.
- Diu, Sh.; Gelbier, S.: Oral health screening of elderly people attending a Community Care Centre. Community Dent Oral Epidemiol 17, 212-215 (1989).
- Donabedian, A.: The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Admin Press Ann Arbor, Michigan, Vol. 1, 1980.

- Dugoni, A.A.: USA - Education/practice. In: Simonsen, R.J. (Ed.): Dentistry in the 21st century: a global perspective. Chicago, 1991.
- Etinger, R.L.; McLeran-H.; Jacobsen, J.: Effect of a geriatric educational experience on graduates activities and attitudes. *J Dent Educat* 54, 273-278 (1990).
- Holm-Pedersen, P.; Løe, H. (Hrsg.): Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen. Köln, 1992.
- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (Hrsg.): Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland. Köln, 1991.
- Karolinska Institutet: Odontologiska Fakulteten. Tandläkarlinjen utbildning. Stockholm, '90/'91.
- Koch, J.; Lenz, E.: Die Alterszahnheilkunde sollte im Studium verstärkt berücksichtigt werden. *Zahnärztl Mitteilungen* 81, 1206 ('91).
- Körper, E.: Die zahnärztlich-prothetische Versorgung des älteren Menschen. München, 1978.
- Kamann, W.: Zunehmender Stellenwert der Alterszahnheilkunde in der täglichen Praxis. *Zahnärztebl Westfalen-Lippe* 5/90, 26 (1990).
- Kamann, W.: Bericht über das Symposium Alterszahnheilkunde. *Zahnärztebl Westfalen-Lippe* 4/91, 38 (1991).
- Körper, E. (Hrsg.): Die zahnärztlich-prothetische Therapie des alternden Menschen. München, 1978.
- Künzel, W.: Gerostomatologie - ein reales Problem für die Praxis oder ein Alibi für die Wissenschaft? *Zahnärztl Mitteilungen* 80, 2218-2221 (1990).
- Lloyd, P.M.; Shay, K.: Integrating geriatric dentistry into general practice residency programs. *J Dent Educat* 53, 184-188 (1989).
- Lutz, F.; Meier, Chr.; Imfeld, Th.; Gaberthüel, Th.; Lang, N.P.: *Orale Gesundheit CH 2000*. Schweiz Monatsschr Zahnmed 99, 928-935 (1989).
- MacEntee, M.I.; Scully, C.: Oral disorders and treatment implications in people over 75 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 16, 271-273 (1988).
- Marxkors, R.: *Lehrbuch der zahnärztlichen Prothetik*. München, 1991.
- Mericske-Stem, R.; Mericske, E.: *Der alte Patient in der Privatpraxis*. Schweiz Monatsschr Zahnmed 99, 1245-1252 (1989).
- Mizgalski (Gesundheitsamt Bochum): Fachbeitrag zur Tagung Gerostomatologie. Zit. n.: *Arzt* 1990a.
- Netzle, A.: *Alterszahnmedizin: Pläne und Intentionen der SSO*. Schweiz Monatsschr Zahnmed 99, 1319-1320 (1989).
- Nitschke, I.: Die zahnärztliche Betreuung in Senioreneinrichtungen. Eine Befragung niedergelassener Zahnärzte. Vortrag auf der Jahrestagung des AK Gerostomatologie, Münster, Mai 1992. *ZWR* (1992, im Druck).
- Nitschke, I.; Hopfenmüller, W.; Tschürtz, I.: Beurteilung von Totalprothesen bei betagten und hochbetagten Menschen. Posterpräsentation auf der FDI-Jahrestagung, Berlin, 1992.
- Rateitschak, K.H.: Eine Studienreform tut not! *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 100, 351-354 (1990).
- Strippel, H.: „Zahnarzt 2000“ - eine umfassende Studienreform tut not! *Zahnärztl Praxis* 43, 336-337 (1992).
- Takazoe, I.: Recent changes in the dental curriculum in Japan. *Int Dent J* 38, 252-254 (1988).
- Teichmann, M.: Der ältere Mensch in der Zahnarztpraxis. *DAZ-Forum* Nr. 35, 4/91, 355-367 (1991).
- Universität Basel: Vorlesungsverzeichnis Zahnmedizin 1991; persönl. Mittlg. Rateitschak 1991.

Universität Bern: Studienplan 1991.

University of Dublin, Trinity College, School of Dental Science and The Dublin Dental Hospital: The Dental Curriculum. Dublin, 1990.

University of Göteborg, Faculty of Odontology: Course Descriptions. Göteborg, 1990.

University of Oslo: The Dental Curriculum. Oslo, 1990.

VDZM (Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V.): Das Programm. Bonn, 1984.

VHZMK (Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde): Empfeh-

lungen der VHZMK zu Anpassungen der Approbationsordnung für Zahnärzte, 1991, S. 6.

Wagner, B.: Neue Aufgaben schaffen immer dichterem Verordnungswald. Zahnärztl Mitteilungen 82, Nr. 12, 26 (1992).

Wirz, J.; Brunner, Th.; Egloff, J.: Die zahnmedizinische Betreuung von Betagten. Schweiz Monatsschr Zahnmed 99, 1267-1272 (1989).

Yellowitz, J.; Saunders, M.L.: Altersorientierte Zahnmedizin- In: Zahngebiß und Zahnerhaltung im Alter. Dental Report 89/ III. Stuttgart, 1989.

### **Neue Infobroschüre von *blend-a-med***

Zur erfolgreichen Individualprophylaxe, Voraussetzung des lebenslangen Zahnerhalts, ist eine gute Compliance des Patienten erforderlich. Diese ist aber erst dann möglich, wenn der Proband über das nötige Wissen verfügt. Zur Vermittlung dieser Kenntnisse stehen dem Zahnarzt bzw. seinem Fachpersonal diverse Hilfsmittel zur Verfügung.

Eine wertvolle Unterstützung der schwierigen Aufgabe der zahnmedizinischen Prophylaxe können Informationsbroschüren sein. Die *blend-a-med* Forschung hat jetzt ein Heft entwickelt, das in leicht verständlicher Weise erläutert, wie Zahnfleischprobleme entstehen und wie sie verhindert werden können. Hier wird dem Patienten eindringlich dargelegt, daß eine Therapie der Parodontitiden ohne seine Mithilfe praktisch unmöglich ist. Ein wesentlicher Punkt - nämlich die Tatsache, daß der Laie nur in seltenen Fällen

den Schweregrad seiner Erkrankung selbst erkennen kann - wird entsprechend gewürdigt.

Nach dem Bewußtmachen der Tatsache, daß jeder parodontal erkrankt sein kann, ohne es zu wissen, wird das Wesen der Verbreitung der Krankheit behandelt.

Ein weiterer Abschnitt behandelt die adäquate Zahnputztechnik. Zur Vervollständigung der Aufklärung über die richtige Prophylaxe werden die verschiedenen Mundhygienehilfsmittel vorgestellt.

Zu guter Letzt wird das wichtige Thema „Ernährung“ besprochen.

Die Broschüre kann bei der *blend-a-med* Forschung kostenlos angefordert werden.

Junger deutscher Zahnarzt  
sucht kurzfristig

**Übernahmepraxis in Köln**

Chiffre DAZ 1688

## **Anhörung im BMG: Grünes Licht für echte Studienreform?**

*H. Strippel*

Einigungsvertrag und Zahnheilkundengesetz sehen vor, daß bis Ende des Jahres 1992 die Kinderzahnheilkunde mit Pflichtveranstaltung und Prüfung in die Approbationsordnung (AOZ) eingeführt werden muß. In „letzter Minute“ wurde nun dazu am 7. September 1992 im Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine Anhörung angesetzt.

Angesichts der Kürze der verbleibenden Zeit war es unmöglich, größere Veränderungen, bspw. Umgewichtungen im Studium oder eine Verbesserung der Betreuungsrelation, ins Auge zu fassen. So blieb für den Moment nur eine Minimallösung. Umgesetzt werden soll jetzt der AOZ „Anpassungsvorschlag“ der Vereinigung der ZMK-Hochschullehrer, der vorsieht, Kinderzahnheilkunde und Parodontologie in der Vorlesung Zahnerhaltungskunde zu berücksichtigen und die „Teilbereiche“ im Zahnerhaltungskunde-Examen von einem bis drei Prüfern („je nach Möglichkeit“) prüfen zu lassen.

Diskutiert wurde, ob dies mit einer Erhöhung des Curricularnormwertes einhergehen müsse, um zusätzliche Unterrichtszeit für die neuen Fachinhalte zur Verfügung zu stellen. In den neuen Bundesländern, in denen Kinderzahnheilkunde laut ehemaligem Studienplan

eigenständiges Ausbildungs- und Prüfungsfach mit 75 Unterrichtsstunden war, könnten sonst Verschlechterungen im Lehrangebot resultieren.

Generell wichtig sei, daß zukünftige Zahnärztegenerationen von der Universität das Wissen mitbrächten, daß Prophylaxe und Kinderzahnheilkunde eine hauptverantwortliche Sache seien, und daß sie in diesen Fächern umfassend ausgebildet würden. Kinderzahnheilkunde-Professor Wetzel wurde beauftragt, einen Lehrplan Kinderzahnheilkunde aufzustellen, aus dem hervorgeht, wie das künftige Unterrichtsfach als Querschnittsgebiet zu definieren ist.

Der Vorsitzende der Hochschullehrer-„Enquetekommission zur Novellierung der Approbationsordnung“, Prof. Roßbach, betonte ausdrücklich, daß über die Anpassung an den Einigungsvertrag hinaus eine größere Novellierung der Approbationsordnung überfällig sei. Prof. Schmalz, Vorsitzender der Hochschullehrervereinigung, legte daraufhin den Zeitrahmen auf zwei Jahre fest, was allgemeine Zustimmung fand; auch bei den Vertretern des Ministeriums und der zentralen Vergabestelle für Studienplätze.

Bei einer größeren Ausbildungsänderung, teilte Cand. med Bögner, Student

aus Mainz und Mitglied des Studentenverbandes BSZ, mit, wünschten die Studierenden laut einer neuen Umfrage unter Zehntsemestern an allen Universitäten die Abkoppelung der genannten Fächer von der Zahnerhaltungskunde.

Seitens der Arbeitsgruppe aus Mitgliedern des DAZ, der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und des BSZ, die im Verlauf der letzten zwei Jahre ein umfangreiches Konzept für die Reform des ZM-Studiums entwickelt hat, wurde darauf hingewiesen, daß die bisherige Stundenzahl für die Zahnerhaltungskunde zu gering sei, um weitere Fächer zu integrieren. In anderen Ländern, z.B. Norwegen und Dänemark, werde erheblich mehr Ausbildungszeit zur Verfügung gestellt. Für Kinderzahnheilkunde müsse nicht nur eine Vorlesung, sondern auch ein Kurs vorgesehen werden, da Zahnmedizin schließlich eine praktisch orientierte Disziplin sei. Bei einer umfassenden Studienreform sollten für Kinderzahnheilkunde/präventive Zahnheilkunde und Parodontologie außerdem eigenständige Prüfungen eingerichtet werden.

