

**Nr. 43**

12. Jahrgang  
4. Quartal 1993

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

**DAZ**

**FORUM**

**Verraten und verkauft**

**Perspektiven  
sozialdemokratischer  
Gesundheitspolitik für  
die neunziger Jahre**

**Gruppenprophylaxe:  
Jetzt die Weichen  
richtig stellen!**

**Osseointegration V  
in München**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

**DAZ-Jahreshauptversammlung  
Mit neuer Motivation  
zu neuen Aktivitäten**



# 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**

Dental-  
Depot  
Hermann

**FÄGER**

Sup-Dent  
GmbH

*Für Münchner  
Unternehmen mit  
Tradition!*

## Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

- ✿ im Materialverbrauch
- ✿ im Service
- ✿ in der Beratung (bei uns erhalten  
Sie objektive Informationen!)

## ... wann immer Sie können!

---

Pettenkoferstraße 4 · 80336 München 2  
Telefon 089/551800-0

Das HYPO-Vermögensanlage-Konzept der 90er Jahre.

## Wer jetzt sein Geld falsch anlegt, muß später kürzer treten.

Die HYPO-Idee von der Vermögensstrategie, die wirklich zu Ihnen paßt.

Sie sollten sich weder abstrampeln noch mit Bescheidenheit wappnen, sondern auf die individuellen Wohlstands-Konzepte der HYPO setzen. Die schaffen in Maßarbeit ein Vermögen: Zum Beispiel relativ schnell an der Börse oder relativ sicher mit dem ersten Umwelt-Technologie-Fonds H.C.M. Eco Tech in Deutschland.

Sprechen Sie mit uns.



Wir lassen uns etwas für Sie  
einfallen.

  
Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank  
Aktiengesellschaft

Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

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

**SCHMID  
UND  
PAULA**



**DENTAL  
LABOR**

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

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

Editorial: Zahnmedizin 2000	277
Verraten und verkauft	279
KZV Bayern in heftigster Bedrängnis	282
Und wieder: Alle büßen für wenige	284
DAZ-Jahreshauptversammlung – Mit neuer Motivation zu neuen Aktivitäten	287
Perspektiven sozialdemokratischer Gesundheitspolitik für die neunziger Jahre	293
Zwei Rezepte auf dem Prüfstand – eine Groteske	302
Gruppenprophylaxe: Jetzt die Weichen richtig stellen!	305
Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg	312
Was bleibt von 30 Jahren Konfliktstrategie des „Freien Verbandes“?	315
Als Zahnärztin in Namibia	321
Osseointegration V in München	327
Neues aus der Welt des Amalgams	336
Krankenversicherung – Aufklärung vor dem Wechsel	341
Verbands-Infos	342
Buchbesprechungen	343
Impressum	350



**NEU**

Die Natur ist Vorbild

# Baustein für die Zähne



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

**Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.**

# Editorial

## Zahnmedizin 2000

W. Kolossa

Können Sie, liebe Kollegin, lieber Kollege, sich im Spiegel noch gerade in die Augen schauen, wenn Sie an unseren Beruf denken?

Wir üben eine abwechslungsreiche Tätigkeit aus,  
wir sind handwerklich tätig,  
wir sind Akademiker, die über einen großen wissenschaftlichen Hintergrund verfügen,  
wir arbeiten eigenverantwortlich und selbstbestimmt,  
wir nehmen Menschen die Angst vor Schmerzen,  
Wir genießen großes Vertrauen unserer Patienten,  
wir haben ein hohes Sozialprestige.

Aber es gilt auch festzustellen, daß wir

- für immer mehr Arbeit immer weniger Geld erhalten,
- in der Therapiefreiheit eingeschränkt werden
- uns für unser Tun mehr und mehr rechtfertigen müssen und
- von Patienten immer kritischer hinterfragt werden.

Trotzdem üben viele Kolleginnen und Kollegen ihren Beruf gut und gerne aus.

Seit einigen Jahren bläst der Zahnmedizin der Sturm ins Gesicht, die Politik übt aus finanziellen Gründen Druck auf uns aus.

Wir Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner sitzen dabei alle in einem Boot in stürmischer See.

Trotzdem eskalieren einige Wenige in unseren Reihen weiter Extrempositionen. Sie suchen die Konfrontation mit Entscheidungsträgern in der Politik. Der Patient wird als Puffer zwischen Leistungserbringer und Leistungsbezahlter benutzt. Es wird keine Gelegenheit ausgelassen, das existierende System zu (zer-)stören.

Die Sozialpartnerschaft wird hintertrieben, in der die Zahnärzte Linderung und Heilung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen zusagen, in der die Krankenkassen als „Anwalt der Patienten“ deren Wünsche und Bedürfnisse zusammenfassen und Abläufe organisieren helfen und in der die Patienten diese Hilfe erfahren und sie bezahlen.

Einzelne „Fundamentalisten“ bedienen sich schärfster Töne, um bei ihren Kollegen damit Eindruck zu schinden. Sie erreichen immerhin, daß mehr als jeder zehnte Zahnmediziner den „Republikanern“ zuneigt und daß Ver-



sammlungen von Akademikern von der Stimmung her an Fußballarenen und Bierzelte erinnern. In unserem Boot brüllen einzelne selbst ernannte Steuerleute wahllos Befehle, fordern Gefolgschaft und drohen Widerspenstige über Boot zu werfen. Die anderen haben immer noch nichts bemerkt und stellen selbst im Untergang nur die Deckstühle ordentlich hin.

Dieser Kahn hat keine Chance!

Es wird aber auch in Zukunft den Wunsch nach Zahngesundheit geben, Zahnmediziner werden versuchen ihn zu erfüllen und die meisten von uns werden dabeisein!

Aber wie ist dieses Ufer zu erreichen?

Unter dem politischen Druck, Kosten zu senken, kann niemand ein ehrliches Programm vorlegen, mit dem eine bessere Zahngesundheit erreicht werden kann:

- Die Politik hat kein Interesse, außer dem Machterhalt.
- Die Standespolitiker in den zahnärztlichen Körperschaften sind in ihren machtpolitisch orientierten, taktisch ausgerichteten Positionen gefangen.
- Die sogenannten „Freien Verbands“-Politiker überbieten sich mit Vorschlägen, denen allen gemein ist, daß sie lediglich den Besitzstand wahren.

Einzig der DAZ (und einige ihm Nahestehende) hat Fragen gestellt und

Antworten gefunden, die nicht rein materiell ausgerichtet sind.

So gibt es Initiativen

- zu einer Verbesserung des Zahnmedizinstudiums über eine Änderung der Approbationsordnung
- zu vernünftigen Prophylaxekonzepten (so ist die Einführung von fluoridiertem Speisesalz in Deutschland ein Erfolg des DAZ)
- zum Umweltschutz in der zahnärztlichen Praxis
- zu Qualitätssicherungsmaßnahmen – um nur einige zu erwähnen.

Niemand kann eine Heilslehre zur Erreichung der perfekten und idealen Zahngesundheit anbieten. Aber wir schlagen heute die Pfähle ein, an denen in Zukunft das schlingende Schiff der Zahnmedizin Orientierung finden wird.

Wenn sich die wilden Wasser beruhigt haben, so können wir die eingangs genannten Vorteile unseres Berufes weiterhin leben.

Wahrscheinlich werden wir etwas weniger verdienen als bisher, aber das wird uns nicht allein treffen.

Nur die Monetik ist im Wandel, die zahnärztliche Ethik nicht.

Wenn uns unsere Ideale wieder bewußter werden, so werden wir beim Blick in den Spiegel nicht zweifeln müssen. Und die Menschen werden es uns danken!

*W. Kolossa*

*Stellvertr. DAZ-Vorsitzender  
Schönberg*

# Verraten und Verkauf

G. Ebenbeck

Der zahnärztliche Berufsstand ist in ernster Gefahr. Sowohl die Politik des „Freien Verbandes“ und der von ihm dominierten Körperschaften, als auch die Politik maßgeblicher Krankenkassenvertreter führt immer mehr zu einer Zersplitterung der Kollegenschaft und dem Verlust der körperschaftlichen Selbstverwaltung. Der ohnehin nur noch geringe politische Einfluß der Zahnärzte wird dadurch völlig verloren gehen. Die SPD und einige Krankenkassenverbände favorisieren das sogenannte Einkaufsmodell, das umso mehr Chancen hat, je weniger die einzelnen KZV'en die Sicherstellung der kassenzahnärztlichen Versorgung gewährleisten.

Die bereits begonnenen Verhandlungen über Direktverträge zwischen Zahnärzten und einzelnen Krankenkassen sind der erste Einstieg in die Strategie, die nur das Ziel verfolgt, die Kassenzahnärzte weiter zu isolieren und gegeneinander auszuspielen. Die „Ziele“ der gesetzlichen Krankenversicherung, mit Gewährleistungsverträgen eine bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung der Patienten zu erreichen, sind nur vorgeschoben. Die gesetzliche Krankenversicherung hat nicht das geringste Interesse daran, die Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu verbessern. Dies belegen allein schon die jahrelangen fruchtlosen Verhandlungen um

einen dringend notwendigen qualitätsorientierten neuen PAR-Vertrag.

Die gesetzliche Krankenversicherung will nicht mehr Qualität, sie will das „totale Qualitätsmanagement“ (TQM), sie will ausschließlich selbst bestimmen, was Qualität ist und wieviel sie kosten darf.

Es geht den Krankenkassen also nicht um ein neues partnerschaftliches und qualitätsorientiertes Versorgungssystem unter veränderten Vertragsbedingungen, sondern um die Ausschaltung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und um die Übernahme des Sicherstellungsauftrags.

Die Ziele zahnärztlicher Qualitätssicherung müssen jedoch die Zahnärzte selbst bestimmen können – die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen müssen gestärkt und dürfen nicht demontiert werden.

Wenn man in dem Projektpapier des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen liest: „Eine Selektion geeigneter Zahnärzte ist möglich“, dann kann man daraus ersehen, welchen Stellenwert unser Berufsstand in den Augen dieses Verbandes hat. Sind wir wirklich schon so weit, daß man uns „selektieren“ kann?

Die Zahnärzteschaft ist in Gefahr, zur Manövriermasse profilneurotischer Kas-

senfunktionäre zu werden, denen es ausschließlich um kurzfristige Marketing-Interessen geht. Das „Einkaufsmodell“ mag ja für manche Politiker und Kassenfunktionäre hinsichtlich ihrer eigenen beruflichen Entwicklung relevant sein. Wir Zahnärzte sollten uns weder einkaufen noch verkaufen lassen.

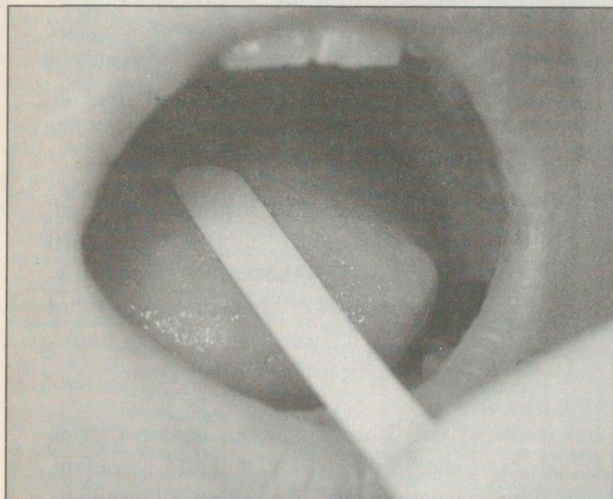
Der DAZ befindet sich seit über 10 Jahren in der Situation, daß seine qualifizierten Vorschläge zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, zur Prophylaxe, zur Qualitätssicherung, zur zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung, zum Gutachterwesen und zu vielen anderen wichtigen Themen weder von der eigenen Standesführung noch von den Krankenkassenverbänden auch nur ernsthaft diskutiert werden. Die Reaktionen des Freien Verbandes auf diese für unsere berufliche Zukunft lebenswichtigen Themen war jeweils nur die persönliche Diffamierung der Initiatoren und das stereotype Abschieben in die linke Ecke. Die Krankenkassenverbände andererseits sind offensichtlich weder willens noch in der Lage, über den Tellerrand von Quartalen und Geschäftsjahren hinaus langfristige Per-

spektiven für eine moderne und patientengerechte Zahnheilkunde mitzuentwickeln. An eine mögliche gemeinsame Umsetzung neuer Ideen und Modelle hat keiner der Partner in den Selbstverwaltungsgremien je gedacht. Die Folgen dieser totalen Ignoranz, Faulheit und Gleichgültigkeit sind die Kostendämpfungs- und Strukturgesetze, mit denen die Politik auf die Unfähigkeit der Selbstverwaltung reagiert hat und weiter reagieren wird.

Trotz dieser Situation halte ich es für notwendig, alles zu unternehmen, eine erträgliche Berufsausübung, insbesondere auch für den zahnärztlichen Nachwuchs, sicherzustellen. Bei allen notwendigen Auseinandersetzungen innerhalb des Berufsstandes, der gegenüber dem DAZ häufig extrem unfair und aggressiv geführt wurde, sollten wir uns davor hüten, den letzten gemeinsamen Nenner auf's Spiel zu setzen. Vor allem aber sollten wir unsere Selbstachtung nicht verlieren.

*Dr. Gerhard Ebenbeck  
Regensburg*

# Kariesfreie Zone ?!



## Das Zukunftsthema für jeden Zahnarzt

Immer mehr Zahnärzte entdecken VIVACARE, das einzigartige Prophylaxe-Komplett-System von VIVADENT. VIVACARE macht erstmals eine kausale Kariestherapie möglich. Grundlage dafür ist die Speicheldiagnostik zur Bestimmung der Anzahl von Streptococcus mutans Bakterien und Lactobazillen im Speichel sowie zur Messung der Pufferkapazität. S. mutans gilt als Hauptverursacher der Karies, Lactobazillen gelten als Sekundärerreger.

## Sichern Sie sich jetzt Ihren langfristigen Praxiserfolg!

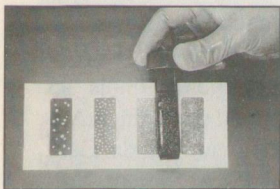
### Vorteile für Ihre Patienten

- Kariesfreiheit
- Höchste Zufriedenheit mit der zahnärztlichen Leistung
- Schöne, gesunde Zähne
- Verbesserte Lebensqualität

### Nutzen für Sie als Zahnarzt

- Hohe Patientenbindung
- Wettbewerbsvorteile
- Basis für höherwertige restaurative Zahnmedizin
- Diese Prophylaxe bezahlen Patienten auch gerne privat
- Delegierbar an Helferinnen

## Einfache Diagnose — wirkungsvolle Therapie



Auf selektivem Nährboden sichtbar werdende Kolonien von Lactobazillen. Die Anzahl der Lactobazillen ist ein Maß für die Infektion in der Mundhöhle.

Heute ist mehrfach wissenschaftlich bewiesen: Erst der Speicheltest macht eine wirklich gezielte und dauerhaft erfolgreiche Karies-Prophylaxe möglich.

Das **Prophylaxe-Komplett-System VIVACARE** beinhaltet innovative Produkte für Speicheltest und Therapie:

- Dentocult SM
- Dentocult LB
- Dentobuff
- Therapeutika

**VIVACARE**  
Diagnostic Line

**VIVADENT**

Vivadent Dental GmbH, Postfach 1152, 73471 Ellwangen/Jagst  
Telefon 0 79 61/8 89-0 Telefax 0 79 61/5 42 17



Bitte schicken Sie mir folgende Gratis-Info:

- Allgemeine Infos über Speicheldiagnostik und VIVACARE
- Anrechnungsguiden
- Organisationshilfen
- Infos zur Patientenmotiv.
- Organisatorische Arbeiten

Meine Anschrift:

Coupon bitte einlesen an:  
VIVADENT, PF 1152  
73471 Ellwangen/Jagst  
oder per FAX  
0 79 61/5 42 17

INFORMATIONSCOUPON

Sie sind herzlich eingeladen, sich über die praktische Umsetzung des VIVACARE-Konzeptes zu informieren.

# KZV Bayern in heftigster Bedrängnis

K. Hilfer

Eine Informationsveranstaltung über den von der Vertreterversammlung beschlossenen und durch den KZVB-Vorstand vorgestellten individuellen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) am 21.9.93 in München offenbarte im überfüllten Vortragssaal des Zahnärztheuses unter den Augen anwesender Vertreter der Aufsichtsbehörde kaum mehr zu überbietende Turbulenzen und Attacken gegen die eigene vertragszahnärztliche Berufsvertretung – besonders von jungen Praxisgründern.

Alle mit Engelszungen vorgetragenen Apelle der Vorstandsherren und Justitiare der KZBV um Zustimmung zu diesem individuellen HVM und alle Hinweise auf die miserablen Vorgaben durch das GSG 93 nutzten nichts. Zumindest Bayerns Jungzahnärzte hatten richtig erkannt, der Feind sitzt für sie nicht in Bonn allein.

Die Emotionen schlugen noch höher, als E. H. Müller, der stellvertretende Vorsitzende der KZBV, den man auf blamable Weise durch Redezeitbegrenzung daran zu hindern suchte, unbequeme Wahrheiten zu sagen, glaubhaft belegen konnte, daß es für diesen individuellen HVM im Jahr 1993 gar keine Notwendigkeit gibt, da der Plafond nach Berechnungen aus dem 1. Halbjahr '93 in Bayern höchstwahrscheinlich nicht

erreicht wird. Bereits zum Jahresanfang wären nach Müllers Ansicht Honorarabschlüsse mit den Kassen nötig gewesen. Die Unterlassung der KZVB und ihre Verschleppungstaktik kosten die bayerischen Zahnärzte bereits jetzt viele verfügbare Millionen an Honorar.

Der Einwand des Justitiars Dr. Freud, alles könne nachgeholt werden, stieß auf Ungläubigkeit. Das nicht ausgeschöpfte Jahr '93 ist nunmehr, so wird befürchtet, Bezug für das Honorarvolumen des Jahres '94.

Die Vorstandsherren demonstrierten wieder einmal zweifelhafte Ideologie, indem sie mehrfach zu erkennen gaben, daß ihnen eigentlich die Ausgangssituation im Jahre '96, wenn die Plafondierung nach vagen Seehofer-Zusagen auslaufen soll, mehr am Herzen liegt. Die gedeckelten Jahre '93 bis '95 jucken diesen Vorstand und seinen Anhang offensichtlich nur am Rande. Geld ist nicht alles, war das Argument. Solche Belehrungen bevorzugt aus den Reihen der Befürworter freier Vertragsgestaltung und der Abdingungskonstrukteure, wie den stellvertr. Bezirksverbandsvorsitzenden Dr. Gräser, zu erfahren, löste Empörung aus.

Die jungen Kollegen zeigten sich am Jahr '96 momentan uninteressiert, für

sie ist alles nichts ohne Geld. Viele befürchten, '96 in eigener Praxis nicht mehr zu erreichen. Nach Ansicht der meisten Diskutanten wird durch den vorgestellten HVM und seine vielen Sonderregelungen die oft beschworene Solidarität geradezu mit Füßen getreten. Mißtrauen und Neid werden herausgefordert, die ausgegebene Parole lautet: Jung gegen alt, groß gegen klein, jeder gegen jeden.

HVM-Vorschläge von Kollegen, die eine volle Honorar-Auszahlung bis zum Landesdurchschnitt für alle fordern und dann eine gestaffelte Abstufung vorsehen, wurden von vielen mit Applaus bedacht, vom Vorstand aber wegen der Nähe zum floatenden Punktwert abgelehnt. Der Hinweis, daß auch der durch die KZV favorisierte HVM für die Mehrleistungsvergütung eine Art floatenden Punktwert vorsieht und zwar in viel gravierenderer Form bis zum Wert gegen Null, wurde vom Podium beflissentlich überhört.

Der stellvert. Vorsitzende Dr. Kinner forderte in gewohnter Arroganz, die ihm jedoch im Verlauf der Diskussion sichtlichen abhanden kam, bei seiner Begrüßung die Vertreter der Rechtsaufsicht auf, ihre Anwesenheit zum Dazulernen zu nutzen. Wenn Rechtsaufsicht noch einen Sinn haben soll, kann das Ministerium aus der überwiegenden Zahl der Wortmeldungen nur gelernt haben, daß dem vorgelegten HVM die Genehmigung zu verweigern ist.

Von größter Bedeutung wäre für viele, daß durch diesen Abend, er endete um Mitternacht, die KZVB in den Besitz göttlicher Erleuchtung gelangt ist und sie allmählich zur Kenntnis nimmt, daß nicht länger Bayerns Kolleginnen und Kollegen für die KZVB dasein wollen, sondern umgekehrt die KZV für Bayerns Zahnärzte dazusein hat. Mehrere verlangten, als mündige Mitglieder behandelt zu werden und forderten zum Beispiel, daß ihnen ablehnende Stellungnahmen des Ministeriums zum HVM, (datiert bereits vom 3.8.'93) nicht vor-enthalten werden. Sie fühlen sich zur eigenen Meinungsbildung befähigt und berechtigt.

Der ebenfalls im Saal anwesende ehemalige Vorsitzende Dr. Reisig, dem vom neuen Vorstand wegen seiner Versäumnisse in der Vergangenheit Vorwürfe gemacht werden, begrenzte seinen Beitrag zum Geschehen auf süffisantes Lächeln und abwinkende Handzeichen nach dem Motto: „ich heiße Hase und wohne im Walde“. In Redebeiträgen bot die kürzlich gegründete Interessengemeinschaft Neuniedergelassener aus besonderer Verantwortung dem Berufsnachwuchs gegenüber, allen Interessierten Mithilfe und Unterstützung an bei der Überwindung der Sturheit der eigenen Berufsvertretung und bei der Kippung dieses provozierenden HVM.

Zum Abschluß lieferte eine Randbemerkung Dr. Kinner, daß die Rechtsaufsicht neuerdings selbst zu Vorstandssitzungen sich eingeladen wissen will,

einen eindrucksvollen Beweis dafür, wozu die Dauerkonfrontation der neuen Größen bereits nach gerade mal sechs Monaten geführt hat und wie weit man durch Unglaubwürdigkeit schon auf den Hund gekommen ist.

In Würzburg führte eine gleichzeitig abgehaltene Veranstaltung zum gleichen Thema zu ähnlichen tumultösem Ergebnis, wie befragte Kollegen berichten.

*Dr. Klaus Hilfer*

*Unabhängige Zahnärzte i. Bayern e.V.*

## Und wieder: Alle bezahlen für wenige

Hat die Kollegenschaft wirklich realisiert, was sich die Herren Vorstände der kassenzahnärztlichen Vereinigungen Niedersachsens (KZVN) und Bayerns (KZVB) ausgedacht haben, um die Konsequenzen des degressiven Punktwerts zu umgehen? Man verweigert den Krankenkassen einfach die Berechnung der Umsätze, was – so die dafür gesetzlich vorgesehene Konsequenz – dazu führt, daß die Krankenkassen von allen Kassenzahnärzten pauschal 10% der Gesamtvergütung einbehalten.

Damit bluten ein weiteres Mal die Durchschnittszahnärzte, vor allem aber die kleinen und umsatzschwachen Praxen, für die Vielabrechner und Fließbandbehandler. Und wieder einmal, wie bei der Qualitätssicherung, schützt die Körperschaft eine zahnärztliche Minderheit von 20% mit hohen Umsätzen (in Bayern sind es sogar 10%, die von der Degression über 600 000.– DM betroffen wären) auf Kosten der übrigen 80 bzw. 90% Normal- und Kleinpraxen.

Der DAZ hat in einer Presseerklärung vom 4.11.93 die KZVN und die KZVB

dazu aufgerufen, keine Exempel am falschen Objekt zu statuieren, „sondern – wie andere KZVen auch – nach pragmatischen und fristgerechten Lösungen zu suchen. Es gibt dafür praktikable Vorschläge.

Bei weiteren Verzögerungen oder Verweigerungen hingegen stehen Hunderte von Millionen Mark auf dem Spiel, die einen durchschnittlichen Honorarverlust von DM 25 000.– pro Zahnarzt bedeuten würden. Die Degression selbst z.B. in Bayern betrifft lediglich ca. 10% aller Praxen, jene mit extremen Abrechnungsmengen. Eine blockierte Degressionsregelung betreffe alle Vertragszahnärzte.

Der lapidare Hinweis der KZVB-Führung, die Kollegen mögen sich doch „moralisch und finanziell“ auf diesen Honorarverlust einstellen, beweist nur erneut, wie mit Zynismus und Inkompetenz die Interessen der Vertrags-Zahnärzte durch die eigene KZV untergraben werden können.“

Eine weitere Gruppierung bayerischer Zahnärzte hat zur KZVB-Vertreter-

versammlung am 18./19.11.93 ein Mißtrauensvotum vorbereitet, daß sich auf folgende Fakten gründet:

- „1. Der derzeitige Vorstand hat bisher keinen einzigen Erfolg aufzuweisen (z.B. keine geregelte Zahnersatzabrechnung).
2. Durch die vorschnelle Verabschiedung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), der fehlenden Vertragsabschlüsse und damit verbundenen Punktwert erhöhungen wird der Kollegenschaft eine riesige Geldmenge vorenthalten, die nach dem 31.12.1993 unwiderbringlich für die Zahnärzte Bayerns verloren ist.
3. Durch das Auftreten des KZVB-Vorstandes in der Öffentlichkeit und gegenüber Politikern wird die Basis für vernünftige Verhandlungen entzogen und das Ansehen der Zahnärzte geschädigt. Der KZV-Vorstand verliert damit das Recht, die bayerischen Zahnärzte in der Öffentlichkeit zu vertreten.
4. Dem KZV-Vorstand wird vorgeworfen, die Satzung der KZVB wiederholt mißachtet zu haben. Es wird derzeit geprüft, ob nicht auf Grund dieser Satzungsverstöße juristisch gegen den Vorstand vorgegangen werden kann.

Alle bayerischen Zahnärzte, die ebenso denken, werden aufgefordert, sich zu

organisieren, und in Form des gemeinsam ausgesprochenen Mißtrauens den derzeitigen Vorstand zum Rücktritt zu bewegen, und Platz für eine neue Politik zu machen.“

So der Aufruf von Dr. Keller, Peiting und Dr. Quadfaß, Herrsching.

Im übrigen drängt sich in diesem Zusammenhang natürlich die Frage auf, welche Motive die KZVB und die KZVN veranlassen, zu Lasten der überwältigenden Mehrheit der Vertragszahnärzte eine Minderheit vor vergleichsweise geringen Umsatzeinbußen zu schützen? Möglicherweise haben ja die Umsatzriesen einen besseren Draht zur KZV – oder sitzen selbst dort.

Um die Seriosität und Glaubwürdigkeit der Körperschaften wiederherzustellen und zu stärken – vor allem natürlich gegenüber den eigenen Kollegen – sollte jeder mit einer Vorstandsfunktion betraute Zahnarzt – betrauen hat ja etwas mit Vertrauen zu tun – zumindest seine Praxisumsätze offenlegen.

In jedem Fall kann es nicht länger hingenommen werden, daß die uneinsichtigsten, konsensunfähigsten und destruktivsten Kollegen das Liedchen bestimmen, nach dem alle anderen zu tanzen haben.

*Dr. Hanns-W. Hey, München*



# Präzision

im Detail



Zahntechnische Arbeiten von Scharl erfüllen höchste Qualitätsansprüche. Dabei erstreckt sich das Know-How unserer Techniker auf alle Spezialgebiete. Wählen Sie die Fachrichtung - wir sorgen für die fachgerechte Realisierung. Unser breites Leistungsspektrum steht zu Ihrer Verfügung.

Übrigens: Kompetenz kommt von Können, Qualität von Niveau.

ZAHNTECHNIK  
**scharl**

Zahntechnik Scharl • Kleinraingering 66 • 8450 Amberg • Telefon: 0 96 21/379-0

# JHV 1993 – Aufbruch zu neuen Aktivitäten

Während das Jahr 1992 über Monate hinweg geprägt war von heftigen Debatten um die geplante Gesundheitsreform, von der Entwicklung eigener Gegenkonzepte des DAZ, von Versuchen, durch Initiativen, Gespräche und Veröffentlichungen Einfluß auf das Geschehen zu nehmen, machte sich im Jahr 1 des GSG bei den Zahnärzten eher Erschöpfung, Resignation und Verunsicherung breit; man trat den Rückzug in die eigene Arbeit an; von Berufspolitik hatte so mancher erst mal die Nase voll. Nach dem hektischen Vorjahr, in dem sich der DAZ ständig neuen Terminzwängen ausgesetzt sah, ergab sich so eine Atempause, wie geschaffen dafür, bislang verschobene interne Aufgaben anzupacken. Die Fusionsgespräche mit dem NAV-Virchowbund wurden zu einem Abschluß gebracht, eine neue Satzung entwickelt, die Mitgliederverwaltung effektiviert und durch ein konsequentes Sparprogramm günstige finanzielle Voraussetzungen für die weitere Arbeit geschaffen.

Nach dieser Phase des Atemholens sollte die DAZ-Hauptversammlung 1993 Impulse für einen neuen Anlauf im gesundheitspolitischen Marathon setzen. Mit dem Sozialökonom Prof. Dr. Martin Pfaff, einem tonangebenden Gesundheitspolitiker der SPD-Bundes-

tagsfraktion und früheren Mitglied des Sachverständigenrates, hatte der DAZ sich einen Referenten eingeladen, der seine Vision eines zukünftigen bürger-nahen, bedarfsgerechten und präventionsorientierten Gesundheitswesens unter sozialstaatlichen Prämissen entwarf und dabei für Zahnärzte durchaus wichtige Fragen offenließ.

Nach der Debatte über mögliche Langfrist-Perspektiven führte der scheidende DAZ-Vorsitzende Dr. Michael Fritz die Mitgliederversammlung mit seinem Eröffnungsbeitrag unmittelbar zurück zur aktuellen Situation und den kurz- und mittelfristig anzupackenden Herausforderungen. „Verdienen wir unsere Körperschaften und Berufsvertretungen?“, fragte er provokant und zeigte auf, in welche berufspolitische Enge sich die Zahnärzte in den letzten Jahren hineinmanövriert haben und welche wenig hilfreiche Rolle Körperschaften und bestimmte Verbände dabei spielten. Knapp und schonungslos skizzierte er die aktuellen Haltungen und Erwartungen auf Seiten von Politikern, Krankenkassen, Zahnärzten und Patienten und verwies insbesondere auf die internationale Vergleichsstudie des BASYS-Instituts, derzufolge die Bundesrepublik mit ihren Ausgaben für den zahnärztlichen Bereich eine absolute Spitzenposition

einnimmt. Für Dr. Fritz folgt die Forderung, daß nunmehr die deutschen Zahnärzte alles daran setzen müssen, auch von der Qualität her die Spitzenposition zu erreichen. Der Weg dahin führt, so Dr. Fritz, „über ein vertrautes Instrument, nämlich den Wettbewerb.“ Im Interesse von Patienten und Zahnärzten könne dieser Wettbewerb jedoch nicht ein Konkurrenzkampf von Praxis zu Praxis sein, sondern nur in der Entwicklung nach Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit konkurrierender Vertragsrahmen bestehen - auf dem rechtlichen Hintergrund des § 135(4) SGB V.