BDZ-Vizepräsident de Cassan machte die Zustimmung zur Kinderzahnheilkunde-Vorschaltnovelle davon abhängig, daß konkrete Schritte zu einer vom BDZ schon seit Jahren geforderten „großen“ Umstrukturierung unternommen werden.

Für den 15. Dezember 1992 setzte Ministerialdirigent Prof. Steinbach die konstituierende Sitzung einer Arbeitsgruppe zur weitergehenden Änderung der AOZ an. Dann sollen eine Definition der Ziele der Ausbildung, inhaltliche Umgewichtungen (Technik zurück, Vorsorge vor) und die Einführung neuer Fächer, bspw. der Psychologie, diskutiert werden. Als weitere Themen sind vorgesehen: die Struktur des Studiums (z.B. Auflösung von Vorklinik/Klinik, Gegenstands- und Prüfungskataloge statt vorgeschriebener Pflichtfächer) und die Prüfungen (weniger Prüfungen, geringere Prüfzeiträume). Angekündigt wurde außerdem ein neuer Anlauf zu einem Gutachten über die Ausbildungsbedingungen, das die Grundlage für die künftige Studienplatzvergabe liefern soll.

Prof. Roßbach hob hervor, daß die DAZ-VDZM-BSZ-Arbeitsgruppe Studienreform bereits vielfältige Anregungen gegeben und „mit hohem Aufwand“ ein Konzept für eine gesundheitspolitisch sinnvolle und kostenneutrale Umstrukturierung erarbeitet habe. Prof. Steinbach bewertete die Ergebnisse der Anhörung als einen „ersten halben Schritt“. Jetzt gehe es richtig los. - Hoffentlich mit mehr Bereitschaft zu Veränderungen als in den letzten Jahren!

Harald Strippel  
Students' Hostel, Philpot Street  
GB - London E1 2DP

## Vereinigung der Kinderzahnärzte Ost und West in einem gemeinsamen Verband

Am 13. und 14. November 1992 wird in Göttingen eine gemeinsame Tagung der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde stattfinden. Dabei ist vorgesehen, zur Koordinierung und Intensivierung der wichtigen Bereiche Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe einen gemeinsamen, einheitlichen Verband zu gründen. Die FORUM-Redaktion sprach aus diesem Anlaß mit Prof. Dr. W. E. Wetzel, dem Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen.

**FORUM:** Herr Professor Wetzel, es gibt ja seit der politischen Wende in Deutschland zwei Verbände für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe, und zwar die Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK und die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, in der vor allem die früheren Kinderstomatologen der DDR organisiert sind. Wäre es nicht im Hinblick auf das Dornröschendasein dieser Fachgebiete an den westdeutschen Universitäten wünschenswert und wichtig, beide Verbände enger zusammenzuschließen und zur Verbesserung der Zahngesundheit enger zusammenzuarbeiten?

**Prof. WETZEL:** Ich stimme Ihnen teilweise zu. Es ist in der Tat so, daß die deutsche Einigung im Jahre 1990 bis heute nicht zu einer gemeinsamen Repräsentation der Kinderzahnheilkunde geführt hat. Es ist auch richtig, daß die Bündelung wissenschaftlicher Aktivitäten der beiden noch bestehenden Verei-

nigungen für Kinderzahnheilkunde überfällig ist. Wenn aber von einem Dornröschenschlaf gesprochen wird, so muß ich dagegenhalten, daß es sich dann in den beiden letzten Jahren um einen sehr unruhigen Schlaf mit vielen Alpträumen gehandelt hat. Wenngleich das Bild aus Dornröschens Sicht gar nicht so schlecht ist: Die scheinbare Idylle war von einem undurchdringbaren Dornengestrüpp umgeben. Konkret: Gleich zu Beginn der politischen Wende hat der damalige Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK versucht, eine Vereinigung mit der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR anzustreben. Entsprechende Anträge erhielten in den Mitgliederversammlungen anläßlich der Jahrestagungen in Oldenburg (5.–6. September 1990) und Erfurt (22.–23. März 1991) überzeugende Mehrheiten. In der Folgezeit ergaben sich dann aber doch größere Schwierigkeiten als vorher angenommen. Eine wesentliche Ursache dafür war wohl, daß die damalige „Gesell-

schaft für Kinderstomatologie der DDR“ neben dem wissenschaftlichen auch ein standesorganisatorisches Mandat zur Wahrnehmung der Interessen der Fachzahnärzte für Kinderstomatologie innehatte. Diese Verknüpfung stieß an verschiedenen Stellen in den alten Bundesländern, so auch beim Vorstand der DGZMK, auf sicher berechnete Kritik, wenn man davon ausgeht, daß aus wissenschaftlichen Zielsetzungen generell standesrechtliche/standespolitische Erwägungen auszunehmen sind. In Kenntnis dieser gegensätzlichen Aufgabenstellungen war ich sehr froh, daß die Mitglieder der „Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR“ bereits anlässlich ihrer außerordentlichen Mitgliederversammlung am 1.12.'90 in Berlin eine neue Satzung verabschiedeten, die keinen Zweifel daran ließ, daß sich die dann neu gegründete „Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.“ nur noch ausschließlich wissenschaftlichen Zielen widmen würde. Auch fand ich den in Berlin von einer Teilnehmerin gegebenen Hinweis zutreffend, daß für die standesorganisatorischen Belange der Fachzahnärzte/Fachzahnärztinnen für Kinderstomatologie die Möglichkeit bestünde, etwa einen „Bundesverband der Fachzahnärzte für Kinderzahnheilkunde“ zu gründen. Leider sind danach aber trotzdem alle Bestrebungen zur Vereinigung zunächst ohne durchschlagenden Erfolg geblieben. So brachte eine in '91 vom Vorstand der DGZMK durchgeführte Umfrage bei unseren Mitgliedern folgendes Ergebnis: 262 stimmten

für den Erhalt der Arbeitsgemeinschaft und nur 105 waren für die Vereinigung der AG mit der „Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.“ (7x Enthaltung). Dieses Mehrheitsvotum mußte und wollte unser Vorstand dann akzeptieren. Allerdings war in der Befragung als Ergänzung der ersten Antwortmöglichkeit (Erhalt der AG) formuliert worden: „Dies schließt nicht aus, daß zu einem späteren Zeitpunkt die DGZMK den Bestrebungen zur Verselbständigung mit einem Assoziationsvertrag zustimmt, wenn die Entwicklung der Arbeitsgemeinschaft erfolgreich und den Statuten gemäß verläuft.“ Unser Vorstand hat sich deshalb in diesem Jahr nochmals an die Mitglieder gewandt und gefragt, ob sie „den vom Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe eingeschlagenen Weg zur Gründung einer ‚Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe‘ mit Assoziationsvertrag zur DGZMK bis zur nächsten Jahrestagung am 13./14.11.'92 in Göttingen“ befürworten würden. Auch diesmal ergab sich ein eindeutiges Votum: 309 Mitglieder stimmten zu und 25 sprachen sich dagegen aus (11 Enthaltungen).

**FORUM:** Also ist schon konkret an die Gründung einer neuen Gesellschaft gedacht?

**Prof. WETZEL:** Genau! Unser Vorstand wird in Göttingen den Antrag stellen, die „AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe“ in eine selbständige „Deut-

sche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde“ zu überführen. Wird dem zugestimmt, so wird der dann neu gewählte Vorstand auch die Assoziation zur DGZMK beantragen. Dies bietet dann wiederum die Gelegenheit, daß sich die bisherige „Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.“ in den neuen Bundesländern auflösen kann. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, daß dieser Weg nun voraussichtlich einvernehmlich mit der Muttergesellschaft DGZMK gegangen werden kann. Zur Zeit bereiten wir diesbezüglich den formalen Rahmen (Satzung, Geschäftsordnung der Hauptversammlung etc.) in Anlehnung an die „Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V.“ vor, die ja ebenfalls zur DGZMK assoziiert ist.

**FORUM:** Und wenn doch wieder etwas schiefgeht?

### „Herstellung system-orientierter Totalprothesen“

Die farbige, 48 Seiten starke Broschüre ist eine hervorragende Arbeitsanleitung zum Aufstellen und Einschleifen systemorientierter Totalprothesen.

Auf Basis der Biodent-APF-Methode werden hier die einzelnen Schritte mit mehr als 70 Abbildungen und erläuternden Texten aufgezeigt. Die Broschüre ist fachlich und didaktisch ausgezeichnet und auch als Hilfe für den Laboralltag gedacht. Dafür bürgen auch die beiden bekannten Autoren: Horst Gründer, Fachlehrer an der Meister-

**Prof. WETZEL:** Für diesen Fall kann ich nur Ihr Bild von Dornröschen bemühen. Es gilt jetzt das Dornengestrüpp zu durchdringen. Als Hobbybotaniker meine ich, daß unser Vorstand dafür auch die geeigneten pfleglichen Werkzeuge besitzt. Sollte dies nicht gelingen, so bin ich nicht der Richtige, um nach weiteren Jahren Dornröschens Skelett zu küssen. Kurzum, bei einem Scheitern werde ich weder für die „AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK“ noch für die bisherige „Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.“ weitere Vorstandsarbeit leisten.

Doch betrachten Sie es lieber als gutes Zeichen, daß sich für Göttingen auch der Präsident der „International Association of Paediatric Dentistry“, Herr Dr. Ben-Zur (Zürich), als Gast angesagt hat.

schule für Zahntechnik in Düsseldorf und sicher eine der herausragendsten Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Prothetik sowie Max Person, Referent für Totalprothetik an den Meisterschulen Düsseldorf, Freiburg, Hamburg, Köln, München und Stuttgart und Seminarleiter im Schulungszentrum der DeTrey Dentsply in Dreieich.

Die vierfarbige Broschüre im Format 21 x 21 cm kann gegen Einsendung einer Schutzgebühr von DM 10,— bezogen werden von:

Dentsply GmbH

Postfach 10 10 74, 6072 Dreieich.

# Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-  
erstattungsfähig!

# Zymafluor<sup>®</sup>

Wirkstoff: Natriumfluorid

Dosierungstabelle

Lebensalter	Fluoridgehalt des Trinkwassers (mg/l)		
	bis 0,3*	0,3-0,7	über 0,7
Täglich eine Tablette Zymafluor			
Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres	0,25 mg	-	-
Kinder ab dem 2. J. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	0,5 mg	0,25 mg	-
Kinder ab dem 4. J. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr	0,75 mg	0,5 mg	-
Kinder ab dem 7. J. und Erwachsene	1,0 mg	0,5 mg	-

\* in den meisten Gebieten Deutschlands liegt der Fluoridgehalt unter 0,3 mg/l. Die obere Grenze von 0,7 mg/l wird nur sehr selten erreicht. Auskunft erteilt jedes Wasserwerk.