Trotz der Diskussionsanreize, die das Eingangsstatement des Vorsitzenden bot, mußte die Mitgliederversammlung sich zunächst der vorgesehenen Tagesordnung widmen. Dank eingehender vorheriger Beratungen wurde die Satzungsänderung ohne Gegenstimmen bei wenigen Enthaltungen so, wie von Satzungskommission und Vorstand vorgeschlagen und im Wortlaut allen DAZ'lern mit der JHV-Einladung übermittelt, beschlossen, und auch die weiteren vereinsrechtlich notwendigen, eher formalen Punkte konnten zügig abgehandelt werden. Nach Berichten des Vorstandes, des Kassenwartes, der Geschäftsführerin und der Kassenprüfer folgte ohne Gegenstimmen die Entlastung des Vorstandes und eine herzliche Dankesbekundung der Mitglieder an Dr. Fritz. Sitzungsgemäß stand die Neuwahl des Vorstandes an, die in Zukunft nur noch alle zwei Jahre durchgeführt

werden muß. Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Roland Ernst aus Edeweicht, der bereits 5 Jahre lang den DAZ geführt hat, gewählt; als Stellvertreter bestätigt wurden Dr. Annette Bellmann, Berlin, und Dr. Kai Müller, Seefeld, sowie als Kassierer Dr. Karl Jürgen Bäumler, Brühl. Als Neuling fand Wolfram Kolossa, Schönberg, Leiter der Studiengruppe Schleswig-Holstein, Aufnahme in den Vorstand.

Die neue/alte Mannschaft ist schon mit Schwung in die Arbeit eingestiegen. Mittels gestraffter interner Strukturen will sie mehr Mitglieder zum Mitmachen aktivieren und mit überzeugenden DAZ-Konzepten erneut in die berufspolitische Offensive gehen. Ein erster wichtiger Schritt wird ein Brainstorming-Treffen am 3./4.12.1993 in Hannover sein. Vorbereitet und moderiert durch einzelne Verantwortliche werden die Arbeitsschwerpunkte des DAZ für 1994 diskutiert und mögliche Aktivitäten vorstrukturiert. Wer sich an der Planung der Arbeit beteiligen möchte, kann sich mit Dr. Ernst oder der Geschäftsführerin in Verbindung setzen sowie in jedem Falle bei einer voraussichtlich Januar 1994 stattfindenden DAZ-Ratssitzung mitdiskutieren und sich in einen der Arbeitsbereiche einklinken.

Dank zügiger Abhandlung der Formalia bot die Mitgliederversammlung jedem der Anwesenden Raum für Meinungsäußerungen und das Einbringen von Erfahrungen aus der eigenen Region.

Verschiedene Teilnehmer forderten ein Engagement von DAZ-Vertretern in den zahnärztlichen Körperschaften und die Unterstützung des Verbandes bei entsprechenden Kandidaturen. Breit diskutiert wurden die mangelnde Beteiligung in mehreren Studiengruppen und die Schwierigkeiten, Kollegen anzusprechen und dem von den FVDZ-Medien erfolgreich verbreiteten Image des DAZ als „linker Splittergruppe“ zu begegnen. Einige Mitglieder sehen, wenn sie mit Kollegen kooperieren wollen, keine andere Möglichkeit als die, ihre DAZ-Mitgliedschaft geheim zu halten. Vorurteile und Mißverständnisse herrschen, wie sich zeigte, im übrigen nicht nur gegenüber dem DAZ, sondern auch innerhalb des DAZ selbst, insbesondere beim Thema „verlängerte Gewährleistung“. Insofern wurde an verschiedenen Stellen versucht, Begriffe zu klären und den in einigen Arbeitskreisen erreichten Diskussionsstand zu vermitteln. Ein zum Thema „Gewährleistung“ vorliegender Antrag wurde wegen Erkrankung des Antragstellers auf die nächste Ratssitzung vertagt.

Wie bei jeder der letzten DAZ-Jahreshauptversammlungen kam die Situation der Zeitschrift FORUM auf die Tagesordnung. Das seit dem vergangenen Jahr praktizierte Prinzip der verantwortlichen Betreuung von je einer Ausgabe pro Jahr durch ein bestimmtes Redaktionsmitglied wurde als effektiv bewertet und soll auch bei den nächsten Ausgaben angewandt werden. Entsprechend dem

am Vorabend in einem Gespräch mit Mitgliedern der ARTIKULATOR-Redaktion ins Auge gefaßten Plan soll anstelle der 2. FORUM-Ausgabe 1994 ein von Autoren aus beiden Redaktionen gemeinsam erstelltes und herausgegebenes Blatt erscheinen, das auf die gemeinsame DAZ-VDZM-Fortbildungsveranstaltung am 7.5.1994 in Frankfurt orientiert ist und zugleich eine Art Pilotprojekt darstellt. Je nachdem, wie die Leserinnen und Leser diese Zeitschrift beurteilen, kann daran gedacht werden, vielleicht in absehbarer Zeit ein neues zahnärztliches Medium in die Welt zu setzen. Es soll nicht mehr ein DAZ-Verbandsblatt darstellen, sondern ein Forum für verschiedene Autoren und Gruppen sein, die sich für eine sozialverträgliche, präventionsorientierte und an klaren Qualitätsmaßstäben ausgerichtete Zahnheilkunde engagieren. Die Entscheidung darüber, ob ein solches Projekt Sinn macht, wird in starkem Maße von der Resonanz der Leser abhängen. An alle Interessenten die Bitte: helfen Sie mit bei der Suche nach einem inhaltvollen und zugkräftigen Namen für die geplante Zeitung!

Nicht auf der Tagesordnung stand am 16.10.1993 das Thema „Mitgliedsbeiträge“. Die Beitragsordnung bleibt unverändert; was die Art und Weise der Beitragserhebung anlangt, wird ab 1994 das EDV-gestützte Verfahren des NAV-Virchowbundes eingesetzt. In diesem Zusammenhang noch einmal ein Appell an alle Mitglieder, die per Einzelüber-

weisung zahlen: Bitte erleichtern Sie uns den Verwaltungsaufwand durch Erteilen einer Einzugsermächtigung!

Nach den heißen Debatten über Gegenwart und Zukunft der Zahnmedizin stand am 17.10.1993 zur Abwechslung ein Ausflug in die Vergangenheit auf dem Programm. Bei eisiger Kälte ging's hinunter in den Kölner Untergrund, wo Fachleute mit etwas größeren Instrumenten als Zahnärzte sie einzusetzen pflegen, das Excavieren übernommen

hatten. Wer's gar nicht lassen wollte, konnte auf den Ruinen römischer Festungswälle oder im Bauch einer waschechten Abwasserleitung aus antiker Zeit den Disput über die nächste Gesundheitsreform fortsetzen. Die ersten Weichen für die DAZ-Aktivitäten 1994 sind jedenfalls gestellt - *Sie alle* sind jetzt gefordert, mitzumachen!

*Irmgard Berger-Orsag  
DAZ-Geschäftsführerin*

## **Der neue DAZ-Vorstand, gewählt für zwei Jahre bei der Jahreshauptversammlung am 16.10.1993:**

**DR. ROLAND ERNST, 1. Vorsitzender**

Waldblick 2, 26188 Edeweicht, Tel 04486/6925, Fax 04486/8820

**DR. ANNETTE BELLMANN, Stellv. Vorsitzende**

Parkau 37, 10367 Berlin, Tel/Fax 030/5594147

**WOLFRAM KOLOSSA, Stellv. Vorsitzender**

Bahnhofstr. 43, 24216 Schönberg, Tel 04344/9020, Fax 04344/3349

**DR. KAI MÜLLER, Stellv. Vorsitzender**

Hauptstr. 26, 82229 Seefeld, Tel 08152/70683, Fax 08152/70627

**DR. KARL JÜRGEN BÄUMLER, Kassenwart**

Postfach 1105, 50301 Brühl, Tel 02232/47766, Fax 02232/49904

# 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 23-25  
80337 München  
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65  
93051 Regensburg  
Tel. 0941/97198

Siemens  
Dental-Depot  
Ihr Partner

# INNOVATIV HOCHWERTIG LANGLEBIG

Bei *Hu-Friedy* ist jeder bemüht, Sie mit den besten zahntechnischen Instrumenten zu beliefern. Der Leitgedanke dieser Firma heißt einfach ausgedrückt: Qualität ohne Kompromiß.

Seit mehr als 80 Jahren wurden die Techniken immer wieder verbessert, neue Designs entwickelt, neue Arbeitsmethoden untersucht, um den höchsten Stand der Technik zu gewährleisten - um stets Instrumente bester Qualität zu liefern.

Die Auswahl ist enorm, mit fast 3000 Instrumenten kann *Hu-Friedy* schnell Ihren Anforderungen gerecht werden. ... und daß *Hu-Friedy* immer einen Schritt voraus ist, sehen Sie an den beiden neuesten Entwicklungen aus diesem Hause:



## IMPLACARE,

ein Instrument mit Spezialkunststoffspitzen (ohne Füllstoffe) zum Entfernen von Zahnbelag und Zahnstein am Implantat, ohne die Titanoberfläche zu beschädigen.



## ACCU-PLACER,

die Umsetzung einer neuartigen Idee zum akkuraten Placieren von Inlays, Onlays, Veneers, Kronen etc.

In USA und Kanada haben 95 % der Universitäten und Institute *Hu-Friedy*-Instrumente für die Ausrüstung ihrer Studenten ausgewählt und die Beliebtheit wächst weiter weltweit, denn man weiß, auf *Hu-Friedy* kann man sich verlassen.

Vertrauen auch Sie dem großen Erfahrungsschatz und entscheiden Sie sich für *Hu-Friedy*-Qualität, um damit beste Arbeitsergebnisse erzielen zu können. Ihre Patienten werden es Ihnen danken.



**Hu-Friedy**<sup>®</sup>  
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Postfach 1380, D-69171 Leimen, Tel. 0 62 24 - 97 00-0, Fax 0 62 24 - 97 00-97

## Perspektiven sozialdemokratischer Gesundheitspolitik für die Neunziger Jahre: Versichertenorientierte, bürgernahe und bedarfsgerechte Umgestaltung des Gesundheitswesens

M. Pfaff

Der Autor ist Professor für Sozialökonomie in Augsburg, stellvertr. Bundesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), Mitglied des Bundestages und des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Er hat die im folgenden wiedergegebenen Gedanken anlässlich der Jahreshauptversammlung des DAZ in Köln referiert.

### Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Gesundheitssystems

Wenn der Grad an Bürgerinteresse und -betroffenheit als Richtschnur gelten kann, dann zählt die Gesundheitspolitik sicherlich zu den prioritären Politikfeldern der Neunziger Jahre (und darüber hinaus). Die SPD wäre demnach gut beraten, diesen Interessen und Bedürfnissen verstärkt Rechnung zu tragen: Wenn sie es nicht tut, werden andere Parteien diese Fragestellungen aufgreifen.

Die Regelungen des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) und des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zielen eher auf Finanzierungs- und Steuerungsprobleme des bestehenden Gesundheitsversorgungssystems ab, denn auf dessen inhaltliche Umorientierung oder gar versichertenorientierte Weiterentwicklung. Nun zeigen aber vielfache Erfah-

rungen, daß die Ursachen vieler in der modernen Industriegesellschaft auftretender Volkskrankheiten im Lebensumfeld (Arbeitsplatz, Wohnen, Freizeit) sowie in der Lebensführung (Konsum-, Bewegungs- und Sozialverhalten u.a.m.) zu finden sind.

Eine Verbesserung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung ist demnach nur über eine Veränderung des gesellschaftlichen Umfeldes (z.B. über betriebliche Gesundheitspolitik zur Minderung der arbeitsbedingten Erkrankungen) sowie durch eine Aktivierung der Versicherten/Bürger (Gesundheitsinformation, gesundheitsbezogene Beeinflussung des Wertesystems; Vermittlung von Strategien der Lebensbewältigung, Bildung, Beteiligung) zu erreichen.

Die Gesundheitsversorgung der Bürger ist über weite Strecken anbieterdominiert. Aufgrund der mangelnden



fachlichen Kenntnis der Versicherten, der relativ preisunelastischen Inanspruchnahme und verschiedener anderer psychologischer Komponenten haben die Anbieter im Gesundheitswesen eine deutliches Übergewicht. Ergänzend tritt hinzu, daß gesetzliche Regelungen selbst, Finanzierungsmodalitäten sowie die bestehende Organisationmacht der Anbieterinteressen diese Dominanz verschärfen. Dies führt dazu, daß Anbieter die Mengen erbrachter Leistungen und teilweise auch deren Preise (– und damit zum Teil auch ihr Einkommen –) über weite Strecken unter Ausschluß der Versichertenseite selbst bestimmen können.

Trotz unbestreitbarer Erfolge präventiver (und rehabilitativer) Ansätze ist das heutige Gesundheitssystem – abzulesen beispielsweise an den jeweiligen bereichsspezifischen Ausgaben der Krankenkassen – immer noch in hervorstechender Weise überwiegend kurativ orientiert. Dabei tritt hinzu, daß diese Kuration – vor allem in den neuen Bundesländern zur Zeit beobachtbar – sich in zunehmendem Maße auf eine nicht in allen Fällen angemessene, kostenintensive Gerätemedizin und auf oft ausufernde Pharmatherapie stützt. Zweifellos wird die Heilung von Kranken immer eine zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens sein; jedoch bedürfen Prävention (und Rehabilitation) gleich großer Aufmerksamkeit. Zudem wird der Information, Beratung und Betreuung der Versicherten nicht genügend Gewicht zugemessen.

Trotz bestehender Selbstverwaltung im Bereich der sozialen Sicherung (und damit auch Einschluß der Versicherten) ist das Gesundheitswesen von seinen Strukturen her im Prinzip bürgerfern konstruiert. Dies betrifft insbesondere die mangelnde Möglichkeit für die Versicherten, Bedarfe selbst zu artikulieren und innerhalb des Systems eigeninitiativ zu werden.

Das System der sozialen Sicherung und damit auch die Absicherung im Gesundheitswesen ist nach wie vor auch institutionell unvollständig. So lange die als Sozialversicherungszweig ausgestaltete Absicherung gegen das Pflegefallrisiko nicht erfolgt, klafft eine Lücke im sozialen Netz, die häufig durch leistungsfremde Instrumente geschlossen werden muß.

### **Wandel zum versichertenorientierten, bürgernahen, bedarfsgerechten Gesundheitswesen**

#### *Umgestaltung der bestehenden Strukturen*

Eine bürgernahe Gesundheitspolitik erfordert eine Umgestaltung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen und in den angrenzenden sozialpolitischen Bereichen. Dies bedeutet zum einen, daß die Leistungsangebote bürgernah vermittelt werden müssen. Konkret ist daher zu fordern, daß Leistungen im Sinne einer gleichermaßen effizienz- und effektivitätssteigernden Vernetzung untereinander abgestimmt werden müs-

sen. Diese Vernetzung ist einerseits im horizontalen Sinne zu verstehen, d.h.: die Angebote von Leistungsträgern einer bestimmten Ebene (z.B. der ambulanten Dienste der Wohlfahrtsverbände untereinander) sind zu koordinieren. Andererseits ist ein vertikales Netz zu schaffen, das Abstimmungsprozesse zwischen den Leistungsträgern unterschiedlicher Ebenen einschließlich der Bürger besser als dies heute der Fall ist, zuläßt. Dies schließt beispielsweise auch eine stärkere Verzahnung des stationären und ambulanten Bereichs ein, wobei anzuerkennen ist, daß das GSG durch die Forcierung des ambulanten Operierens in diesem speziellen Fall in die richtige Richtung weist. Zum anderen bedeutet Vernetzung jedoch auch, daß über den engen Gesundheitsbereich hinausgegriffen werden muß: Beispielhaft sei auf die dringend erforderliche Koppelung gesundheitlicher und sozialer Betreuungsaufgaben hingewiesen.

*Institutionell muß sichergestellt werden, daß die Beratungsergebnisse in den vernetzten Strukturen von den politischen Entscheidungsträgern nach dem Vorbild des „sozialen Dialogs“ auf EG-Ebene in die Entscheidungsgänge einbezogen werden.*

Zur Verbesserung der Lebensbedingungen im allgemeinen und der Gesundheitsversorgung im besonderen gehört dabei mehr als ‚nur‘ eine materielle Absicherung bzw. Leistungspalette. Dies bedeutet, daß bei der Vernetzung regionaler Angebote die Tatsache berück-

sichtigt werden muß, daß unterschiedliche Leistungs- und Hilfenetze auch zu unterschiedlichen Angeboten befähigt sind. Monetäre Fragen sind auf einer kollektiven Ebene – z.B. über solidarische Sozialversicherungen – zu bewältigen; für Dienstleistungen beispielsweise in der ambulanten Versorgung bieten sich Kommunen, Wohlfahrtsverbände sowie private Anbieter (Ärzte etc.) an. Stehen ebenso nötige Komponenten wie Zuneigung und stark individuell orientierte Dienste, Rat, Trost und ähnliches zur Leistungserstellung an, sind kleine informelle Netzwerke (Familien, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfen etc.) zweifellos am ehesten prädestiniert. Dies impliziert also, daß stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen unter Einbeziehung von Selbsthilfeansätzen (–aber auch von Sportvereinen, Volkshochschulen etc.–) stärker verzahnt werden müssen. Darüber hinaus und in Anerkennung des Vorranges ambulanter vor stationärer Hilfen ist besonders die Vernetzung des ambulanten Sektors (einschließlich von Kurzzeitpflegeeinrichtungen) zu forcieren.

### **Bürgernähe**

Die Bürger müssen in Zukunft über Form und Umfang erwünschter Leistungen (mit)entscheiden können, denn sie wissen in der Regel besser als die Anbieter, wo die größten Defizite bestehen. Ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot kann daher nur im engen Kontakt mit den Bürgern direkt vor Ort erarbeitet werden. Dies bedeutet, daß das bisher

angewendete Verfahren der Sozial- und Gesundheitsplanung, das über den Soll-Ist-Vergleich ‚objektive‘ Bedarfe ermittelt, um die subjektiven Komponenten des empfundenen Bedarfs der (potentiellen und aktuellen) Nutzer ergänzt werden muß. Dabei ist naturgemäß ein kleinräumiger Blickwinkel von Nöten, da die Argumentation nicht mit Durchschnittszahlen oder scheinbar homogenen Bevölkerungsgruppen erfolgen darf, sondern die spezifische Situation starkes Gewicht erhält. Mit anderen Worten: Der Anteil lokaler Gesundheitsversorgungen und -politik muß deutlich erhöht werden.

Zur Aktivierung einer bürgernahen Gesundheitspolitik ist es nötig, Hilfe zur Selbsthilfe gemeinsam mit den Bürgern zu erarbeiten. Hierzu gehört, auch der Prävention im Sinne einer Stärkung der Fähigkeit zur Eigenkompetenz den Weg zu bahnen. Anstatt der Verwaltung von einer mit Abhängigkeit verbundenen Hilfebedürftigkeit ist Hilfe in Form einer vom Bürger selbst gewählten und seinem individuellen Bedarf entsprechenden Unterstützung sicherzustellen. Die vorausschauende Politik muß dabei die Hilfe zur Selbsthilfe in nennenswertem Umfang anbieten, um die vorhandenen Potentiale des Eigenengagements, die letztendlich die Qualität des Angebots wesentlich beeinflussen werden, auch umzusetzen.

Die Betroffenen müssen aus der ‚Klientel-Rolle‘ herausgelöst werden. Sie müssen zum ‚Subjekt‘ und damit zum Part-

ner werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Versuch der gedankenlosen oder pauschalen Rückverlagerung sozialer Dienstleistungen auf die Familie oder die Selbsthilfe dem Ziel einer bürgernahen Gesundheitspolitik absolut zuwiderläuft. Das institutionelle und das selbsthilfeorientierte Handeln sind nicht substitutiv sondern komplementär. Die politische Partizipation der Bürger, gepaart mit sozialer Bedürfnisbefriedigung, ist damit vorrangige Aufgabe.

Im Sinne dieser Forderungen lassen sich beispielhaft zwei Maßnahmenkomplexe wie folgt beschreiben:

Es ist die Schaffung lokaler Gesundheitszentren anzustreben, die im persönlichen Kontakt Bürger (Versicherte) ansprechen. Diese Zentren sollten über Kombinationsangebote im ambulanten und teil-stationären Bereich verfügen (Prävention, Rehabilitation, Kuration). Darüber hinaus sollte Information und Beratung (auch über Versicherungsfragen) erfolgen. Ferner muß von diesen Kontaktstellen aus die Selbsthilfe-förderung und -einbeziehung vorangetrieben werden. Ziel ist die Errichtung von Sozialgemeinden. Dabei sollte unter dem Begriff Sozialgemeinde an die von Auerbach geprägten Überlegungen der Sozialdemokratie der fünfziger Jahre angeknüpft werden, wonach alle von einem Problembereich – hier dem Gesundheitswesen – Betroffenen kooperierend Lösungsmuster vor Ort entwickeln. Die moderne Sozialgemeinde muß dabei explizit die Bürger als Kooperations-

berater gleichberechtigt etwa mit den Anbietern miteinbeziehen.

Prävention beinhaltet auch Gesundheitserziehung und Risikovermeidung. Hierzu sind übergreifende institutionelle Ansätze (Bausteine) zu entwickeln, die vom Bildungsbereich (Kindergarten, Schule etc.) bis zum Versicherungsbereich selbst ausgedehnt werden. Die Entwicklung und Vermittlung von Strategien der Risikovermeidung muß direkt über die Gesundheitserziehung bzw. lokalen Gesundheitszentren den Bürgern nahe gebracht werden, wobei aktive Beteiligung der Nachfragerseite gefördert werden soll. Da die Auffassung, daß das Gesundheitswesen „alles“ kurieren könne, längst in den Bereich der Fabel verwiesen ist, muß anerkannt werden, daß Gesundheit wesentlich von der Schaffung gesunder Lebensverhältnisse (einschließlich der Arbeitswelt und der Ökologie) abhängt, die nicht zuletzt in der Verantwortung aller (Anbieter, Kassen, Arbeitgeber, Politiker, Bürger) liegen und die auch durch Kooperationen vor Ort gefördert werden müssen.

Präventiv orientierte Gesundheitspolitik bedeutet, daß insbesondere die Primärprävention (Ausschaltung oder Reduzierung von Krankheitsursachen) deutlicher als bisher vorangetrieben werden muß. Dabei ist von einem umfassenden Gesundheitsbegriff des körperlichen und seelischen Wohlbefindens (entsprechend den WHO Vorstellungen) auszugehen. Da die Vielzahl von Krankheiten psychosoziale Ursachen aufwei-

sen, muß Prävention im gesamten Lebensumfeld der Bürger ansetzen und darf nicht auf fast ausschließlich medizinisch-naturwissenschaftlich-technologisch orientierte Komponenten allein zurückgeführt werden. Eine prädiaktive Medizin ist daher beispielsweise als alleiniger Maßstab abzulehnen.

Soweit medizinische Präventionsmaßnahmen angesprochen sind, muß das Gewicht, mit dem arbeits-, sozial- und umweltmedizinische Erkenntnisse in Strategien eingehen, deutlich verstärkt werden. Aufgrund von Partikularinteressen werden viele der in diesen Feldern erarbeiteten Ergebnisse bislang zu wenig berücksichtigt bzw. unterdrückt.

Darüber hinausreichende Prävention ist Aufgabenfeld einer erweiterten Sozial- und Gesellschaftspolitik. Die Entwicklung geeigneter Maßnahmenbausteine muß forciert werden. So läßt sich beispielsweise durch Maßnahmen wie ‚integrative Erziehung‘ und ‚Betreutes Wohnen‘ die Entstehung einer Reihe psychischer aber auch somatischer Erkrankungen verhindern, mildern oder hinausschieben.

Institutionell dürfen präventive Strategien nicht allein durch informative Appelle (‚moral suasion‘) vermittelt werden. Es sind vielmehr Anreizsysteme zu schaffen, die die Bürger zur Eigenaktivität anregen. Sich entwickelnde und bestehende Eigeninitiativen sind zu unterstützen (nicht nur ideell). Darüber

hinaus muß über das Bildungs- und Erziehungssystem möglichst früh ein Wertewandel hin zu gesundheitsbewußterem Verhalten eingeleitet werden.

Vor Ort sind die Bürger unmittelbar und frühzeitig auch in die Erarbeitung von Präventionsstrategien als Partner einzubeziehen.

### **Regionalisierung des Gesundheitswesens**

Eine verstärkte Bürgernähe und die Errichtung vernetzter lokaler Gesundheitsangebote setzt eine weitergehende Regionalisierung des Gesundheitswesens voraus, als die heute auf Seite der Leistungserbringung und teilweise auch auf der Seite der organisierten Versicherungsinteressen (Krankenkassen) der Fall ist.

In der Bundesrepublik existieren bislang keine raumpolitischen Vorgaben für das Gesundheitswesen; dies macht einen entsprechenden Handlungsbedarf deutlich.

Bei immer stärkerer Regionalisierung der Gesundheitspolitik müssen Raumeinheiten gebildet werden, die unterhalb der Länderebene angesiedelt sind (z.B. Planungsräume der Raumordnung, Versorgungsräume der kassenärztlichen Vereinigungen, Regierungsbezirke oder auch Kreise).

Dabei muß allerdings darauf bestanden werden, daß eine gesamtträumliche Rahmensetzung einschließlich staatlicher Aktivitäten nach wie vor erforder-

lich ist. Dies wird allein schon daraus deutlich, daß nach dem Grundgesetz der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in allen Teilräumen länger andauernde oder strukturelle Ungleichgewichte zwischen einzelnen Regionen (z.B. Finanzierungslücken, Über- bzw. Unterversorgung) verhindert werden müssen.

Das wichtigste Steuerungsmedium innerhalb einer Region soll durch die Schaffung *regionaler Gesundheitskonferenzen* zur Verfügung gestellt werden. In diesen Konferenzen müssen die öffentlichen und privaten Leistungsanbieter einschließlich der Wohlfahrtsverbände, die Krankenkassen und darüber hinausreichend Patienten (Bürger-)repräsentanten, die Selbsthilfegruppen und ähnliche, gesundheitsbezogen oder sozial tätige informelle Netzwerke, sowie die Kommunen und die staatlichen/kommunalen Gesundheitsämter vertreten sein. Dies kommt der Forderung nach, daß nicht „über Beteiligte entschieden werden soll“, sondern die Beteiligten sich selbst in Kooperation Entscheidungen erarbeiten. Kooperationsstrategien können nicht allein von Spitzenorganisationen entwickelt werden. Der lokale Bezug ist unverzichtbar. Neben der Gewährleistung der Finanzierung der Versorgung muß es dabei auch besondere Aufgabe der Konferenzen sein, die lokalen Gesundheitszentren bzw. Versorgungsstrukturen hinsichtlich der Formulierung von Mindeststandards sicher zu stellen. Zu fordern ist dabei, daß diese Gesundheitszentren nicht quasi

automatisch unter ärztlicher Leitung stehen, sondern interdisziplinäre Teams gebildet werden.

Eine weitere Aufgabe der Gesundheitskonferenzen ist darin zu sehen, kritisch über Inhalte, Strukturen, Budgets, politische und ökonomische Zwänge zu diskutieren und Prioritäten zu setzen. Darüber hinaus sind Koordinierungsarbeiten beispielsweise mit Blick auf die Gesundheitserziehungs- und Präventionsprogramme zu leisten. Die Entscheidungen dieser regionalen Gesundheitskonferenzen müssen verbindlich sein; durch die Schaffung geeigneter Sanktionsmöglichkeiten (z.B. Koppelung der Zuschußgewährungen an Kooperationsvereinbarungen) kann auch verstärkter Druck zur Vernetzung ausgeübt werden.

### **Betriebliche Gesundheitspolitik**

Auch die betriebliche Gesundheitspolitik als wichtiger Zweig der Gesundheitsversorgung muß einem Wandel unterzogen werden. Neben der Verbesserung des Gefahren- und Unfallschutzes sowie der Weiterentwicklung der Erkenntnisse über Berufskrankheiten incl. einer Änderung der sehr restriktiven Anerkennungspraxis ist eine deutlich stärkere Einbeziehung von arbeitsmedizinischen und sozialepidemiologischen Erkenntnissen erforderlich. Darüber hinausgehend und dem Gedanken der Bürgernähe auch im Erwerbsleben Rechnung tragend muß versucht werden, Beeinflussungen des Arbeitsumfeldes auch durch die Integration der Beleg-

schaft z.B. durch Konzepte von Sicherheitsgruppen etc. gesundheitsorientierter als bisher möglich zu machen. Besonderer Wert wird dabei auch auf die Eigeninitiative der Mitarbeiter zu legen sein.

### **Integrierte Gesundheits-, Sozial- und Ökologienpolitik**

Die Systeme der sozialen Sicherung führen – allein schon wegen der institutionellen Trennung in Gesundheits-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosenversicherung u.v.m. – oft zu einem Mangel an institutioneller Koordination und inhaltlicher Abstimmung der Leistungsangebote (Beispiel: Gesundheitsleistungen der Krankenhäuser im Rahmen der GKV; Rehabilitations-Angebote der Rentenversicherungsträger). Dies gilt sowohl für den Mangel an Abstimmung innerhalb als auch zwischen einzelnen Politikfeldern und Institutionen.

Eine Querschnittspolitik, die die Felder ‚Gesundheit‘, ‚Soziales‘ und ‚Ökologie‘ zum Handlungsrahmen gestellt hat, kann sich nicht auf traditionelle Problembearbeitung beschränken: Die Lebensqualität der Bürger hängt nicht nur von der Absicherung im Alter, der Absicherung im Falle gesundheitlicher Störungen und der Sicherung von Arbeitsplätzen sowie dem Schutz vor Unfällen und Berufskrankheiten ab, so wichtig diese Felder im einzelnen auch zweifellos sind.