**Zusammensetzung** Zymafluor 0,25 mg; 1 Tablette enthält 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). Zymafluor 0,5 mg; 1 Tablette enthält 1,105 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,50 mg Fluorid). Zymafluor 0,75 mg; 1 Tablette enthält 1,658 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,75 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg; 1 Tablette enthält 2,211 mg Natriumfluorid (entsprechend 1 mg Fluorid). **Indikation:** Zur Vorbeugung gegen Zahncaries. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber Natriumfluorid. **Nebenwirkungen:** Wird eine höhere als die empfohlene Dosis über einen längeren Zeitraum eingenommen, kann es zu einer fleckigen Veränderung des Zahnschmelzes kommen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen wie auch die gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid.

**Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Siehe Tabelle oben. Die Dosierung ist abhängig vom Fluoridgehalt des Trinkwassers und vom Lebensalter des Kindes. Genaue Dosierung siehe Gebrauchs- und Fachinformation. **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg; 250 Tbl. DM 9,20; 1000 Tbl. DM 23,70; Zymafluor 0,5 mg; 250 Tbl. DM 10,90; 1000 Tbl. DM 27,75; Zymafluor 1 mg; 250 Tbl. DM 14,65; 1000 Tbl. DM 35,60. Stand: 2/92

 Zyma GmbH München

# Sedas - der stille Gurgler

## Über einen zentralen Amalgamabscheider

K. Müller

*„Everything which is built to rotate permanently will stop at the most inconvenient time!“* (Edsel Murphy, Laws of mechanics)

*„Quality assurance doesn't“* (derselbe; Laws of commerce and industry)

Jeder von uns, der schon seine Mittagspause an der Absauganlage bastelnd verbracht hat, kennt die Unausweichlichkeit dieser beiden Naturgesetze. Ausgebuffte Murphianer werden mühe-los auch über die analogen Fundamentalsätze zur Erreichbarkeit von Kundendiensten referieren können.

Auf dem Boden dieses Wissens geht man mit innerlichem Ächzen an die Aufgabe heran, einen Amalgamabscheider einbauen zu lassen. Vertrauenerweckende Gehäuse und kompetente Schnittzeichnungen machen uns in den Prospekten Mut. Mechanik und Elektronik verschwistern sich zu ‚hi-tech‘ -Geräten, die uns den Glaubenssatz suggerieren: „saug's ab und vergiß es!“ Wenn nur das stille Grauen nicht wäre, das uns bei der Erinnerung an ähnliche Werbeaussagen befällt, die wir solange für wahr gehalten haben, bis... s.o.!

In dieser schwebenden Pein befand ich mich, als ein Prospekt eintraf, der so recht aus der ‚Müslī‘-Szene hätte stammen können: mein alter Freund Till

Ropers hatte wieder einmal etwas erfunden. Er kündigte Bau und Vertrieb eines Abscheiders an, bei dem sich nichts drehen sollte als diverse Absperrhähne. Schon der Name dafür hat etwas Einlullendes: SEDAS. Die doppelte Assoziation mit ‚sedieren‘ und ‚sedimentieren‘ hat der alte Fuchs natürlich gewollt - mittlerweile kann ich ihm schon beipflichten: es geht recht ruhig zu in meiner Garage, wo SEDAS am Werk ist. Was ist dann bei diesem Amalgamabscheider anders und wie gelingt es ihm, dem Verschleiß und der Korrosion möglichst eine Nase zu drehen?

### Funktionsweise

SEDAS läßt die Fracht aus Wasser und abscheidepflichtigen Schwebekörpern gemeinsam zu einer zentralen Abscheidung gelangen, die vor die Saugturbine geschaltet ist. Dort wird das ehrwürdige Gesetz der Schwerkraft zur Mitwirkung verpflichtet – das Gemisch gelangt aus der fluidischen Hektik des Rohrsystems in einen Teich der Ruhe. Dicke große Standrohre speichern die flüssig-feste Phase, während die Luft – obendrüber – in Richtung Absaugung weiterpfeift. Was schwer ist sinkt zu Boden, leichteres (Wasser) steht oben drauf. Jetzt muß nur noch Wasser und Sediment auf verschiedene Wege geschickt werden: das Wasser (jetzt befreit von seiner schäd-

lichen Fracht) in den Kanal, das Sediment in einen Sammelbehälter. Das läßt sich mit Ventilen erreichen, deren Einlässe in verschiedenen Höhen liegen. Die Höhen sind so gewählt, daß im Zweifel nicht das Amalgam in den Kanal-, sondern Wasser in den Sammelbehälter gelangt. Man braucht dann noch eine Vorrichtung, die das unerwünschte Wasser aus dem Sammelbehälter wieder in die Sedimentation zurückführt und ein Alarmgerät, das sich rührt, wenn soviel Sediment unten liegen sollte, daß es doch in den Kanal gelangen kann. Das wäre alles!

Eine Zentrifuge tut auch nichts anderes - sie sortiert Medien mit verschiedenem spezifischem Gewicht und führt sie auf getrennten Wegen ab. Deshalb haben wir nur selten Wachs auf der Honigsemmel. Sie erledigt ihre Aufgabe schnell und braucht wenig Platz. SEDAS braucht viel länger und damit er während der Arbeit nicht überläuft, muß er groß sein. Neben dem Behandlungsstuhl hat er keinen Platz, im Behandlungszimmer wohl nur in den seltensten Fällen, denn er kommt auf einer vier Quadratmeter großen Grundplatte, die an der Wand befestigt wird. Mit einer Bautiefe von 0,5m, inklusive einer eventuellen – nicht mitgelieferten – Verkleidung ist er dann zufrieden. Im Klartext: SEDAS ist am besten im Keller oder einem geeigneten Nebenraum aufgehoben. Dieser Raum muß ein Abflußrohr- und natürlich auch noch Platz für die Absauganlage haben.

Von Till Ropers höre ich heute, daß

das Nachfolgemodell SEDAS IV nur noch 1m x 1,80m x 0,15m groß ist. Dafür ist es aus Edelstahl. Die elektronische Warnanlage wird aller Voraussicht nach auch entfallen, weil SEDAS, ohne Wirkungseinbuße, 30 Kilo Amalgamreste wegstecken kann. Ein schlaues weiteres Ventil erspart auch noch den täglichen Ablassvorgang. Damit wäre man dem ‚Saug‘'s ab und vergißes‘ schon ein beträchtliches Stück näher.

### Bedienung

SEDAS ist einfach zu bedienen. Einmal täglich vor Arbeitsbeginn (bei mir alle zwei bis drei Tage) muß das gereinigte Wasser abgelassen werden, indem man einen Hahn auf- und zumacht. Einmal in der Woche (oder seltener) läßt man das Sediment durch Öffnen eines anderen Hahnes ab und läßt das Wasser zurücksaugen, das noch mitgelaufen ist. Einmal im Jahr wird der Sedimentbehälter gegen einen leeren ausgetauscht, ein Entsorgungsvertrag mit einem zugelassenen Unternehmen ist vorgeschrieben (Till Ropers empfiehlt die bundesweit agierende Firma ‚Medentex‘, deren Sammelbehälter zu SEDAS passen.).

Die verschiedenen Wartungsvorgänge müssen in einem Betriebsbuch (oh Amtsschimmel!!) dokumentiert werden. Nicht zutreffend ist, daß dieses Buch einmal jährlich beim Pförtner des Bundesumweltministeriums abgestempelt werden muß.

### Fazit

Wer komplizierter Mechanik mißtraut, wer das Glück hat, über eine zentrale

Absauganlage zu verfügen und wer Platz für das wenig zierliche Gerät hat, sollte ernsthaft über die Unterschiede zwischen Sedimentation und Zentrifuge nachdenken. Meine Erfahrungen entsprechen meinen Erwartungen.

### Testurteil:

- Funktion: sehr zufrieden. (Testdauer: 3 Monate.)
- Dokumentation: Dürftig in der Form, ausreichend im Inhalt
- Installation: vom örtlichen Sanitärinstallateur durchführbar. Depots müssen nur bemüht werden, wenn

schon die Technik der Absauganlage den Installateur überfordert.

Dr. Kai Müller

Hauptstraße 26, 8031 Seefeld

### Adressen:

Dental-Geräte-Technik

Dr. Till Ropers GmbH

Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

T.: 04142-4377 FAX: 04142-2059

### MEDENTEX

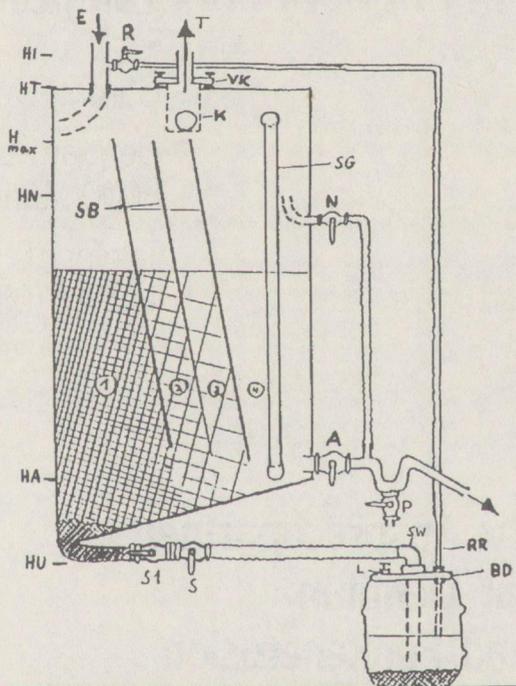
Praxisentsorgung GmbH

Buschkampstr. 176, 4800 Bielefeld 12

T.: 0521-40062-63 FAX: 0521-401716

- E Einlaufrohr
- T Trockenluftausgang zum Vakuumzeuger
- R Rücksaugventil
- S Sedimentablaßventil
- S1 Sedimentablaßventil (Reserve)
- N Notablaßventil
- A Abflußventil
- P Probeentnahmeventil
- BD Betriebsdeckel
- RR Rücksaugrohr
- SR Sedimentrohr
- L Be-/Entlüftungsschraube
- SW Sedimentwinkelrohr
- VK Verschlussklappe (Griffloch)
- K Korb mit Ventilball
- SG Schauglas
- SB Stegblech

HI	Installationshöhe	180 cm
HT	Tankdeckenhöhe	170 cm
Hmax.	maximale Arbeitshöhe	155 cm
HN	Notablaßhöhe	140 cm
HA	Abflußhöhe	70 cm
HU	Unterkantenhöhe	40 cm



Dental-Geräte Dr. Till Ropers GmbH

**Kostendämpfung** leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg

**Corona Dental**

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental GmbH

Berg-am-Laim-Straße 64  
8000 München 80

Telefon (089) 4 31 30 08/09

Telefax (089) 4 31 27 79

**Ihr Ansprechpartner  
für Dentitan  
und Funkenerosion  
Der Technik der Zukunft**

**SAE**

## Ein Jahr Erfahrung mit fluoridiertem Speisesalz: Neue Möglichkeit der Kariesvorbeugung stößt auf großes Interesse

Zahnschäden sollten von vornherein vermieden werden, statt sich jahrelang über die Kosten für deren Beseitigung auseinanderzusetzen. Damit könnte ein wesentlicher Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen erzielt werden. Dies forderte der Sprecher des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ), Dr. Hanns-W. Hey, München, auf einer Pressekonferenz in Hamburg, bei der Zahnprophylaxe-Experten über Möglichkeiten und Wirksamkeit der Kariesvorbeugung mit fluoridiertem Speisesalz informierten.

Besserungen seien nach Hey bei den Bemühungen zur Vermeidung von Zahn-erkrankungen nicht in Sicht: Die notwendige Hochschulreform lasse auf sich warten, die zahllosen Initiativen für intensive Zahnpflege und Reduzierung des Zuckerkonsums zeigten nur bei einem kleinen Bevölkerungsanteil Erfolg. Deshalb habe sich der DAZ auf die „systemische Massenprophylaxe“ mit fluoridiertem Speisesalz als einfachste und effektivste Maßnahme konzentriert.

Auf Betreiben des DAZ wurde vor etwa einem Jahr vom Bundesgesundheitsministerium der Vertrieb eines fluoridierten und jodierten Speisesalzes in Deutschland genehmigt. Weil das aus

Frankreich importierte Salz jedoch nicht die optimale Jodmenge enthält, hat der DAZ vor einigen Monaten beim Bundesgesundheitsministerium die Genehmigung auch zur Herstellung eines solchen Kombinationssalzes beantragt. Hey: „Damit ist zu hoffen, daß nach Genehmigung dieses Antrags dieses Salz zum Regelsalz in den meisten Haushalten wird und damit ein wesentlicher Beitrag zur Reduzierung der Karies und gleichzeitig zur Verbesserung der Jodversorgung geleistet wird“. Die Nachfrage nach diesem Salz, die bereits jetzt sehr gut ist, dürfte bei einem größeren Angebot im nächsten Jahr somit weiter zunehmen.

Auf die noch immer unzulänglichen Ergebnisse der Vorsorge in Deutschland im Vergleich mit verschiedenen europäischen Ländern verwies auch Prof. Joachim Klimek von der Abteilung Zahnerhaltungskunde und Präventive Zahnheilkunde der Universität Gießen. So wurde bei den 13- bis 14-Jährigen nach einer epidemiologischen Studie von 1989 5,2 erkrankte, fehlende und gefüllte (DMFT) Zähne festgestellt. Die WHO hat als Zielsetzung für das Jahr 2000 für die Altersgruppe der 12jährigen einen DMFT-Wert von unter 3 gefordert. Mit

einem errechneten DMFT-Wert von 4,1 sind wir von diesem Ziel noch weit entfernt. Die Daten der letzten Jahre ließen sogar eine starke Polarisierung des Kariesvorkommens erkennen: Einer Vielzahl von Personen mit verhältnismäßig geringem Kariesbefall stehe eine kleine Gruppe mit extrem hohem Kariesbefall gegenüber. Offensichtlich bedürfe also diese Risikogruppe besonderer Betreuung. Klimek bemängelte, daß erst 6 Bundesländer Rahmenvereinbarungen für Gruppenprophylaxe der Kinder bis zu 12 Jahren, die vom Gesundheitsreformgesetz 1989 festgelegt wurden, erarbeitet hätten. So werde beispielsweise nur die Hälfte der Kindergartenkinder entsprechend betreut. Auch die für die 12- bis 20-Jährigen vorgegebene Individualprophylaxe habe sich nicht verbessert. Ernüchterndes Fazit der Untersuchungen: „Mit einem deutlichen Rückgang des Kariesbefalls bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der beschriebenen Maßnahmen kann in den nächsten Jahren nicht gerechnet werden“.

Prof. Gisela Hetzer von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V., Dresden, empfahl auf der gleichen Veranstaltung, Fluoride nicht nur über das Speisesalz zuzuführen, sondern die innerliche Basisprophylaxe durch altersgerechte äußerliche Anwendungsformen wie Zahnpasta, Gelee, Spüllösung oder Lack wirkungsvoll zu ergänzen. Während der Schwangerschaft bringe zusätzliches Fluorid keinen Nutzen für das

Kind. Im 1. und 2. Lebensjahr sei die kombinierte Karies- und Rachitisprophylaxe über Vitamin D/Fluoridtabletten üblich, im 3. Lebensjahr sollten sich die Eltern dann für eine Weiterführung der Tablettengabe *oder* für fluoridiertes Speisesalz entscheiden. Besonders bei Schulkindern und Jugendlichen sei das Salz einfacher als tägliche Tabletten, zudem profitiere die ganze Familie vom Fluoridsalz.

Die guten Ergebnisse, die mit diesem Salz bei der Kariesprophylaxe erzielt werden können, wurden von Prof. Thomas Marthaler vom Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich für die Schweiz bestätigt. Dort verwenden heute etwa 75 Prozent der Verbraucher fluoridiertes und zugleich jodiertes Speisesalz. 1989 hatten bereits 70 Prozent der 5-Jährigen ein kariesfreies Gebiß. Der starke Kariesrückgang ist u.a. auch auf konsequente kariesvorbeugende Maßnahmen in den Schulen und auf die Verwendung von Fluoridzahnpasten zurückzuführen.

Über die Erfahrungen mit der Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz im öffentlichen Gesundheitsdienst berichtete Dr. Erika Reihlen am Beispiel der Stadt Berlin. Zwar konnte mit Hilfe des vom DAZ erstellten Informationsmaterials, durch Schulungen von Prophylaxehelferinnen und durch gezielte Ansprache von Gesundheitsämtern und Lehrerschaft das fluoridierte Speisesalz bekanntgemacht werden. Frau Reihlen kritisierte jedoch, daß das

Salz trotzdem noch zu wenig bekannt und auch zu teuer sei.

Da die kariesvorbeugende Wirkung der Fluoride unbestritten und im kommenden Jahr mit einem größeren Angebot an fluoridiertem und jodiertem Speisesalz aus deutscher Herstellung zu rechnen ist, appelliert der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde noch einmal an

die Öffentlichkeit, an die Zahnärzte und an die Institutionen im Gesundheitswesen und der Ernährungsberatung, diese wichtige Vorsorgemaßnahme nach besten Kräften zu unterstützen und Patienten und Verbraucher auf diese Möglichkeit der Kariesprophylaxe aufmerksam zu machen.

IfK

## Termine

27.-29.11.1992 **Bundeshauptversammlung  
des NAV-Virchowbundes in Köln**

Kontakt: 0221/973005-0  
(parallel: DAZ-Vorstandssitzung)

28.11.1992 **DAZ-Ratssitzung in Köln**

beim NAV-Wirtschaftsdienst,  
Sedanstraße 13-17, 5000 Köln, Tel. 0221/973550.  
Beginn der Ratssitzung 15 Uhr, vorher nach Absprache  
Redaktions- und Arbeitsgruppensitzungen oder Teilnahme  
an den in unmittelbarer Nähe stattfindenden NAV-Virchow-  
bund-Veranstaltungen möglich.  
Infos über Tel. 0221/973005-45 oder Fax: 7391239

9.1.1993 **DAZ-Vorstandssitzung in Köln**

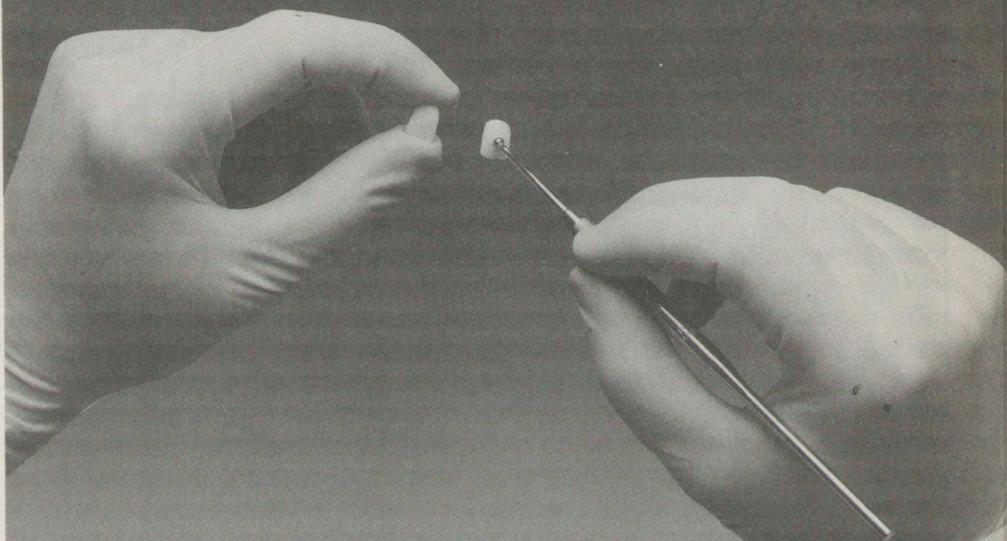
beim NAV-Wirtschaftsdienst  
Offen für alle Ratsmitglieder und interessierte Mitglieder  
nach Absprache. Beginn der Ratssitzung 15 Uhr.  
Vorher 9 Uhr DAZ-Strukturkommission sowie nach Bedarf  
Redaktions- und Arbeitsgruppensitzungen.  
Infos über Tel. 0221/973005-45 oder Fax: 7391239

26.-28.11.1993 **Bundeshauptversammlung  
des NAV-Virchowbundes in Köln**

# ACCU-PLACER™

Die einfachsten Lösungen sind oft die besten.

Hu-Friedy ACCU-PLACER: Zum akkuraten Placieren, dort wo Ihren Fingern Grenzen gesetzt sind.



Hu-Friedy hat zum Placieren eines Inlays, Onlays oder Veneers eine einfache aber geniale Lösung gefunden: Den ACCU-PLACER, der exaktes Placieren bei optimaler Sicht ermöglicht.



Das Ende des ACCU-PLACER-Instrumentes auf einen adhäsiven ACCU-dot™ (Klebekissen) drücken.

Mit dem doppelseitigen Klebekissen das Veneer, Inlay oder Onlay aufnehmen. Das aufgenommene Teil akkurat placieren und es mit leichtem Druck halten während es aushärtet.

Das ACCU-PLACER-Instrument ist sterilisierbar. Der universale Winkel des Instrumentes erlaubt einen einfachen Zugang und gute Übersicht auch im posterioren Bereich.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Hu-Friedy-Depot.

Hu-Friedy  
Mfg. Co., Inc.  
Zweigniederlassung  
Deutschland  
Postfach 1380,  
D-W-6906 Leimen  
Tel. 0 62 24 - 97 00-0  
Fax 0 62 24 - 97 00-97  
oder 97 00-98



**Hu-Friedy**

# Tag der Zahngesundheit

## Anlaß zum Rückblick

G. Rojas

Auch in diesem Jahr war der 25. September ein Tag, an dem vielfältige öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen die Bevölkerung auf die Bedeutung einer gesunden Mundregion aufmerksam machen wollten. So wie auf Bundesebene sich nahezu 30 Organisationen zusammengefunden haben, wurden auf Länderebene auch vielfältige Aktionen geplant und durchgeführt.