Vielmehr ist es erforderlich, die Verbesserung und Sicherung derjenigen

Rahmenbedingungen insgesamt anzustreben, die letztendlich die individuellen Lebenslagen beeinflussen. Dies heißt beispielsweise, daß die Schaffung gesunder Wohnbedingungen und von ausreichendem Wohnraum zu erschwinglichen Preisen ebenso Aufgabe ist, wie die Herausbildung der für ein gesundes Wohnumfeld nötigen Infrastrukturen.

Darüber hinaus ist mit direktem Bezug zur Gesundheit der Bürger der Ökologie weit stärker als bisher Raum zu geben. Erforderlich sind neben einer generellen Stärkung der Umweltmedizin insbesondere die Erhaltung bzw. Wiederherstellung sauberen Trinkwassers und sauberer Luft sowie die Reduktion der Lärmbelastigung. Auch die Sicherstellung des Vorrangs von Müllvermeidung vor Müllbeseitigung (wobei letztere, soweit sie unvermeidlich ist, mit Hilfe möglichst schonender Entsorgungstechniken

erfolgen soll) sowie eine vorausschauende Politik im Hinblick auf zukünftige, möglicherweise gesundheits- und umweltgefährdende technische Entwicklungen gehören zu den Aufgaben einer im wahrsten Sinne des Wortes ‚präventiv‘ wirkenden Gesundheits- und Sozialpolitik.

Die zentrale Forderung lautet also, ressortübergreifend und in sich abgestimmte Politik zu betreiben, da es nur so möglich sein wird, die Lebenslagen in Richtung auf eine stärkere, bedürfnisadäquatere Gesundheitsorientierung hin zu gestalten.

*Somit ist eine integrierte Sozial-, Gesundheits- und Ökologiepolitik Bestandteil der sozialdemokratischen Perspektiven des ökologisch-sozialen Umbaus der Industriegesellschaft.*

*Prof. Dr. Martin Pfaff*

Besuchen Sie unsere monatlichen

## **Studientreffen!**

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung  
standespolitische Information  
und das kollegiale Gespräch*

# Überzeugend in Qualität und Wirkung.

## Die medizinische Zahncreme

AJONA amin-o-med erfüllt durch ihre wertvollen Bestandteile alle Bedingungen für eine wirksame und wissenschaftlich abgesicherte individuelle Mund- und Zahnpflege.

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

## Bewährte Wirkstoffkombination

Aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Natur vereint in AJONA amin-o-med ergeben ein hervorragendes Wirkungsspektrum: ■ stark kariesprotektiv ■ reduziert Glattflächen- und Dentinfissurenkaries ■ fördert Remineralisation ■ hemmt Plaque- und Zahnsteinbildung ■ hoher Keratinisationsindex

enthält: Bis-(hydroxyethyl)-aminopropyl-N-hydroxyethyl-oktadecylamin-dihydrofluorid und Natriumfluorid 1200 ppm F

## Fortschrittliche Deklaration

Die freiwillige Deklaration der Inhaltsstoffe von AJONA amin-o-med und die quantitative Angabe der aktiven Wirkstoffe auf der Packung und dem Beipackzettel ermöglichen der Zahnärzteschaft und dem Verbraucher eine objektive Beurteilung von Qualität und Wirksamkeit.



Wirksames  
Adjuvans  
schützt Zähne  
und  
Zahnfleisch  
durch  
Amin- und  
Natriumfluoride,  
Kamille,  
Panthenol u. a.

Dr. Liebhaf  
D-7022 Leinfelden

**AJONA®**  
amin-o-med  
Fluorid-Kamillen-  
Zahncreme





## Zwei Rezepte auf dem Prüfstand – eine Grotteske

Am Anfang war da ja – neben ungläubigem Staunen – noch die stille Hoffnung, es könnte sich doch um einen Irrtum handeln. Aber auch eine telefonische Nachfrage bestätigte, daß dies ein Regreßantrag des Rezept-Prüfungsausschusses für zwei Meridol-Rezepturen zum Preis von je 13,76 DM war – zusammen also wahrhaftig nicht mehr und nicht weniger als 27,52 DM.

Mit dem ersten Schreiben (per Einschreiben zugestellt) wurde uns das Faktum selbst mitgeteilt: Verhandlung über die beiden Rezepturen, wozu man uns (drei Zahnärzte) zur Teilnahme einlud, ersatzweise könnten wir auch schriftlich Stellung nehmen.

Grundsätzlich gehen wir natürlich zu jedem Regreß, weil wir uns nichts vorzuwerfen haben und der Meinung sind, daß Nichterscheinen als Schuldeingeständnis, schlechtes Gewissen o.ä. interpretiert werden könnte. Hier aber war die Sache jedoch wirklich zu läppisch, um noch ein Wort darüber zu verlieren, erst recht auch um den Praxisausfall eines einzigen Sozius im Falle einer Teilnahme zu rechtfertigen. Doch der heilige Bürocratius wollte noch ein bißchen länger spielen:

Nachdem der VdAK-Ortsausschuß München „wegen der Geringfügigkeit des Betrages auf eine Rückforderung

verzichtet“ hatte, erhob die Techniker-Krankenkasse „Widerspruch in Höhe von 13,76 DM“ x 2.

Wir wurden – erneut per Einschreiben mit Rückschein – zum Widerspruchsverfahren vor den Ersatzkassen-Beschwerdeausschuß eingeladen mit dem Angebot, uns „auch durch einen bevollmächtigten Vertragszahnarzt oder Rechtsanwalt vertreten zu lassen.“ Hätten wir der Einladung Folge geleistet, dann hätten sieben erwachsene Menschen, wer weiß wie lange, an einem helllichten Arbeitstag über 2 x 13,76 DM diskutiert, mindestens zwei davon mit Sitzungsgeldern von 90.–DM/Stunde entschädigt. Natürlich haben wir uns die Teilnahme verkniffen.

Im letzten Einschreiben mit Rückschein (allein das Porto für die drei Vorgänge war inzwischen bereits so hoch wie die beiden Verordnungen) teilte man uns schließlich mit, daß dem Widerspruch der Techniker-Krankenkasse nicht stattgegeben worden war, wir jedoch „gegen diesen Bescheid innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht München erheben“ könnten. Nicht auszudenken, womöglich wäre dann der Amtsschimmel vollends Amok gelaufen. Wir sind sowieso schon zerknirscht darüber, was man mit einer Meridol-Verordnung alles anrichten kann.

Andererseits: Hätte man nicht auch die ganze Sache durch einen einfachen Anruf aus der Welt schaffen können? – Wir jedenfalls hätten keinen Widerspruch eingelegt – und damit, bei einer Aufwendung von 0.23 DM, zumindest 27,29 DM für die Techniker-Krankenkasse gespart.

Soweit man heute voraussagen kann, werden **Kronen und Brücken** der wichtigste Teil der zahnärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinpraxis der Zukunft sein. Die **Wirtschaftlichkeit der Praxis** hängt von Kronen und Brücken ab. In der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren besaß der Patient 1960 nur 7 Zähne. Heute hat die gleiche Altersgruppe 20 Zähne. Die Lebenserwartung steigt weiter. Im Jahre 2030 wird es im Vergleich mit heute 4mal

Vor allem: Wenn Krankenkassen wegen solcher Lappalien solche Aktivitätsblasen produzieren, dann kann sich niemand mehr darüber wundern, wie die immensen Verwaltungskosten zustandekommen.

Dr. Hanns-W. Hey

mehr Menschen über 80 Jahre geben. Heute gibt es 10mal mehr Menschen über 65 verglichen mit 1900. Die zunehmende Zahn von bezahnten, älteren Menschen bedingt, daß sich die zahnärztliche Tätigkeit auf das Gebiet der Wurzelkaries, Endodontie, der Aufbauten und vor allem der Kronen und Brücken verlagert wird. **Vollprothesen werden immer seltener eingegliedert werden.**

Aus: The Dentist's Newsletter 8/93

Das Programm für Zahnärzte

CHREMASOFT

DATENSYSTEME GMBH

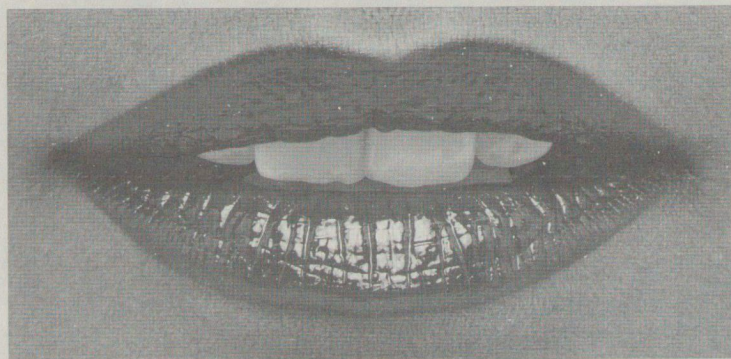
Geschäftsstelle Nord  
Linzer Straße 11  
28359 Bremen  
☎ 0421 – 20146-41  
Fax 0421 – 20146-62

Geschäftsstelle West  
Illisweg 7  
53842 Troisdorf  
☎ 02241 – 9528-44  
Fax 02241 – 9528-88

Geschäftsstelle Süd  
Ulmer Straße 6/3  
89134 Blaustein  
☎ 07304 – 2096/7  
Fax 07304 – 2098

Geschäftsstelle Ost  
Ruhlsdorfer Straße 103  
14532 Stahnsdorf  
☎ 03329 – 682130  
Fax 03329 – 682129

# Sympathie in Sachen Gold



## DENTALLEGIERUNGEN

HOCHGOLDHALTIG.  
PALLADIUMFREI.  
BIOVERTRÄGLICH.

## Gruppenprophylaxe: Jetzt die Weichen richtig stellen!

S. Zimmer

Die Neufassung des §21 des SGB V durch das zum 1.1.93 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz hat für die gruppenprophylaktische Betreuung der bis 12jährigen Kinder völlig neue Möglichkeiten eröffnet.

Zwar ist es nicht plausibel, diese Form der Prophylaxe bei den 12jährigen statt bei Schulentlassung enden zu lassen, aber möglicherweise folgte diese Beschränkung schlichten finanziellen Zwängen, an die man sich auch im Gesundheitswesen wohl so langsam gewöhnen muß.

Erstmals sind in diesem Gesetz Maßnahmen zur Fluoridierung und Intensivbetreuung von Kariesrisiko-Kindern vorgesehen. Die für die Gruppenprophylaxe Verantwortlichen – Krankenkassen, Kommunen und Zahnärztekammern – sind nun aufgefordert, diesen gesetzlichen Auftrag in ein effizientes Konzept einmünden zu lassen.

An Vorbildern für eine erfolgreiche Gruppenprophylaxe (Schweiz, Schweden) fehlt es nicht und wissenschaftliche Daten über die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen sind ebenfalls reichlich vorhanden. Entscheidend ist nun, daß das vorhandene Wissen in Maßnahmen umgesetzt wird. Dabei ist es von besonders großer Bedeutung, daß nur Maßnah-

men realisiert werden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen und deren Durchführbarkeit klinisch erprobt ist.

Im folgenden wird dargelegt, wie ein solches wissenschaftlich fundiertes Konzept aussehen könnte.

Gruppenprophylaktisch betreut werden alle Kinder in Kindergärten und die bis 12jährigen Schüler. Neben den jährlichen Reihenuntersuchungen, die für Zwecke der Gesundheitsplanung unverzichtbar sind, sollen die bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene und Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten beibehalten werden.

Häusliche Zahnpflege kann jedoch nur dann einen Beitrag zur Reduktion der Karies leisten, wenn die kariogene Plaque auch wirklich von den Kariesprädispositionsstellen, dies sind vor allem Approximalräume und Fissuren, entfernt wird. Beide Bereiche sind mit der Zahnbürste kaum zugänglich. So ergab sich folgerichtig in wissenschaftlichen Untersuchungen kein Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Zähneputzens und Kariesbefall, sondern nur zwischen Sauberkeit der Zähne und Kariesbefall (4). Eine andere Untersuchung hat jedoch gezeigt, daß Verbesserungen der Mund-

hygiene durch Maßnahmen der Motivierung und Instruktion nur von sehr kurzer Dauer sind, wenn sie überhaupt eintreten (15).

Es kann also festgestellt werden, daß eine perfekte, auf Prädilektionsstellen ausgerichtete, Mundhygiene sicher den Kariesbefall verringern kann. Eine solche qualitativ hochwertige Mundhygiene ist jedoch bei Kindern wegen mangelnder Feinmotorik, die auch den Gebrauch von Zahnseide ausschließt, nicht erreichbar. Andererseits ist bei häufiger Benutzung der Zahnbürste unter Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta allein aufgrund des Fluorids eine deutliche Kariesprophylaxe zu erwarten.

Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene sind im Rahmen der Gruppenprophylaxe also vor allem als Investition in die Zukunft des Kindes (Etablieren des Zähneputzens als Gewohnheit) und unter dem Aspekt der regelmäßigen Zufuhr von Fluoriden durch Zahnpasten zu sehen. Eine Kariesreduktion allein durch das Bürsten der Zähne ist im Kindesalter nicht zu erwarten.

Auch Maßnahmen zur Ernährungsumstellung versprechen im Kindesalter keinen großen Erfolg. Da Kinder immer an kurzfristigen Zielen orientiert sind (Süßes schmeckt sofort, Kariesprophylaxe zahlt sich erst nach Jahren aus) und die Geschmacksqualität „süß“ nicht nur physiologisch, sondern auch soziologisch einen sehr hohen Stellenwert in

unserer Bevölkerung hat, ist ein Verzicht auf Süßes kaum erreichbar. Folglich gibt es auf individueller Basis keine wissenschaftlichen Studien, die einen Kariesrückgang als Folge von Ernährungsberatungen gezeigt hätten. Allerdings sind solche Untersuchungen auch aus methodischen Gründen sehr schwierig durchzuführen. Auf Bevölkerungsebene wird allerdings in zwei Fällen ein Kariesrückgang auf veränderte Ernährungsgewohnheiten zurückgeführt: In der Schweiz und Finnland als Folge einer starken Verbreitung von Zuckeraustausch- bzw. -ersatzstoffen (13). Da für die Verursachung von Karies nicht die absolute Menge aufgenommenen Zuckers entscheidend ist, sondern die Frequenz seiner Aufnahme (8), muß das Ziel einer Ernährungsberatung sein, die Frequenz mit Zucker gesüßter Zwischenmahlzeiten zu verringern. Dies dürfte vor allem durch ein Ausweichen auf zahnschonende Süßigkeiten (erkennbar an dem „Zahnmännchen mit Schirm“) realisierbar sein. Es muß allerdings nochmals betont werden, daß ein Erfolg von Ernährungsberatungen in Form eines reduzierten Kariesaufkommens nicht unbedingt vorhersagbar ist.

Nach dieser kurzen Bewertung der bis jetzt in der Gruppenprophylaxe allgemein geübten Maßnahmen nun zurück zu dem, was der §21 SGB V an neuem ermöglicht.