Im Land Brandenburg nutzten 36 zahnärztliche Dienste diesen Tag, um auf ganz unterschiedliche Art und Weise Kinder bis zum 12. Lebensjahr, Eltern, Lehrer und Erzieher anzusprechen.

Gemeinsame Aktionen wie die des Gesundheitsamtes Brandenburg gab es vielerorts. Die beiden zahnärztlichen Teams, das Lehrerkollegium einer Grundschule, Krankenkassen, Verbraucherzentrale und eine niedergelassene Zahnärztin bereiteten ein Fest rund um den Zahn vor. Es war der Auftakt für das tägliche Zähneputzen und wöchentliche Bürsten mit Elmexgelee der Erstklässler in dieser Schule.

Ein Malwettbewerb zur Ausgestaltung der Schule fand schon im Vorfeld statt und ein Theaterstück, das im Mund von Klaus spielte, wurde für die Eröffnung einstudiert. Das obligatorische Zähne-

putzen mit einem neuen Zahnputzset, speziell zum Tag der Zahngesundheit, sowie eine Schulfrühstücksaktion der AOK für das Land Brandenburg und der Verbraucherzentrale waren die zentralen Veranstaltungen an diesem Vormittag, begleitet von einem Wissenstest und dem Puppenspiel der Prinzessin Zuckerschnecke. Es wurde gemalt, geknetet, Poster und Collagen angefertigt und für Bewegung war an einer Wurfwand gesorgt. Bei Schneewittchen und den 7 Zahnputz-Zwergen konnte man ausruhen. Es war im ganzen Schulhaus eine Menge los.

Presse, Funk und Fernsehen waren live dabei und als Überraschungsgast konnte Frau Minister Dr. R. Hildebrand begrüßt werden. Sie zeigte sich beeindruckt von dem Engagement der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die wesentlich dazu beigetragen haben, daß im Land Brandenburg prophylaktische Betreuung in den Kindergärten und Schulen nicht zum Erliegen kam.

Gegenwärtig werden 80 Prozent der Kindergärten im Land einmal jährlich prophylaktisch betreut und die entsprechenden Befunde werden erhoben und dokumentiert. In den Grundschulen sieht es regional recht unterschiedlich aus.

Die aus fachlicher Sicht erforderliche Remotivation läßt sich bei dem gegenwärtigen Personalbestand kaum realisieren. Prophylaxefachkräfte sollten hier zum Einsatz kommen und es wird der zu gründenden LAG obliegen, hierfür Mittel und Wege zu finden.

Unter Nutzung der erforderlichen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern wurde die Basis für eine kontinuierliche Gruppenprophylaxe geschaffen.

Ohne die Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg, die die erforderlichen Sachmittel finanzieren, wäre diese Arbeit nicht möglich.

Neben 165.000 Zahnbürsten, 120.000 Zahnputzbeuteln, 56.000 Tuben Zahnpasta, internen und externen Fluoridierungsmitteln wurden alle zahnärztlichen Dienste mit den ebenso erforderlichen pädagogisch-didaktischen

Materialien, Motivationsmitteln, Anschauungsmaterialien, Demonstrationsgebissen mit Bürsten, Kindergebiß- und Wechselgebißmodellen ausgestattet. Jedes Team erhielt somit zahlreiche Anregungen für die tägliche Arbeit. Fortbildungsveranstaltungen dienen neben der Wissenvermittlung, dem Erfahrungsaustausch und der Koordinierung der Aktivitäten und sind ebenso Bestandteil einer erfolgreichen Gruppenprophylaxe.

Eine Intensivierung der Arbeit sollte von der zu gründenden LAG zur Verhütung von Zahnerkrankungen ausgehen und entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip die Mitwirkung der niedergelassenen Zahnärzte in den 5 Kreisen, in denen es keinen zahnärztlichen Dienst gibt, ermöglichen.

*Dr. Gudrun Rojas*

*Gesundheitsamt Zahnärztlicher Dienst  
Neuendorferer Straße 900  
1800 Brandenburg*

Suche nach jahrelanger  
Einzelpraxistätigkeit

**Sozietät in einer prophylaxe- und  
fortbildungsorientierten Praxis**

im Raum Hannover. Chiffre DAZ 3333

Suche Kollegen/innen  
zur Gründung einer

**DAZ-Studiengruppe in Hannover.**

Bitte melden Sie sich bei Frau Schraad,  
Tel. 0511/748848

Zahnarzt (28 J.), Examen 7/92,  
sucht ab September 1992

**Vorbereitungsstelle**

im Raum Köln/Bonn. Chiffre DAZ 1111

Freundlicher westdeutscher Zahnarzt  
(25 J.), Examen 8/91, seit 6 Monaten in  
ungekündigter Stellung tätig, sucht

**Vorbereitungsstelle**

in ganzheitlich orientierter Praxis.  
Chiffre DAZ 2222

# Oralprophylaxe ab der Geburt

Zum zweitenmal traf sich die Aktionsgemeinschaft „Oralprophylaxe ab der Geburt“ Münchner Zahn- und Kinderärzte, die unter Federführung des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München in Wahrnehmung seiner Aufgaben als Mitglied der LAGZ (Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit) vom DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde) und NAV-Virchowbund (Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands) ins Leben gerufen wurde.

Die Teilnehmer begrüßten den von den Koalitionsfraktionen CDU/CSU und FDP sowie der SPD-Opposition am 4.10.1992 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes gefaßten Beschluß, wonach die Krankenkassen zukünftig 170 Millionen DM mehr für Kariesprophylaxe ausgeben sollen.

Die Aktionsgemeinschaft wies darauf hin, daß eine Kariesprophylaxe bereits in frühester Kindheit (in den ersten 3 bis 4 Lebensjahren) einsetzen müsse. Voraussetzung dazu seien enge Kontakte zwischen Zahnärzten und Ärzten, die Kleinkinder betreuen. Die Aktionsgemeinschaft appelliert deshalb an die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, auch im Rahmen der Kindervorsorge Finanzmittel für gemeinsame Maßnahmen zur Verfügung zu stellen.

Im Mittelpunkt des Abends stand das Referat „Kariesprophylaxe — Was kann

der Kinderarzt dazu tun — unter besonderer Berücksichtigung der Fluoride“, in dem Prof. Bergmann vom Bundesgesundheitsamt Berlin eine profunde, epidemiologische Übersicht gab. Für die weitere Arbeit beabsichtigt die Aktionsgemeinschaft für die Landeshauptstadt München ein engmaschiges Konsiliar-Verhältnis zwischen Kinderärzten und Zahnärzten zu schaffen, um die Effizienz der Vorsorgemaßnahmen zu erhöhen und möglichst frühe Kontakte der Kinder zu Zahnärzten herzustellen. Nur wenn es gelingt, Ängste vor der zahnärztlichen Behandlung, die von Eltern allzu oft auch auf die Kinder übertragen werden, abzubauen, wird wirksame Kariesprophylaxe erzielt werden können.

Rückfragen an:

Dr. Armin Maurer, Tel. (089) 8111428

## **Schmerz kann den Zahnarzt teuer zu stehen kommen - ein Gerichtsurteil**

*Wie der Kölner Stadtanzeiger am 23.7.1992 berichtete, kann es einem Zahnarzt, der seinem Patienten bei einer falschen Behandlung „überflüssige Schmerzen“ zumutet, durchaus passieren, daß er zu Schmerzensgeldzahlungen verdonnert wird. Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Zweibrücken (Az.: 5 U 12/91) muß eine Zahnärztin 10.000 DM zahlen, weil sie von Parodontose gelockerte Zähne überkronte.*

*Uns bereitet Zahntechnik Freude...*



Frank Ramisch

*...das bekommen auch Sie zu spüren*

*Alles spricht von  
- Qualität -  
wir fertigen sie!*

**R + R ZAHNTECHNIK GMBH**

TRADTSTRASSE 10 · 8499 ATZENZELL · TELEFON (099 74) 15 15

Keramik · Frästechnik · KfO · Edelmetall · Prothetik · Stahl

—Auro—Galva—Crown

AGC

## Für Prophylaxe-bewußte Verbraucher: Das Plak-Control Center im Badezimmer

Zu Recht wird im Rahmen der Gesundheitsaufklärung - nicht zuletzt jetzt auch wieder beim Tag der Zahngesundheit am 25.9.1992 - auf das regelmäßige Zähneputzen als ganz entscheidendes Element der individuellen Prophylaxe hingewiesen. Um das Putzen, das erfahrungsgemäß beim Durchschnittsbürger trotz aller zahnärztlichen Empfehlungen in Sekundenschnelle abgehandelt wird (wenn überhaupt), zu erleichtern bzw. um es effektiver und attraktiver zu machen, wetteifern verschiedene Firmen miteinander in der Entwicklung elektrischer Zahnpfleegeräte. Im Zuge steigenden Interesses an individualprophylaktischer Beratung wird hier der Zahnarzt sicher immer häufiger um Produktempfehlungen gebeten werden.

Die Firma Braun, Kronberg, z.B. hat Mitte des Jahres eine neue Zahnpflege-Kombination auf den Markt gebracht: mit dem vielversprechenden Namen *Plak Control Center*. Das kombinierte Zahnbürst- und Munddusch-System weist nach Angaben der Hersteller einige aus zahnmedizinischer und technischer Sicht zu begrüßende Eigenschaften auf:

- einen oszillierend-rotierenden runden Bürstenkopf, der im 70-Grad-Winkel 2.800 Mal pro Minute hin und zurückrotiert. Diese Frequenz und die Rotationstechnik sollen eine optimale Reinigungswirkung und die Schonung des Zahnfleisches miteinander verbinden

- eine weitgehend schwingungsfreie Kraftübertragung auf den Bürstenkopf, wobei die Antriebsteile aus einem neuen, besonders abriebfesten Werkstoff entwickelt wurden
- günstige Reinigungseigenschaften sowohl für Zahnzwischenräume als auch die Zahnflächen durch 27 kreisförmig und schalenförmig abgestuft angebrachte Multituft-Borstenbüschel, die Borstenenden natürlich sorgfältig abgerundet
- eine Munddusche mit einem speziellen Pumpsystem, das den Wechsel der Strahlstärke während des Putzens (z.B. zum gezielten Entfernen von Speiseresten aus Zahnzwischenräumen) erlaubt und dank eines ausgeklügelten Ventilsystems gut zu reinigen ist.

Überhaupt ist das Gerät im Hinblick auf hygienische Nutzung und Aufbewahrung konzipiert und für den Gebrauch in der Familie mit mehreren verschiedenfarbigen Bürsten und Düsen ausgestattet.

Eines kann einem allerdings alle Technik nicht abnehmen: daß man sich diszipliniert, möglichst nach jeder Mahlzeit, dazu aufrufen muß, das Gerät zu benutzen, um in den Genuß seiner Prophylaxe-fördernden Wirkung zu kommen.