Zunächst sind die „Maßnahmen zur Schmelzhärtung“ zu nennen. Hierfür geeignet ist die Applikation von Fluor-

ridlack, die bei 2-3maliger Anwendung pro Jahr etwa eine Kariesreduktion von 40% erwarten läßt (5, 10). Die Fluoridlackapplikation eignet sich auch für Fluoridierungsmaßnahmen bei Kindergartenkindern. In einer Dreijahresstudie konnte im Milchgebiß bei 3 Applikationen pro Jahr eine Kariesreduktion von 47,3% gegenüber einer Kontrollgruppe erreicht werden (7). Aufgrund der geringen eingesetzten Mengen (5) und der langsamen Freisetzung des Fluorids aus dem Lack, die keine Konzentrations-„Peaks“ im Blutplasma verursacht, ist unter Zugrundelegung der von Kruger bestimmten „marginal mottling dose“ (9) auch für Kinder von 3 – 6 Jahren kein besonderes Fluoroserisiko zu erwarten. Für die Fluoridierung werden lediglich mit Zellstoff beschichtete Holzspatel und eine Zylinderampulle mit stumpfer Kanüle benötigt. Die Maßnahmen können von einer Prophylaxehelferin vorgenommen werden. Für eine zweimal jährlich durchgeführte Duraphat-Touchierung liegen die Kosten einschl. Personalkosten unter 10,00 DM pro Jahr und Kind (5).

Falls aus Personalmangel eine Lack-Touchierung nicht realisierbar ist, so stellt das wöchentliche gemeinsame Einbürsten von Fluorid-Gelee eine akzeptable Alternative mit ähnlicher Wirksamkeit dar (11). Diese Maßnahme kann nach einmaliger Instruktion durch den Zahnarzt vom Lehrpersonal der Schule überwacht werden. Fluorid-Gelees dürfen allerdings wegen der Gefahr von

Fluorose nicht bei Kindern unter 6 Jahren eingesetzt werden (16).

Die Tablettenfluoridierung, die in den Altbundesländern ohnehin keine besonders hohe Akzeptanz besitzt, sollte nur noch bei Kindern im 1. und 2. Lebensjahr kombiniert mit Vitamin D eingesetzt werden. Danach wird sie durch die Salzfluoridierung ersetzt. Fluoridiertes Speisesalz und Fluoridapplikation im Rahmen der Gruppenprophylaxe ergänzen einander.

Die zweite wichtige Neuerung des GSG '93 für die Gruppenprophylaxe stellt die Forderung nach einer Intensivprophylaxe für Kariesrisiko-Kinder dar.

Diese Forderung ist umso bedeutsamer, als bekannt ist, daß sich die Karies bei Kindern auch in Deutschland polarisiert hat (14) und beim Wirksamwerden allgemeiner Prophylaxemaßnahmen voraussichtlich noch weiter polarisieren wird (12). Die Kinder, die mit erhöhtem Kariesrisiko belastet sind, machen quer durch alle Altersstufen einen Anteil von etwa einem Drittel aus und haben zwei Drittel der Karies. Bei den 6–12jährigen handelt es sich um die Kinder, die pro Jahr eine oder mehr neue kariöse Läsionen entwickeln. Diese Träger eines erhöhten Kariesrisikos müssen zunächst mit einem geeigneten Test auffindig gemacht werden. Um einem präventiven Ansatz gerecht zu werden, soll ein solcher Test zuverlässig sein und nicht bereits kariöse Läsionen voraussetzen. Für die 6,5– bis 11,5jährigen

Kinder ist in diesem Sinne am besten das von dem Züricher Präventivzahnmediziner Prof. Marthaler und seinen Mitarbeitern entwickelte Dentoprogramm geeignet (6). Für die unter 6,5-jährigen Kinder existiert ein solches Testverfahren leider nicht, so daß hier auf die Risiko-Definition der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe der DGZMK zurückgegriffen werden sollte.

Wenn die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko identifiziert worden sind, müssen sie der Intensivprophylaxe zugeführt werden. Nach den von AXELSSON und LINDHE gewonnenen Erkenntnissen muß eine solche Prophylaxe eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung und Fluoridierungsmaßnahmen beinhalten. Mit derartigen Maßnahmen konnte in klinischen Studien ein Karieszuwachs nahezu vollständig verhindert werden (1, 2, 3), wogegen durch Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene überhaupt keine Wirkung auf den Karieszuwachs erzielt wurde. Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß das Prophylaxeprogramm, mit dem die zitierten schwedischen Wissenschaftler die Karies bei Risiko-Kindern stoppten (in zwei Jahren nur 0,17 neue kariöse Läsionen im Vergleich zu 8,15 in einer Kontrollgruppe), professionelle Zahnreinigungen im Abstand von 14 Tagen beinhaltete. Pro Jahr verbrachten die Kinder der Testgruppe durchschnittlich 3 Stunden bei Prophylaxeassistentinnen, die Probanden der Kontroll-

gruppe hingegen 2,3 Stunden zur Füllungstherapie beim Zahnarzt (1). Bei Menschen mit „normalem“ Kariesrisiko reichten zur Verhinderung von Karies Sitzungen im dreimonatigen Abstand aus (2). Da es aufgrund knapper personeller Ressourcen sicherlich schwierig sein wird, Prophylaxesitzungen im Abstand von 14 Tagen anzubieten, was höchstwahrscheinlich auch gar nicht erforderlich ist, wird vorgeschlagen, die Intensivprophylaxe in einem Dreimonats-Rhythmus anzubieten. An der Zahnklinik Nord der Freien Universität Berlin läuft derzeit ein klinischer Großversuch mit 500 Kindern, der die Wirksamkeit einer alle drei Monate stattfindenden Intensivprophylaxe bei Kindern mit hohem Kariesrisiko erforscht.

Es muß in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen werden, daß die IP-Positionen 1–5 des BEMA in keiner Weise als Intensivprophylaxe für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko geeignet sind. Sie beinhalten nach dem bisher Dargelegten als echte kariespräventive Maßnahme nur die halbjährliche Fluoridierung, die zwar für Kinder mit geringem und mittlerem Risiko eine wirksame Maßnahme darstellt, für Kinder mit erhöhtem Risiko jedoch absolut unzureichend ist. Die Fissurenversiegelung ist zwar eine Maßnahme, die für diesen Personenkreis sehr sinnvoll ist, jedoch nur in Kombination mit den dargestellten Intensivmaßnahmen.

Als Erbringer der Intensivprophylaxe kommen niedergelassene Zahnärzte in

Frage, die über entsprechend ausgebildetes Prophylaxepersonal verfügen müssen. Die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter müssen bei der Intensivprophylaxe die Aufgabe eines „Zahngesundheits-Managers“ übernehmen. Anhand von Bescheinigungen der niedergelassenen Zahnärzte (denkbar wäre ein „Zahnpass“, vergleichbar dem Impfpass) müssen die Kariesrisiko-Kinder nachweisen, daß sie die erforderlichen Prophylaxesitzungen wahrgenommen haben. Überall dort, wo die niedergelassene Zahnärzteschaft die Intensivprophylaxe nicht erbringen kann, muß nach dem Grundsatz der Subsidiarität der Zahnärztliche Dienst die Intensivprophylaxe übernehmen können. Dieses Modell macht es allerdings erforderlich, daß eine Position „Zahnreinigung“ für bis zu 12jährige Kinder in den BEMA aufgenommen wird. Falls dies nicht realisierbar ist, müssen die zur Umsetzung des §21 SGB V bereitgestellten Mittel dazu genutzt werden, die Intensivprophylaxe für alle Risiko-Kinder bei den Zahnärztlichen Diensten anbieten zu können. Falls beide Alternativen von den an der Gruppenprophylaxe beteiligten Partnern als nicht realisierbar angesehen werden, muß die gesetzliche Forderung nach spezifischen Programmen für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko als schöne, aber leider irreal Vision angesehen werden.

Dr. Stefan Zimmer  
 Prophylaxereferent des DAZ  
 Klopstockstr. 18, 14163 Berlin

## Literatur

1. AXELSSON, P., LINDHE, J.  
 The effect of a preventive programme on dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren. Results after one and two years.  
*J Clin Periodontol* 1, 126-138 (1974).
2. AXELSSON, P., LINDHE, J.  
 Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years.  
*J Clin Periodontol* 8, 239-248 (1981).
3. AXELSSON, P., LINDHE, J.  
 Effect of oral hygiene instruction and professional toothcleaning on caries and gingivitis in schoolchildren.  
*Community Dent Oral Epidemiol* 9, 251-255 (1981)
4. BELLINI, H. T., ARNEBERG, P., VON DER FEHR, F. R.  
 Oral hygiene and caries. A review.  
*Acta Odontol Scand* 39, 257-265 (1981).
5. BORN, C., SCHMIDT, H. F. M.  
 Das Marburger Prophylaxemodell und seine Erweiterung auf den gesamten Landkreis - Erfahrungsbericht nach 8 Jahren.  
*Zahnärztlicher Gesundheitsdienst* 20, 1215 (1990).
6. BRÄNDLE, C. R., MENGHINI, G. D., MARTHALER, T. M.  
 Kariesrisikobestimmung bei Schulkindern aufgrund mikrobiologisch-chemischer Mundflüssigkeitsana-



- lysen und des klinischen Zahnstatus. Schweiz Monatsschr Zahnmed 101, 993-996 (1991).
7. GLOCKMANN, E. GROSSE, P.  
Kariesprävention bei Vorschulkindern mit Fluoridlack. Zahnärztl Mitt 62, 58-60 (1992).
8. GUSTAFSSON, B. E., QUENSEL, G. E., SWENANDER-LANKE, L., LUNDQUIST, C., GRAHNEN, H., BONOW, B. E., KRASSE, B.  
The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. Acta Odontol Scand 11, 232-364 (1954).
9. KRUGER, B. J.  
The effect of different levels of fluoride on the ultrastructure of ameloblasts in the rat. Arch Oral Biol 15, 109-114 (1970).
10. MAIWALD, H. J., GOTTWALD, E., FISCHER, S.  
Langzeiteinsatz von Fluoridlack zur präventiven Betreuung von Schulkindern im Rahmen der Grundbetreuung. Oralprophylaxe 11, (1989), Sonderdruck
11. MARTHALER, T. M., KÖNIG, K. G., MÜHELMANN, H. R.  
The effect of a fluoride gel used for supervised toothbrushing 15 or 30 times per year. Helv Odont Acta 14, 67-77 (1970).
12. MARTHALER, T. M.  
Selektive Intensivprophylaxe zur weitgehenden Verhütung von Zahnkaries, Gingivitis und Parodontitis beim Schulkind. Schweiz Monatsschr Zahnmed 85, 1227-1240 (1975).
13. MARTHALER, T. M.  
Changes in the prevalence of dental caries: How much can be attributed to changes in diet? Caries Res (Suppl. 1), 24, 3-15 (1990).
14. MICHEELIS, W., BAUCH, J.  
Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1991
15. WEINSTEIN, P., MILGROM, P., MELNICK, S., BEACH, B., SPADAFORA, A.  
How effective is oral hygiene instruction? Results after 6 and 24 weeks. J Public Health Dent 49, 32-38 (1989).
16. ZIMMER, S., BARTHEL, C. R., NOACK, M. J.  
Fluoridprophylaxe - Eine Standortbestimmung. Zahnärztl Mitt 83, 28-33 (1993).

# Amalgamabscheider

## Falsch und Richtig

Sehr verehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor!

Eine große Schar eifriger Verkäufer zieht zur Zeit alle Register, um den Zahnärzten, die ja zum Kauf verpflichtet sind, dezentrale Einzelplatz-Amalgamabscheider (Zentrifugen) zu verkaufen. Sie tun dies, obwohl sie wissen, daß es einen besseren und billigeren Weg gibt.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung ist nur bei einem Gefälle der Rohre möglich.

**Richtig:** Wenn die Saugleitungen benutzt werden, ist kein Gefälle erforderlich; es darf sogar sanft bergan verlaufen. Sollen die Abflüsse der Einheiten vakuumfrei in den Abscheider geleitet werden, beträgt das vorgeschriebene Mindestgefälle nur 2%.

**Falsch:** Die Länge der Rohrleitungen von den Einheiten zum Abscheider darf 6m nicht überschreiten.

**Richtig:** Es gibt zur Länge der Rohre im Hause der Praxis keine gültigen Beschränkungen.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung erfordert viel Platz, ein Keller muß vorhanden sein.

**Richtig:** Der Sedas 4 benötigt eine freie Wandfläche von 180cm Höhe und 100cm Breite bei einer Einbautiefe von 15cm. Kelleraufstellung ist von Vorteil, doch ist ebenerdige Aufstellung auch oft möglich.

**Falsch:** Nur wo bisher eine Feuchtabsaugung bestand, ist zentrale Abscheidung möglich.

**Richtig:** In den meisten Praxen mit Trockenabsaugung sind die Rohre zur Aufnahme einer Feuchtabsaugung geeignet. Hinter dem Abscheider, der auch separiert, können alle bekannten Vakuumerzeuger verwandt werden.

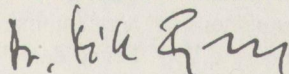
**Falsch:** Die Einleitung der Speischalen in das Saugsystem ist ein ungelöstes Problem.

**Richtig:** Der Einbau eines tauglichen Saugstromventils (Platzwähler) ist jedem Dentaltechniker, der guten Willens ist, leicht möglich. Es gibt eine Vielzahl tauglicher Platzwähler, die von den Herstellern der Einheiten auch serienmäßig verwandt werden: Dürr, Cattani, Depla, Slaby. Wenn kein kooperationswilliges Depot gefunden wird, kann ich überregional praktische Hilfe vermitteln.

**Falsch:** Mehr High-Tech erleichtert den zahnärztlichen Alltag.

**Richtig:** Einfache Prinzipien schaffen Unabhängigkeit und Sicherheit.

Ich empfehle Ihnen meinen Sedas 4,  
weil er ein langes Zahnarztleben keinen Ärger machen wird.



(Dr. Till Ropers)

Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH

Alter Marktplatz 4 · 21720 Steinkirchen · Tel. 0 41 42 / 43 77

# Gruppenprophylaxeregelung im Land Brandenburg

*G. Rojas*

Die Vereinbarung gem. §21 SGBV zwischen dem Land Brandenburg, den Landesverbänden der Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und der Landes Zahnärztekammer konnte nach langwierigen Verhandlungen zum 30.06.'93 abgeschlossen werden.

Auf die Gründung der in den Bundesländern bekannten Organisationsstrukturen, wie die Landesarbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit und die regionalen Arbeitskreise, wurde bewußt zugunsten einer stärkeren Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes verzichtet. Die Gesundheitsämter sind mit der Organisation und Durchführung der Gruppenprophylaxemaßnahmen beauftragt worden. Die fachliche Aufsicht liegt bei den Zahnärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Mitwirkung niedergelassener Zahnärzte ist in begründeten Einzelfällen möglich.

Diese Regelung konnte zustande kommen, da im Land Brandenburg derzeit eine nahezu flächendeckende Besetzung der Zahnärztlichen Dienste gegeben ist. Ein kritischer Punkt wird allerdings die Umsetzung der Kreisgebietsreform zum 01.01.'94 sein. Eine Empfehlung für die Stellenplanung stellt das vom Verband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Brandenburg e.V.

und der Landesstelle Brandenburg des BZöG e.V. erarbeitete „Modellgesundheitsamt für den Großkreis im Land Brandenburg“ dar. Hierbei gehen wir für den Zahnärztlichen Dienst von einer Besetzung von 1 Fachzahnarzt / Fachzahnärztin, 2 Zahnärzten / Zahnärztinnen, 2 Zahnarthelferinnen und 1,5 Prophylaxehelferinnen pro 150.000 EW bzw. 30.000 Kinder und Jugendlichen aus.