Der DAZ wird in einer der nächsten FORUM-Ausgaben verschiedene Zahnreinigungsgeräte miteinander verglichen. (ib)

## Aktion Helferinnentausch - wer macht mit?

Bei der Mai-Tagung des DAZ in Chemnitz wurde die Situation der in den neuen Bundesländern entstehenden Zahnarzt-Praxen diskutiert und der Vorschlag gemacht, durch Hospitationen von Ost-Mitarbeiterinnen in West-Praxen schneller die derzeit noch vorhandenen Wissens- und Erfahrungsdefizite in Bezug auf Abrechnungsmodalitäten, Materialien und Methoden zu überwinden. Damit sich auf beiden Seiten solche Hospitationen besser in die Arbeitsabläufe integrieren lassen, empfiehlt sich ein gleichzeitiger Austausch von Helferinnen - wahrscheinlich für alle Beteiligten eine interessante Erfahrung. Aus einigen Praxen kamen bereits Nachfragen; wir könnten aber noch mehr Tauschpartner gebrauchen.

Interessenten sollten sich wenden an die DAZ-Geschäftsstelle in Köln,  
Tel. 0221/973005-45. (ib)

### Alleingesessene Zahnarztpraxis

mit Immobilie in Bergischer Stadt  
kurzfristig abzugeben.  
Chiffre DAZ 1275

**Kollegial, kritisch  
konstruktiv, kompetent**

Darum:



# Innovativ...

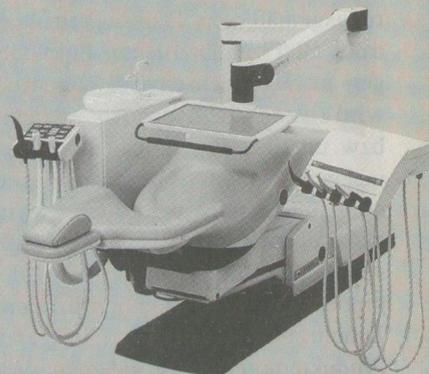
unsere neueste Technik.

# Zeitgemäß...

im Einklang mit modernem Design.

# Individuell...

da wir den Arbeitsplatz nach Ihren  
Wünschen ausstatten...  
werden Sie von unserem Angebot  
begeistert sein.



Ultradent Arbeitsplatz U 1300

# ULTRADENT

Coupon

Bitte schicken Sie mir  
die komplette Prospektmappe

Name

Telefon

Straße

PLZ/Ort

**Ultradent, Kutzner & Ostner**

Stahlgruberring 26, D-8000 München 82  
Tel. 089/420992-0, Fax 089/420992-50

## Leserbriefe

### Droht uns die Strafanzeige wegen Körperverletzung? Ergänzung zu meinem Artikel in forum 37/92

In den Zahnärztlichen Mitteilungen Nr. 19 vom 1. 10.1992 ist auf Seite 36 ein Artikel mit der Überschrift „Amalgame – Nebenwirkungen und Bewertung der Toxizität“ zu finden. Eingeleitet wird der Artikel mit einer großen Abbildung und der Bildunterschrift: „Eine Amalgamfüllung, wie sie sein sollte“, und der eilige Leser (wie ich) wird sich angesichts der dargestellten fehlenden Ausarbeitung und der großen Lunken sagen: „so lieber nicht“, wird den Artikel schnell durchblättern und zum Ende in der Zusammenfassung Beruhigendes finden:

„Zusammenfassend ist festzustellen, daß derzeit bei Beachtung aller Vorichtsmaßnahmen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, die den Verdacht eines unvertretbaren gesundheitlichen Risikos durch Amalgamfüllungen begründen“ ... Dieses Statement kennen wir ja zur Genüge ...

Und weiter geht es mit der Generalamnestie: „In keinem Land der Welt — weder in Schweden, in Japan oder Rußland — unterliegt Amalgam aufgrund von gesundheitlich unvertretbaren Risiken einem Verbot durch eine Gesundheitsbehörde.

Der — wie gesagt — eilige Leser wird sich selbstbestätigt zufrieden zurücklehnen und weiter in dem (uninteressanten) Heft blättern. Ich hab's dann doch gelesen und neben neueren wissenschaftlichen Daten auf Seite 38 einen sehr bemerkenswerten Absatz gefunden:

„In dieser Formulierung schließt der Anwendungsbereich zahnärztlicher Amalgame Füllungen im Frontzahnbereich, Glatflächenbereich (Seitenzahngebiet) und im Wurzelkanal aus.“ (Man beachte die Wortwahl: *schließt aus*)

Und weiter heißt es zu kautragenden Flächen:

„Die Anwendung alternativer Füllwerkstoffe muß (*muß*) im Patienten-/ Zahnarztgespräch geklärt werden.“

Nun hatte ich gerade eine Patientin, bei der Zahn 46 mo versorgt werden mußte und die Indikation Amalgam war in einem kurzen Gespräch abgeklärt. Nun hatte der Zahn vestibulär noch einen kleinen Defekt, den ich gleich mit versorgt habe. Frage an das BGA: Komme ich jetzt in's Gefängnis?

Aber, Spaß beiseite, hier besteht ein dringender Regelungsbedarf mit einer definitiven Lösung seitens unserer Standesvertretungen. Herrn Daunderer und den sich auf ihn berufenden Beratungsstellen werden vom BGA jedenfalls gute Argumente angeboten, um die von mir im forum 37 zitierten Verfahren einzuleiten.

Dr. U. Happ  
Spadenteich 1  
2000 Hamburg 1

## Liebe DAZ'ler, liebe Freunde,

vor einem Jahr ist die Idee eines gemeinsamen Skiurlaubs mit Fortbildung entstanden. Durch Einschalten einer Kongreßreisen-Agentur ist diese Idee leider für diesen Winter undurchführbar geworden.

Also werden wir diesen Skiurlaub für den folgenden Winter (1993/94) in Eigenregie organisieren. Dazu brauchen wir in erster Linie Ihre Rückmeldung, — um die Zahl der Teilnehmer abzuschätzen und die Urlaubswoche festlegen zu können.

Unser Angebot: am Rand eines der schönsten und besterschlossenen Skigebiete der Alpen — des Kitzbüheler Skigebietes in Tirol — liegt das Ferienhotel Pass Thurn (1270 m ü.d.M.). Vor wenigen Jahren renoviert, bietet es sehr viel Komfort mit Sauna, Fitness, gutem Essen und einem gepflegten Ambiente (über dessen rustikal-edlen Stil man sicher streiten, den man aber zumindest noch ertragen kann).

Drei unterschiedlich große Konferenzräume und ein sehr kooperativer Hotelbesitzer gaben für uns den Ausschlag. Direkt vor dem Hotel finden Sie Liftanschluß zum gesamten Kitzbüheler Skigebiet mit 67 Liftanlagen, hält der Skibus, beginnt die schönste Loipe des Gebiets und bieten sich viele Wanderstrecken an.

Pass Thurn ist 20 km südlich von Kitzbühel am Weg zum Felbertauern-

tunnel gelegen, also 160 km von München entfernt.

Unsere Zeitvorschläge:

Wir können bis Dezember 1992 wählen zwischen 22.01.1994 bis 29.01.1994 und 12.03.1994 bis 19.03.1994

Unsere Preise: Diese stehen zwar noch nicht genau fest, werden jedoch bei etwas unter 100,- DM pro Person/Tag bei Halbpension im Doppelzimmer liegen (EZ ca. 100,- DM). Es können auch Appartements für 4 Personen im Hotel gebucht werden. Preise auf Anfrage.

Unser zahnärztliches Zubehör: ist noch völlig offen! Angestrebt sind Beiträge der Teilnehmer. Außerdem bitten wir um Vorschläge für Referenten. Genaues folgt noch. Im Vordergrund werden aber stehen: DAZ-Geselligkeit plus Wintersport plus Erholung.

Teilen Sie uns bitte vor dem 06.12.1992 Ihr Interesse mit, die Personenzahl, sowie die bevorzugte Woche. Vermerken Sie bitte auch, ob eine der beiden Wochen für Sie unmöglich wahrzunehmen ist. Sie erhalten dann weitere Informationen.

Anmeldungen, Anfragen und Organisation:

Dr. Armin Maurer  
Wöhlerstraße 20  
8000 München 60  
Tel. (089) 8111428  
Fax: 8117768

## Prophylaxehelferin - eine Qualifikationsmöglichkeit mit Zukunft

Auf Einladung des DAZ und der Abteilung für Zahnerhaltung, Zahnklinik Nord der Freien Universität, kamen am 19.9.1992 in Berlin Zahnmediziner und Interessenten aus anderen Gesundheitsberufen zusammen, um sich über die Möglichkeiten der Individualprophylaxe und speziell das Ausbildungsangebot des in der FU angesiedelten „Intensivseminars für organisierte Individualprophylaxe“ der Zahnärztekammer Berlin zu informieren. Diese Fortbildungseinrichtung vermittelt in berufsbegleitendem Unterricht, ergänzt durch mehrere Wochenblocks, Zahnärzthelferinnen das nötige Rüstzeug, um selbständig wesentliche Anteile der individualprophylaktischen Behandlung von Patienten durchzuführen. Schon ein Blick auf Curriculum und Ausstattung der Ausbildungsplätze zeigt für jeden, der es noch nicht wissen sollte: Individualprophylaxe ist inzwischen ein ausdifferenziertes Teilgebiet zahnmedizinischer Arbeit und besteht aus weitaus mehr als nur aus ein paar Putz-Appellen.

Der DAZ wird ab FORUM 40 die auf der o.g. Veranstaltung gehaltenen Vorträge und weitere Informationen zur Ausbildung von Prophylaxehelferinnen veröffentlichen. Wer schon vorab mehr über das Berliner Institut wissen möchte, kann sich wenden an das

Intensivseminar für organisierte Individualprophylaxe, Föhrrer Str. 15, W-1000 Berlin 65, Tel. 030/4535096/7

## JETZT NEU AUF VIDEO

### Nachschärfen und Aufschleifen von Parodontalinstrumenten



#### Autoren

Prof. Dr. D.E. Lange, Münster  
Rudolf Hegen, Kösching

18 Min. DM 250,- plus MWST

#### Videovertrieb:

HEGEN-DENTAL-TECHNIK

Lentinger Straße 25

8073 Kösching

Telefon: 08456/7015

Telefax: 08456/8139





# Buchbesprechungen

## Zahnärztliche Implantate - Ein Ratgeber für Patienten

von Peter und Barbara Tesch, Hanser Verlag 1992, DM 22.-

Peter und Barbara Tetsch haben einen Ratgeber für Patienten zusammengestellt, der alle wichtigen Fragen zum implantatgestützten Zahnersatz beinhaltet und kompetent beantwortet.

Die allgemeinen Grundlagen werden für den Laien gut verständlich und doch ausreichend genau und Herstellerer-neutral vermittelt. Anschließend erleben die Leserinnen und Leser zusammen mit einer Patientin, die im zahnlosen Unterkiefer Implantate zur Fixierung ihrer Prothese erhält, den gesamten

Ablauf dieser Prozedur von der Erstuntersuchung bis zum Recall nach einem Jahr Tragedauer „life“ mit. Durch diesen stilistischen Kunstgriff wird das Gelesene spannend, man/frau fühlt mit, und wie nebenbei ist der implantologische Standard nebst Komplikationen ordentlich beschrieben.

Dieses feine, kleine, gut illustrierte Büchlein wird der implantierenden Kollegenschaft sehr nützlich zur Hand gehen und die Aufklärungsarbeit wesentlich vereinfachen.

*Dr. S. Schmidinger*

## Neue Erkenntnisse in der Umweltmedizin

### Umweltfibel und Chemikalienunverträglichkeitsstudie Zwei Literaturhinweise für Interessierte

Fragen der Toxikologie, der Belastung des menschlichen Organismus durch Umweltchemikalien gewinnen in der Medizin zunehmend an Bedeutung. Zahnärzte sollten sich hier durchaus beteiligen – schließlich erscheinen auch bei ihnen Patienten mit Beschwerden, die möglicherweise durch Stoffe aus der Umgebung, aus der Nahrung oder sogar durch zahnärztliche Werkstoffe – am meisten hat sich hier sicher das quecksilberhaltige Amalgam die Gemüter erregt – hervorgerufen werden.

Unter dem Titel „Chemical Sensitivity“ wurde Ende 1989 in den USA eine wegweisende Studie herausgebracht, die auch für hiesige Leser interessant sein dürfte. Grundlage waren die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen aus verschiedenen Fachbereichen, zusammengetragen im Auftrag des Gesundheitsministeriums des Staates New Jersey. Die beiden Autoren Nicolaus A. Ashford und Claudia S. Miller beschrieben, ausgehend von diesem Datenmaterial, in lebendiger und fesselnder Weise die Zusammenhänge und

Folgen der Chemikalienexposition auf den Menschen. Je nach Art der Substanzen, denen die untersuchten Personen ausgesetzt waren, ergaben sich zum Teil gravierende Krankheitsbilder mit Schädigungen des neurologischen, endokrinen und immunologischen Systems.

Die Studie blieb in den USA nicht ohne politische Folgen: in einigen Bundesstaaten wurden nach ihrer Veröffentlichung neue gesetzliche Regelungen zur Verringerung der Gefahren durch Umweltgifte eingeführt. Von der World Health Organization (WHO) erhielt die Arbeit eine besondere Auszeichnung, den Macedo Award.

Der Landesverband Schleswig-Holstein des NAV-Virchowbundes, zu dem einige besonders auf dem Gebiet der Umweltmedizin engagierte Mitglieder zählen, hat sich um die

Lizenz zur Herausgabe der Studie in Deutschland und um ihre Übersetzung bemüht. Schon vorher hatte er in Eigenregie eine „Umweltfibel“ herausgebracht, die inzwischen in 3. überarbeiteter Auflage erschienen ist.

Beide Bücher können von ihm bezogen werden: NAV-Virchowbund,  
Landesverband Schleswig-Holstein,  
Eutiner Str. 17–18, 2320 Plön.

Zwecks Unkostenbeteiligung wird gebeten um eine Spende von mindestens 10.– DM für die Umweltfibel und von mindestens 30.– DM für die Chemikalienunverträglichkeitsstudie an den Verein zur Förderung der Umweltmedizin der Kassenärzte Schleswig-Holstein e. V., Konto-Nr.: 000 343 753 1, BLZ 230 926 20, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Bad Segeberg

Berger/Zinke

## Teilprothesen – Planung, Therapie, Nachsorge

Battistuzzi, Käyser, Keltjens, Plasmans

242 Seiten, 163 Abbildungen mit 239 Teilabbildungen, 20 Tabellen, 6 Flußdiagramme  
Deutscher Ärzte Verlag 1992, Preis: 88.– DM

Das vorliegende Buch behandelt die Versorgung des Lückengebisses mit Teilprothesen, wobei die dauerhafte Erhaltung des natürlichen Gebisses im Vordergrund steht. Dieser Leitfaden für Indikation und schrittweise Realisierung von Modellgußprothesen richtet sich an Studenten ebenso wie an Praktiker und Techniker. Er ist systematisch, übersichtlich und leicht lesbar geschrieben. Anhand klinischer Beispiele werden Planung, detailliertes Vorgehen, technische Ausführung sowie Nachsorge dargestellt. Zahlreiche Abbildungen, Zeichnungen und Diagramme dienen zur Veranschaulichung.

Im ersten Teil des Buches werden die wissenschaftlichen Grundprinzipien der Behandlung vermittelt; das zweite Kapitel ist den therapeutischen Möglichkeiten und dem technischen Vorgehen gewidmet. Teil III schildert Standardlösungen für bestimmte Situationen, während im letzten Teil Kontrolle und Nachsorge behandelt werden.

Dieses Buch ist vor allem aufgrund der klaren und verständlichen Darstellung sowie nicht zuletzt des moderaten Preises dem Praktiker zu empfehlen.

Dr. Claudia Wohlgemuth

## Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

### Aufgaben und Ziele — Appell an die junge Generation

Die DGZMK-Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft + Zahnheilkunde“ (AGAZ) wurde anlässlich der 99. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 1973 in Hannover als Arbeitskreis für Zahnärztliche Ergonomie gegründet und 1976 anlässlich ihrer Jahrestagung in Vallerdar/Koblenz in Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft + Zahnheilkunde“ umbenannt. Sowohl die Gründung als auch die „Rangerhöhung“ dokumentieren den Willen der „Deutschen“, die Integration und Weiterentwicklung der zahnärztlichen Ergonomie in Wissenschaft und Praxis zu unterstützen.

Im Laufe der 20 Jahre ihres Bestehens hat die AGAZ zahlreiche aufgabenspezifische Untersuchungen ausgeführt und vor allem mit ihren Jahrestagungen zur Optimierung der Arbeitsbedingungen und -leistungen in der Zahnarztpraxis beigetragen.

Diese DGZMK-Arbeitsgemeinschaft begreift sich als echte Fachweltvereinigung, da neben Zahnärzten aus Klinik und Praxis auch Angehörige anderer Berufe und Bereiche innerhalb des medizinisch-technisch-sozioökonomischen Systems der zahnmedizinischen Versorgung aktiv an der AGAZ-Arbeit

beteiligt sind. Mehrmals hat die Arbeitsgemeinschaft gemeinsam mit DGZMK-Gesellschaften und anderen -Arbeitsgemeinschaften und -Arbeitskreisen getagt. Sehr eng arbeitet sie mit der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie und der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für den Infektionsschutz in der Zahnmedizin (EPICD) zusammen. AGAZ-Vorstandsmitglieder gehören den Präsidien beider europäischer Fachvereinigungen an. Ebenso sind AGAZ-Mitglieder Mitarbeiter in nationalen (AFNOR, DIN), europäischen (CEN) und internationalen (ISO) Normungsgremien im zahnmedizinischen, medizinischen und ergonomischen Bereich.

Es gehört zu den Hauptaufgaben und -zielen der AGAZ, die Aus- und Fortbildung in puncto Ergonomie (Arbeitsphysiologie-, -psychologie-, -hygiene-, -organisation und -pädagogik) und Arbeitssicherheit (Patienten-, Personal- und Umweltschutz) zu fördern. Es geht dabei nicht um eine quantitative Leistungsmaximierung, sondern um eine bestmögliche Lebens- und Arbeitsqualität. Der Begriff „Qualitätssicherung“ wird im Sinne einer Ganzheitsbetrachtung (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität) als Qualitätspflege und nicht als Qualitätskontrolle aufgefaßt.

Die DGZMK-Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ appelliert vor allem an die jüngere Zahnärztegeneration, sich über das ergonomische Gedankengut zu informieren und mit einer Mitgliedschaft unser gemeinsames Anliegen zu unterstützen, nämlich trotz aller politischen, ökonomischen und anderen Probleme

auf breiter Basis für eine optimale Praxis- und Arbeitsgestaltung zu sorgen.

Voraussetzung für die Mitarbeit ist die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Information: AGAZ-Sekretariat,  
Löhrstr. 139, 5400 Koblenz  
Telefon: 0261/34609

### **Bürgertelefon zum Gesundheits-Strukturgesetz**

Ab 1. Oktober können Bürgerinnen und Bürger ihre Fragen zum Gesundheits-Strukturgesetz 1993 telefonisch an das Bundesministerium für Gesundheit richten.

Der Anruf unter der Nummer  
**0130 / 6282**

ist kostenlos. (In den neuen Ländern - bis auf Leipzig - muß die für den Wohnort gültige Auslandsvorwahl-Kennzahl 00, 000, 06 oder 0006 vorgewählt werden.)

„Falschmeldungen und Angstkampagnen haben viele Bürger verunsichert. Wir wollen für Klarstellung sorgen und sachlich darüber informieren, was sich in Zukunft ändert. Die höhere Selbstbeteiligung von 3,2 Mrd. DM ist für die Versicherten eine bittere Pille. Durch Nichthandeln wäre die Belastung für die Versicherten aber wesentlich schlimmer geworden. Von den eingesparten 11,4 Mrd. DM hätten sie die Hälfte mit ihren Beiträgen zur Krankenversicherung bezahlen müssen,“ unterstreicht Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer.

*Das Bürgertelefon wird zunächst bis zum 31.12.1992 eingerichtet. Es ist thematisch auf das Gesundheits-Strukturgesetz beschränkt. Auf Wunsch kann außerdem jeder Interessierte Informationsmaterial zum Gesundheits-Strukturgesetz zugeschickt bekommen.*

### **Zahnärztliche(r) Ausbildungsassistent(in)**

gesucht für Praxis in Aachen bzw.  
Herzogenrath.  
Anfragen per Tel. oder Fax.  
unter 02406/2289.



*Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:*

**15.12.1992**

# Sirius - ein außergewöhnliches Projekt in Rumänien

Ausgelöst durch die erschütternden Berichte in den Medien und durch eigene Anschauung der elenden Situation rumänischer Heimkinder, insbesondere des katastrophalen Zustands der Zähne, wurde Ende 1990 in Osnabrück der Verein Sirius e.V. gegründet. Als Ausgangspunkt wurde der Raum Cluj (Klausenburg) gewählt, da sich dort in 18 Behindertenheimen ca. 4000 Kinder aufhalten, die bisher nicht zahnmedizinisch versorgt wurden.

Frau Dr. Mindra Badea, rumänische Zahnärztin aus Cluj berichtet: „Aufgrund der allgemeinen desolaten medizinischen Versorgung, der einseitigen Ernährung in den Heimen - viele Kinder haben noch nie eine feste Nahrung zu sich genommen - und der nicht vorhandenen Mundhygiene und zahnmedizinischen Prophylaxe, erlebe ich immer wieder, daß die Zähne der Kinder folgende Zustände aufweisen:

generelle kariöse Zerstörungen, multiple Abszesse und in fast allen Fällen Gingivitiden aufgrund generalisierter Plaquebildung. Häufige akute Schmerzzustände werden vom Heimpersonal mit lokaler Applikation von Seife behandelt. Selbst bei der Vorstellung der Heimkinder in einer Zahnpoliklinik werden diese Kinder in der Regel abgewiesen,

da die vorhandenen staatlichen zahnärztlichen Kapazitäten massiv überlastet sind.