Einen positiven Aspekt bei der gegenwärtig schwierigen Finanzsituation der öffentlichen Haushalte ist die in der o. gen. Vereinbarung getroffene Regelung, daß den Trägern der Gesundheitsämter bei der Durchführung der Gruppenprophylaxe entstehende Personalkosten anteilig von den Landesverbänden der Krankenkassen erstattet werden. Es ist begrüßenswert, daß zugunsten der Gesundheit der Kinder hier unkonventionelle Wege beschritten werden.

Die für die Durchführung der Gruppenprophylaxe erforderlichen Sachmittel werden zentral über die Organisationseinheit „Kinder- und Jugendzahnpflege“ in der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Brandenburg e.V. bereitgestellt. Ein von der Landes Zahnärztekammer zu berufender Beirat erarbeitet das Prophylaxeprogramm und

wirkt bei der Erstellung des Haushaltsplans mit.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat mit dieser Vereinbarung die Chance bekommen, seine Koordinierungs- und Steuerfunktion bei der Umsetzung gemeindenaher gesundheitsfördernder Maßnahmen wahrzunehmen, und die

Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung werden zukünftig Aufschluß über den Erfolg dieses Weges geben.

Dr. Gudrun Rojas

Gesundheitsamt,

Zahnärztlicher Dienst

Neuendorfer Str. 90

14770 Brandenburg

#### FORUM-Sonderdruck

### Der Weg zur konsequenten Prophylaxepaxis

Dieser 16-seitige Sonderdruck eines Beitrags von Dr. Jörg Hendriks ist eine kompetente und konkrete Hilfe für jede(n), die (der) sich aus Mangel an Handfestem und Umsetzbarem bislang noch nicht so richtig an die konsequente Prophylaxe herangetraut haben.

Die Broschüre ist zum Preis von 5.- DM (Briefmarken) zu erhalten bei der Geschäftsstelle:

DAZ im NAV, Frau Berger-Orsag, Belfortstraße 9, 50668 Köln.

*Der Dienstvertrag, §§ 611 ff. BGB, verpflichtet den Zahnarzt zu einer Behandlung unter Beachtung der Sorgfaltspflicht, allerdings ohne Erfolgsgarantie.*

*Der Werkvertrag, §§ 631 ff. BGB, verpflichtet den Zahnarzt zur Herbeiführung eines bestimmten Erfolges, also zum Beispiel zur Herstellung einer Prothese, mit der der Patient dann auch zu seiner vollen Zufriedenheit zurechtkommt. Nur wenn ihm dies gelingt, hat er Anspruch auf Honorar.*

*Der Bundesgerichtshof fällt nach jahrzehntelangem Meinungsstreit in Literatur und Rechtssprechung am 9.12.1974 eine richtungweisende Entscheidung, der sich heute die meisten Gerichte anschließen: „Zahnärztliche Leistungen sind grundsätzlich Dienste höherer Art. Ein Arzt verspricht regelmäßig nur sachgerechte Behandlung des Kranken, also seine ärztliche Tätigkeit,*

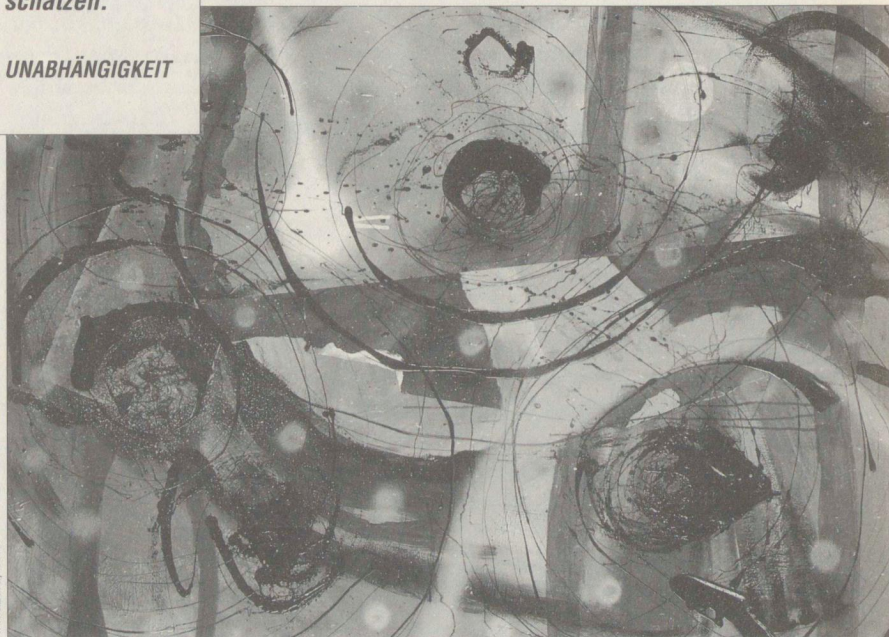
*nicht aber den gewünschten Erfolg, die Heilung des Kranken. Die Gewährleistungspflicht des Werkvertrages gilt aber bei derartigen Verträgen insoweit, als eine spezifisch-zahnärztliche Heilbehandlung nicht vorliegt, sondern es sich nur um die technische Anfertigung einer Prothese handelt. Alle übrigen, mit der zahnprothetischen Versorgung zusammenhängenden Verrichtungen, insbesondere die Eingliederung der Prothese in den Mund, gehören dagegen zur Heilbehandlung als Dienstleistung höherer Art. Ob seine Behandlung zu dem erhofften Ergebnis führt, hängt nicht, wie der Zahnarzt weiß und womit der Patient rechnen muß, von der ärztlichen Kunst allein, sondern auch von der besonderen, vom Arzt nur beschränkt beeinflussbaren physischen und psychischen Konstitution des Patienten ab.“*

Zitiert aus „Der Behandlungsvertrag“ von Dr. Dr. L. Figgener in DS 3/93

*Den Wert  
mancher Dinge  
lernt man erst  
mit der Zeit  
schätzen.*

**UNABHÄNGIGKEIT**

R. Mazura, Bonn



Eine private Krankenversicherung der CENTRAL macht unabhängig. Sie ermöglicht freie Entscheidungen, wenn es um etwas sehr wichtiges geht: um Ihre Gesundheit. Selbstbestimmung und Leben nach eigenem Anspruch als Maxime. Auch dafür steht die CENTRAL. Besonders Zahnärztinnen und Zahnärzte schätzen den Grad der Kompetenz und das flexible, leistungsstarke Tarifwerk, das Ihnen einen maßgeschneiderten, individuellen Krankenversicherungsschutz ermöglicht.

**ANSPRUCH UND LEISTUNG**

**CENTRAL**  
**KRANKENVERSICHERUNG AG**

Wenn Sie weitere Informationen über das Leistungsangebot der CENTRAL wünschen, schreiben Sie uns. CENTRAL Krankenversicherung AG Abt.MV/ZV · Hansaring 40-50 · 50670 Köln

# Was bleibt von 30 Jahren Konfliktstrategie des „Freien Verbandes“?

Zahnärztlicher Ansehensverlust, Ärger mit der Aufsicht und eine schmerzliche Quittung des Gesetzgebers!

F. Riege

Der Autor des folgenden Beitrags ist weder Zahnarzt noch von dem möglichen Verdacht belastet, Eigeninteressen zu vertreten: ehemaliger Geschäftsführer des Landesschiedsamtes für die kassenärztliche Versorgung, bis 1992 Landtagsabgeordneter und Staatssekretär im niedersächsischen Sozialministerium.

Sein Bericht ist aber für uns insofern von Interesse, als er die Stimmung und die Fakten beschreibt, die zu den einschneidenden Gesetzesinitiativen gegen die Zahnärzteschaft geführt haben. Der Beitrag ist, trotz z.T. etwas einseitiger Betrachtungsweise, die nüchterne Bestandsaufnahme dreier Jahrzehnte „erfolgreicher Standespolitik“ des Freien Verbandes, die uns dorthin gebracht hat, wo wir jetzt stehen.

Die aggressive Konfliktstrategie gegenüber gesetzlichen Krankenkassen, mit der der Freie Verband Deutscher Zahnärzte am Beginn der 60er Jahre antrat, schien zunächst verblüffende Erfolge zu haben, wenn man die Steigerung des kassenzahnärztlichen Honorars und die Besetzung der Funktionen in den öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Zahnärzte (Kammern, Kassenzahnärztliche Vereinigungen) durch Mitglieder des Freien Verbandes zum Erolgsmaßstab nimmt, oder wenn man den Organisationsgrad des Freien Verbandes betrachtet. Jahre- und jahrzehntelang lagen die Steigerungsraten beim Ausgabenblock des Gesetzlichen Krankenkassen für die konservierend-

chirurgischen Leistungen und vor allen bei der Prothetik stets mit an der Spitze. Jahre- und jahrzehntelang verstärkten KZVen und KZBV ihre Position gegenüber den in acht Kassenarten agierenden Verbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Jahre- und jahrzehntelang siegten die Listen des Freien Verbandes bei den Organwahlen mit großem Vorsprung, in einigen Bundesländern – so in Niedersachsen – konnte man getrost die Vorstandssitzungen von Freiem Verband, KZVN und Zahnärztekammer zu gleicher Zeit und mit fast identischer Personalbesetzung durchführen. Regionale Zahnärzteblätter fungieren zum Teil bis heute als offizielles Organ von Kammer und KZV und

gleichzeitig als Verbandszeitschrift des Freien Verbandes. Die Verquickung – um nicht zu sagen „Verfälschung“ – zwischen dem öffentlich-rechtlichen Auftrag als Körperschaft und der Wahrnehmung von Verbandsinteressen ist offensichtlich.

Auch im Vertragswesen – und hier liegt ja der Schlüssel zum Honorar – kam man „gut voran“. Der Fortfall der Bedarfsprüfung (Bundesverfassungsgerichtsurteil von 22.3.1960) und die zunächst auch für die Patienten der GKV erfreuliche Liberalisierung der kassen-(zahn)ärztlichen Niederlassung wurde erreicht. Die durch das Lohnfortzahlungsgesetz seit 1957 freiwerdenden Mittel der GKV für Krankengeld wurden geschickt zum Übergang vom pauschalen Honorierungssystem zur Einzelleistungsvergütung genutzt. (SIEBECK, THEO, DOK 1976, S. 129 ff). Einen weiteren „Erfolg“ errang der Freie Verband durch eine Gesetzesänderung in der Reichsversicherungsordnung, nach der Krankenkassen die Errichtung von neuen kasseneigenen Zahnkliniken zur zahnärztlichen Versorgung ihrer Versicherten untersagt wurde. Schließlich setzten Freier Verband und GKV gemeinsam durch, daß Sozialversicherung in den Genuß von Zahnersatz nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand kamen und die berühmte „Nachtkastl-Prothese“ als einzige Form der kassenzahnärztlichen prothetischen Versorgung der Vergangenheit angehörte.

Nach diesen Veränderungen im System, die ja auch den Patienten der GKV zugute kamen, hätte man annehmen müssen, daß sich ein normales Verhältnis zwischen den Partnern des Vertragsgeschäftes herausbildete. Aber weit gefehlt. Mit den vertretbaren Erfolgen stieg der aus Sicht der Zahnärzte verständliche Wunsch auf Einkommenssteigerungen so heftig an, daß Mantel- und Gesamtverträge zum Beispiel im Bundesland Niedersachsen überhaupt nicht mehr durch Verhandlungen, sondern nur noch durch Schiedssprüche und Gerichtsurteile zustande kamen. Sogar die Empfehlungen von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Spitzenverbänden der GKV blieben unbeachtet. Die Folge davon schlug sich in jahrelanger Unsicherheit über den endgültigen Punktwert nieder.

Unterschiedliche Auffassungen zwischen GKV-Kassen und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Niedersachsens (KZVN) wurden nicht mehr ernsthaft erörtert und verhandelt, sondern nur noch vor Gericht ausgetragen. Soweit die landesministerielle Aufsicht mittels Beratungen oder Anordnungen eingreifen mußte, wurden deren Verwaltungsakte ebenfalls grundsätzlich von der KZVN zunächst nicht befolgt und vor die zuständigen Gerichte gebracht. Das ging bis zum Streit darüber, welche Unterlagen der KZVN-Vorstand bei turnusmäßigen aufsichtsrechtlichen Prüfungen den Prüfern vorenthalten durfte, und ob dem Schwerbehindertenobmann oder

dem Betriebsrat der KZVN ein Gespräch mit dem Prüfungsamt vom KZVN untersagt werden durfte oder nicht. Ob CDU- oder SPD-Landesregierungen in Niedersachsen amtierten: Stets gab es Krach – sei es wegen unerlaubter Begünstigungen des Freien Verbandes gegenüber anderen zahnärztlichen Verbänden, sei es wegen unzulässiger Verwendung öffentlicher Mittel, oder sei es wegen ungenügender Trennung von Beiträgen des Freien Verbandes und solchen der zahnärztlichen Körperschaften im Niedersächsischen Zahnärzteblatt. Gestritten wurde auch immer wieder über die Höhe der vom Freien Verband zu tragenden Kosten für dieses Blatt.

In die aggressive Konfliktstrategie bezog man die bei den Landesverbänden der Krankenkassen angestellten Beratungszahnärzte ein, die ja auch Pflichtmitglieder der Zahnärztekammer Niedersachsens sein müssen. Jedes ihrer Gutachten zu Heil- und Kostenplänen wurde unter die Lupe gelegt, und es gab reihenweise Berufungsverfahren wegen irgendwelcher angeblich „standeswidrigen“ Formulierungen der Gutachter vor der Kammer.

Streit wird auch mit der Zahntechnikerinnung Niedersachsen nicht vermieden. Die KZVN hat auch da ein reichhaltiges Konfliktfeld bestellt.

Ein dankbares Gebiet für Streitigkeiten zwischen GKV und zahnärztlichen Körperschaften bieten seit alters her das Gebiet der Prothetik. In diesem Bereich

gelang ja dem Freien Verband sein „letzter großer Erfolg“, als durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 bei Zahnersatz und Kieferorthopädie unter erheblicher Mithilfe der FDP-Bundestagsfraktion vom Sachleistungsprinzip auf das Prinzip der Kostenerstattung umgestiegen wurde. Mit diesem sozialpolitisch äußerst bedenklichen Systemwechsel auf einem Teilgebiet der zahnärztlichen Versorgung war aber der Freie Verband bei weitem nicht zufrieden. Er strebt seit langem die Kostenerstattung für die gesamte kassenzahnärztliche Versorgung an, wobei eine hundertprozentige Kostenerstattung nur für einen sehr kleinen Teil der Versicherten vorgesehen ist (vgl. Geschäftsbericht, Bundeszahnärztekammer 1990/91, S. 26 und E. BUÑKE in nordreport vom 30.1.1992). Zur Durchsetzung dieser Forderung erfand der Freie Verband das Drohinstrument der abgestimmten Rückgabe der Kassenzulassung („Korb“), welches zunächst auf Bundesebene erfolglos erprobt, dann aber mit Unterstützung der KZVen Bayern und Niedersachsen in diesen Bundesländern mit erheblicher Energie vorangetrieben worden ist. Aus Niedersachsen jedenfalls meldete man aus dem „Kommandostand“ des Freien Verbandes eine Hinterlegung von vorsorglichen Zulassungsrückgaben durch etwa 50% der niedersächsischen Kassenzahnärzte. Der Freie Verband machte seinen Mitgliedern dabei weis, daß sie nicht mit einer Konkurrenz von kasseneigenen Zahnkliniken zu rechnen brauchten, und daß die GKV ggf. bei Behand-



lung von Kassenpatienten als Privatpatienten eine Notfallgebühr in voller Höhe der Privatrechnung an die Versicherten erstatten müsse. In einigen Gebieten wurde bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und bei sogenannten Risikofüllungen auch bereits zur Privatbehandlung übergegangen. Mit großen Zeitungsanzeigen warben die auf Initiative des Freien Verbandes und der KZVen gegründeten „Initiativen“ um Verständnis für diesen Weg. Während die sogenannte „abgestimmte Zulassungsrückgabe“ noch eine Art angedrohter „Geiselnahme“ von GKV-versicherten Patienten zum Druck auf den Gesetzgeber vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 darstellte, bewerte ich die Kampagne des Freien Verbandes zum teilweisen Übergang in die Privatbehandlung als vollendete „Geiselnahme“ als Antwort auf das Gesetz.