Ziel der Vereinsarbeit von Sirius e.V. ist es, durch den Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit und der Einrichtung einer stationären Praxis, in der auch die Möglichkeit einer Behandlung unter Narkose gegeben ist, für diese Kinder eine zahnmedizinische Versorgung sicherzustellen.

Die Arbeit von Sirius kurz dargestellt:

- aufklärende Öffentlichkeitsarbeit
- Genehmigung des Sirius-Projekts durch die rumänische Botschaft
- Gewinnung von Mitarbeitern vor Ort
- Anschaffung eines Transporters mit kompletter zahnärztlicher Ausstattung für den mobilen Einsatz
- Bereitstellung von zahnmedizinischem Material durch eine Dentalfirma und verschiedene Zahnärzte
- zur Zeit werden von Frau Dr. Badea wöchentlich 20 – 30 Kinder in ihrer eigenen Praxis behandelt
- Identifikation des Behandlungsbedarfs in den einzelnen Institutionen unter Mitarbeit von Zahnmedizinstudenten der Universität Cluj
- Schmerzbehandlung vor Ort
- Planung und Durchführung eines konservierenden und chirurgischen

- Therapieprogramms
- Professionelle Zahnreinigung durch instruiertes Hilfspersonal in dreimonatigem Rhythmus
  - Speisesalzfluoridierung der Heimnahrung
- Was möchte Sirius von Ihnen: - Bitte übernehmen Sie eine Patenschaft für

rumänische Zahnärzte und HELFERINEN - DM 200,— pro Monat/Person - Erwerb von Bausteinen a DM 500,— der stationären Praxis (Investitionsbedarf ca. DM 25.000) - Geldspenden zur Sicherung der laufenden Betriebskosten bezüglich des zahnmedizinischen Materials.

## Kontaktadressen:

Inge Weber-Kasel  
Im Dütetal 2,  
W - 4500 Osnabrück  
Tel: 0541-597440  
Fax: 0541-597440

Dr. Thomas Veigel  
Landhausstr. 49  
W - 7290 Freudenstadt  
Tel: 07441-4162  
Fax: 07441-85185

Spendenkonto: Stadtparkasse Osnabrück, BLZ 265 500 01 Konto 16 766

Gemeinnützigkeit ist anerkannt  
Überweisungen sind steuerlich absetzbar  
Spendenbescheinigungen werden ausgestellt

## Ist Küssen gut für die Zähne?

*Küssen ist nicht nur gut fürs Wohlgefühl, sondern auch für die Zähne. Zu dieser Ansicht kamen amerikanische Zahnmediziner der Akademie für Zahnheilkunde in Chicago. Sie stellten fest, daß Küssen die Speichelbildung anregt. Die im Speichel enthaltenen Mineralstoffe, Kalzium und Phosphor, werden im Schmelz eingelagert und tragen so zum Schutz der Zähne bei.*

*Auf der anderen Seite findet natürlich beim Küssen ein intensiver Austausch von Bakterien statt. Einige neuere*

*Forschungsarbeiten befassen sich mit der Übertragung von Erregern der Eltern auf Kinder. Vieles deutet darauf hin, daß Kinder in den ersten Lebensjahren, während derer ihre eigene Abwehr noch wenig entwickelt ist, die elterlichen Keime übernehmen und entsprechend günstige oder ungünstige Bedingungen für Kariesentstehung erwerben. Im späteren Leben stattfindende Mund-zu-Mund Kontakte bergen ein vergleichsweise geringeres Infektionsrisiko. Also Küssen erst nach der Kindheit? Das darf mit Sicherheit nicht die Konsequenz sein. (ib)*

Kompetent behandeln

Risiken richtig einschätzen

M. R. Marcotte

### Segmentierte Bogentechnik in der Praxis

Leitfaden für eine rationale  
Kieferorthopädie

Deutsche Übersetzung J. Freudenthaler

1992, 167 S., 234 Abb. in 523 Einzel-  
darstellungen, geb.,

DM 148,- ISBN 3-7691-4046-X

neu

P. Holm-Pedersen /H. Loe (Hrsg.)

### Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen

Deutsche Übersetzung H. Landt

1992, 397 S., 170 Abb., 27 Tab., geb.,  
DM 168,- ISBN 3-7691-4048-6

neu

Das Buch gibt eine breite Basis notwen-  
digen Wissens zur Behandlung dieser Gruppe.  
Es behandelt biologische Aspekte des  
Alterungsvorganges, Altersveränderungen  
im Kausystem, psychologische, physiolo-  
gische und pathologische Aspekte und  
bietet dem Arzt instrumentelle wie psycho-  
logische Hilfestellung.

D. Greenspan/J. S. Greenspan/  
J. J. Pindborg/M. Schiødt

### AIDS – Orale Manifestationen und Infektionsschutz

Vorwort P. A. Reichart

Deutsche Übersetzung A. Schmidt-Westhausen

1992, 204 S., 111 meist farb. Abb., 52 Tab., geb.,  
DM 148,- ISBN 3-7691-4037-0

neu

P. Battistuzzi/A. F. Käyser/  
H. Keltjens/P. J. Plasmans

### Teilprothesen

Planung, Therapie, Nachsorge

Deutsche Übersetzung  
B.A. de Jonge und M. Köslér

1991, 242 S., 163 Abb. in 329 Teilabb., 20 Tab.,  
6 Flußdiagramme, brosch.,

DM 88,- ISBN 3-7691-4041-9

### Amalgam – Pro und Contra

Gutachten – Referate –  
Statements – Diskussion

IDZ Materialienreihe Band 1

Dokumentation des Instituts der Deutschen  
Zahnärzte (IDZ) im Zusammenwirken mit der  
Arzneimittelkommission Zahnärzte BDZ/KZBV

Wiss. Bearb. und Kommentierung von G. Knolle

3. erweiterte Auflage 1992, 366 S.,  
zahlreiche Abbildungen und Tabellen, brosch.

DM 68,- ISBN 3-7691-7830-0

neue  
Auflage

J. W. Little/D. A. Falace

### Zahnärztliche Behandlung von Risikopatienten

Deutsche Übersetzung  
F. Mühlenbein und H. Linker

1991, 446 S., 167 Abb. in 197 Teilabb.,

59 Übersichten, 210 Tab., geb.,

DM 188,- ISBN 3-7691-4030-3

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten

(204a)

 **Deutscher  
Ärzte-Verlag**

Postfach 40 02 65  
5000 Köln 40  
Tel. (02234) 7011-316

# DAZ forum

die Zeitschrift von Zahnärzten für Zahnärzte  
Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im Verband  
der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund  
ist der zweitgrößte zahnärztliche Berufsverband in Deutschland.  
Das DAZ forum ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

## Impressum

- **Redaktion:**  
Irmgard Berger, Dr. Hanns-W. Hey,  
Silke Lange, Dr. Knut Krützmann,  
Dr. Rainer Küchlin,
- **Zuständig für Annoncen:**  
Dr. Wolfgang Lell  
Hermann-Geib-Str. 59a  
8400 Regensburg
- **Anschrift der Redaktion:**  
Redaktion DAZ forum,  
NAV-Virchowbund-DAZ  
Belfortstr. 9, 5000 Köln 1  
Tel.: 0221/973 005-45 Fax: 0221/7 391 239
- Für eine **Anzeige** im DAZ forum senden Sie bitte eine Druckvorlage im DIN A5 oder DIN A4 Format an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Das DAZ forum erscheint viermal jährlich. Auflage 2.400 Stück
- Für eine **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- Das DAZ forum wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ forum, soweit die Auflagenhöhe dies zuläßt.
- **Inseratpreise:**  
Ganze Seite DIN A 5: DM 500.-  
Halbe Seite: DM 300.-
- Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.
- Beilagen im DAZ forum sind nur nach Rücksprache mit der Redaktion möglich.
- Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ forum sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.
- **Satz:**  
● GASSENHUBER desktop publishing  
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung kann aber nicht zugesichert werden.
- **Druck:** Arnold, Kötztlingerstr. 10,  
8400 Regensburg

---

## Der DAZ stellt sich vor



Deutscher  
Arbeitskreis für  
Zahnheilkunde

### Berufsverband

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

### Kooperation mit dem NAV-Virchowbund

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund, um so gemeinsame gesundheits- und berufspolitische Positionen effektiver vertreten zu können und die fachliche Zusammenarbeit zwischen Human- und Zahnmedizin zu verstärken.

### Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Diskussion aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen wird der offene kollegiale Gedankenaustausch gepflegt. Außerdem besteht die Möglichkeit zum gegenseitigen Kennenlernen.

### Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift „forum“ mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das monatliche Informationsblatt „Kontakte“ heraus.

### Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern – z. T. in Kooperation mit dem NAV-Virchowbund – Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen
- Gruppenverträge für Krankenversicherungen
- Hilfestellungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Begutachtungen
- Beratung zur Assistentenausbildung
- Beratung bei Praxisneugründung.

### Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen,
- die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.

### Qualität

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

- eine vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung der KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KVZen.

### **Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe**

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Zulassung eines deutschen Fluoridkochsalzes

### **Delegation**

Die zahnärztlichen Assistenzberufe können mehr leisten, als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung der Kompetenzen bei:

Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenz

### **Zahnärztliche Ausbildung**

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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



Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8, O-9072 Chemnitz  
DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, ZÄ Maren Hauschildt, Kiefernweg 25, 2114 Hollenstedt-Appel  
DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. J. Krämer, Hauptstr. 215, 7809 Denzlingen  
DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. T. Murphy, Max-Brauer-Allee 126, 2000 Hamburg 50  
DAZ-Studiengruppe Oberpfalz, Dr. K. Plecher, Auf der Schanze 1, 8490 Cham  
DAZ-Studiengruppe Oldenburg, R. Tödtmann, Oldenburger Str. 291, 2902 Rastede  
DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60  
DAZ-Studiengruppe Schleswig-Holstein, ZA Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43, 2306 Schönberg

oder an Irmgard Berger

Referat Zahnmedizin im NAV-Virchowbund-DAZ

Belfortstraße 9, 5000 Köln 1

Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Presseferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 8000 München 70

Tel.: 089 / 7 250 246, Fax 089 / 7 250 107

- Ich bin Mitglied im DAZ und möchte wissen, wieviel ich mit dem  
CENTRAL-GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG sparen kann.  
Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Datum Ehefrau \_\_\_\_\_

Zahl der Kinder \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den  
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Tel. / Fax \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Stud./ cand. med. dent.          | 12,- DM  |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, alte Bundesländer         | 360,- DM |
| <input type="checkbox"/> angest. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 180,- DM |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, neue Bundesländer         | 180,- DM |

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9  
5000 Köln 1

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9  
5000 Köln 1