Der Lahnsteiner Kompromiß, welcher unter Mitwirkung von SPD, CDU, CSU und sogar FDP zum Gesundheitsstrukturgesetz 1993 gerann, wurde nötig, weil wohl alle Bundestagsabgeordneten und Landesministerien einsehen mußten, daß man sich weitere Provokationen des Freien Verbandes und der mit ihm „verbandelten“ KZVen in Bayern und Niedersachsen nicht gefallen lassen könne. Neben der zum Teil erheblichen Honorardeckelung bei den Kassenpunktwerten und den Änderungen der vertrags(zahn)ärztlichen Zulassungsordnung bringt das Gesundheitsstrukturgesetz auch eine Reihe von

schmerzlichen Eingriffen in die zahnärztliche Selbstverwaltung, die als Antwort auf übertriebenes Lobbyistentum des Freien Verbandes unumgänglich geworden sind. Dazu gehören:

- Honorardeckelung und eine Wiederzulassungssperre von sechs Jahren nach abgestimmten Zulassungsrückgaben,
- Übergang des Sicherstellungsauftrages der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung bei abgestimmter Rückgabe der Kassenzulassung von KZVen auf die Krankenkassen,
- Neuerrichtungsmöglichkeit von kasseneigenen Zahnkliniken bei Gefährdung der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung,
- Übernahme der Geschäfte der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen durch die Aufsichtsbehörde oder einen von ihr Beauftragten (Staatskommissar), wenn die Körperschaft durch ihre Organe nicht mehr im Einklang von Gesetz und Recht handelt oder wenn Vorstand oder Vertreterversammlung die Auflösung der Körperschaft betreiben,
- Keine Gebühren für Heil- und Kostenpläne, prothetische Begleitleistungen wieder auf Krankenschein,
- die Feststellung, daß Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung sind, und daß zwischen GKV und KZV ein bestimmtes Abrechnungsverfahren vorgeschrieben wird,

- Einführung einer Gewährleistungsfrist für Zahnersatz und Füllungen, Nichtbezahlung bei identischen Leistungen innerhalb dieser Frist (KZBV und Bundesverbände der Krankenkassen sind jedoch ermächtigt, Ausnahmen von der Gewährleistung zu vereinbaren).

Dieser nicht sehr freundliche Katalog des Gesetzgebers erscheint mir als eine angemessene Antwort auf die seit Jahren betriebene Konfliktstrategie des Freien Verbandes (vgl. Sozialgerichtsbarkeit 1993, S. 8 ff und 208 ff). Sie konnte nach dem vorher geschilderten Verbandsgebaren kaum weniger hart ausfallen. Gegen die immer noch hartnäckig reagierende KZVN hat die Staatsaufsicht inzwischen einige Anordnungen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz ergehen lassen. Anträge der KZVN auf einstweilige Anordnungen gegen den ministeriellen Verwaltungsakt wurden inzwischen vom Sozialgericht Hannover und vom Landessozialgericht Celle zurückgewiesen.

Was nach dreißig Jahren überspitzter Konfliktpolitik des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte gegen Krankenkassen, Aufsichtsbehörden und Gesetzgeber, und schließlich sogar gegen sozialversicherte Patienten, bleibt, ist ein herber Ansehensverlust einer fleißigen und in ihrer überwältigenden Mehrheit um den einzelnen Patienten bemühten Zahnärzteschaft in Deutschland. Bei einer Verbandspolitik mit Augenmaß wäre dieser Imageabbau nicht nötig gewesen. Jetzt stehen Zahnärzte, Politiker

und Krankenkassen vor den Scherben dieser Strategie. Zu hoffen bleibt jedoch, daß durch Verbandspluralismus und Regeneration der zahnärztlichen Standesführung innerhalb dieses sicher eng gezogenen Gesetzesrahmens für die Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Vertragszahnärzte ein neuer Anfang möglich wird.

Dr. Fritz Riege  
Celle



**Kostendämpfung** leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg \_\_\_\_\_

# Corona Dental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental GmbH

Berg-am-Laim-Straße 64

81673 München 80

Telefon (089) 4 3130 08/09

Telefax (089) 4 3127 79

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

**SAE**



# Als Zahnärztin in Namibia

I. Schuster

Schon immer hatte ich mir vorgestellt, einmal in einem Dritte-Weltland zu arbeiten, doch nachdem ich mit einer Praxis selbstständig geworden war, sah ich keine Möglichkeit mehr, meine Idee zu verwirklichen.

Eines Tages erfuhr ich durch meinen Zahntechnikermeister von einem Kollegen, der schon mehrmals in seinem Urlaub in Afrika als Zahnarzt gearbeitet hatte. Ich ließ mich also mit dem Kollegen bekanntmachen, ein Treffen wurde arrangiert und anhand von sehr aufschlußreichen Dias bekam ich eine gute Vorstellung über die Arbeit und das dazugehörige Umfeld.

Nach diesen mir sehr anziehend erscheinenden Informationen stand mein Entschluß fest, die Arbeit des Kollegen fortzusetzen: Ich wollte nach Namibia gehen, um dort in Dornfeld, einer Missionsstation, 1.100 Schüler der zur Mission zugehörigen Schule zu untersuchen und, wenn nötig, zu behandeln.

Erster Schritt zur Verwirklichung war ein Anruf bei dem Leiter der Mission, Pater Dr. Pöllitzer aus Salzburg, der mein angekündigtes Kommen herzlich begrüßte. Danach begann ich mit den Vorbereitungen für die zahnmedizinische Arbeit, denn in Dornfeld gibt es keinerlei zahnmedizinische Einrichtungen, ausgenommen ein von Schwester

Elisabeth gut behütetes Paket, das mein Kollege mit einigen Instrumenten und Materialien bestückt dort zurückgelassen hatte.

Um also die Beschaffung der Instrumente und Materialien zu erleichtern, gründete ich mit Kollegen und Freunden einen Verein: „Afrodent“ e.V. – zahnmedizinische Hilfe für Afrika. Im Namen dieses Vereins schrieben wir Dentalwarenhersteller an mit der Bitte um Material für die Behandlung in Afrika. Alle so Angesprochenen – Bayer und Hoechst bildeten die einzigen Ausnahmen – kamen unseren Aufrufen mit Sachspenden und guten Wünschen für erfolgreiches Arbeiten nach.

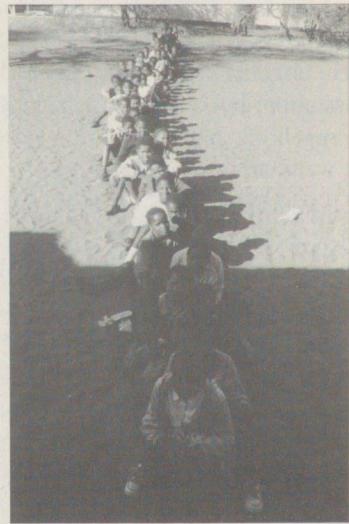
So hatte ich, nachdem meine Liste mit allen notwendigen Arbeitsunterlagen aufgestellt und vollständig vorhanden war, ein Reise-Arbeitsgepäck von 50 kg. Darin befanden sich so wichtige Dinge wie: eine japanische Bohrmaschine, ein Silamat, Füllungskapseln, 300 Carpulen und Ampullen mit Injektionslösung, chirurgische Instrumente und 300 Paar Handschuhe (Der Hersteller der Handschuhe hatte fürsorglich 10.000 Paar geschickt, was in 4 großen Kartons mit einem Gewicht von 118 kg ankam und leider wegen „Übergewicht“ nicht mit ins Fluggepäck aufgenommen werden konnte, sondern der Firma

zurückgeschickt werden mußte). Ein weiterer Bestandteil der Ausrüstung, und für den Erfolg der Arbeit das Wichtigste war ein Paket mit 1.200 Luftballons, gedacht als Belohnung für jeden behandelten Patienten. 500 davon hatte die Deutsche Bank gespendet, 700 die Post, deren Ballons die für Afrika ungemein wichtige Aufschrift trugen: „Schreib mal wieder!“.

So ausgestattet, – die Lufthansa hatte mein Übergepäck kostenlos entgegengenommen – flog ich also am 19. Juli nach Windhoek und wurde nach 13 Stunden dort von zwei Schwestern der Mission herzlich empfangen. Mit dem Auto fuhren wir in zwei Stunden in das 160 km entfernte Dornfeld.

Die Mission befindet sich auf einem viele Hektar umfassenden Gelände, auf einer Ebene in 1.600 m Höhe, die nur von Dornbüschen und Bäumen bewach-

sen ist. In zahlreichen ebenerdigen Gebäuden befinden sich die Kirche, Klassenräume, Schlafsäle, der Speisesaal (für 1.000 Kinder, 100 müssen wegen Platzmangel im Freien essen), die Unterkünfte für die Schwestern, Lehrer und Gäste der Mission. Elfhundert Jugendliche im Alter von 6–20 Jahren leben ständig hier und verlassen die Station nur in den Ferien, um zu ihren Eltern zurückzufahren, die als Farmarbeiter auf den in weitem Umkreis verstreut liegenden Farmen arbeiten. Nach meiner Ankunft begann ich mit der Einrichtung meiner zukünftigen Praxis – einer winzigen Kammer, die als Erste-Hilfe-Raum und Krankenzimmer für die Schüler diente, (genannt Sitzkammer in Afrikaans). Dort hatten gerade Platz: zwei Küchenstühle für Behandler und Patient, ein fahrbarer Tisch, 2 Schränke, ein Autoklav und ein auf einem Stock festmontierter Scheinwerfer als Lichtquelle sowie ein Wasch-



becken. Ich ordnete meine Instrumente und begann die Behandlung am folgenden Morgen um 8 Uhr. Als ich die Praxis aufschloß, stand vor dem Eingang schon die erste Klasse, also die Sechsjährigen, in einer Schlange ordentlich aufgereiht und zitternd, weniger vor Angst als vor Kälte, es hatte in der Früh nur  $+2^{\circ}\text{C}$  – und warteten still und geduldig auf ihre Untersuchung.

Mit großen Augen und vertrauensvoll auf meine Knie gelegten Händchen befolgten die Kleinen die Anweisungen in der jeweiligen Stammsprache meiner Assistenzschwester, den Mund zu öffnen oder sich eine Spritze geben zu lassen, wenn ein Zahn gebohrt oder gezogen werden mußte. Ohne Angst, völlig unvoreingenommen und locker ließen sie alles mit sich geschehen und eilten danach glückstrahlend mit der Belohnung Luftballon in den Händen nach draußen. Am ersten Tag arbeitete ich 12 Stunden, nachts träumte ich von schwarzen Kindern mit offenen Mündern, ich stand unter dem Druck, in ein paar Wochen 1.100 Kinder durchzuchecken. Dazu kam die Sorge, das Material würde nicht ausreichen. Mein Kollege hatte ausgerechnet, daß 30% der Schüler behandlungsbedürftig sind und darauf hatte ich meinen Vorrat eingestellt, dabei aber nicht bedacht, daß einige Patienten ja mehrere Füllungen brauchten.

Was mich dann überraschte, war die Tatsache, daß fast alle Patienten Zahnstein hatten und ein großer Teil von

ihnen, angefangen bei den 6-jährigen, an schweren Zahnfleischentzündungen mit Zahnfleischschwund erkrankt waren. Für diese Behandlung war ich weder ausgerüstet noch zeitlich in der Lage. Nur bei sehr starkem Befall versuchte ich, mit den Handinstrumenten zu helfen, dabei zerissen dann auch oft die Handschuhe (Die Aidsrate liegt in diesem Gebiet bei 30%!).

Nach den Kindern behandelte ich noch die Schwestern der Station und die Lehrer. Bei den Lehrern konnte man deutlich die Folgen massiven Zuckerkonsums feststellen: sie hatten sehr schlechte Zähne, teilweise völlig verfaulte Ruinen. Außerdem hatten sie im Gegensatz zu ihren Schülern große Angst, die sie u. a. durch heftiges Kneifen in meine Beine kundtaten, sodaß ich vor Schmerz schreien mußte, während ich ihre Karies entfernte. Beim Extrahieren auf dem Küchenstuhl ohne Absaugung und einstellbare Lichtquelle habe ich oft geschwitzt, unsicher, ob ich die Zähne in allen Bestandteilen herausbekommen würde. Aber Dank der hilfreichen Gebete der Schwestern glückte auch das. Nach Abschluß meiner Arbeit wurde auch ich belohnt: mir zu Ehren spielten die Kinder großartiges Theater und als Höhepunkt der Veranstaltung wurde mir ein hölzerner Elefant überreicht, wobei tausend Kinder jubelten wie bei einem Popkonzert.

Der Aufenthalt und die Tätigkeit in Dornfeld haben so viel Spaß gemacht, daß ich gern wieder bereit sein werde,

die Arbeit fortzusetzen. Nur möchte ich dazu die Bedingungen verbessern und Sorge tragen, daß eine zahnärztliche Einheit in der Mission aufgestellt wird, um effektiver arbeiten zu können. Das müßte über Spenden an „Afrodent“ möglich sein. Ein weiteres Ziel wäre es, jedes Jahr einen Kollegen für ein paar Wochen dorthin zu schicken, um die Kinder regelmäßig zahnärztlich betreuen zu können.

Meine Berichte im Kollegenkreis haben ein positives Echo gefunden, mehrere Kollegen haben sich spontan bereit erklärt, die Aktion durch ihren Einsatz zu unterstützen.

Für eine Spende an „Afrodent“ danke ich schon jetzt.

Dr. Ingrid Schuster  
„Afrodent“ e.V.

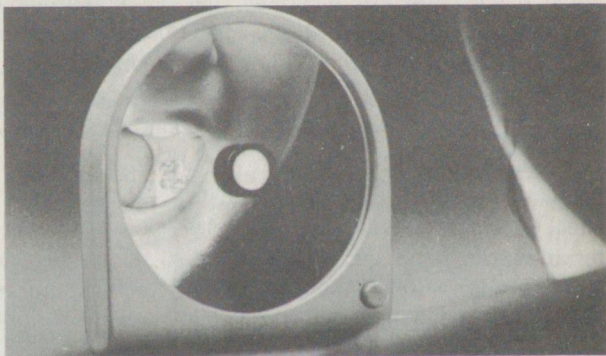
Ruffinistr. 16, 80637 München

## Unerläßlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel

Der Punktlichtspiegel schließt in der präventiven Zahnheilkunde eine echte Lücke: Er erfüllt die Forderungen namhafter Wissenschaftler, die den Einsatz von beleuchteten Prophylaxe-Spiegeln zur täglichen, systematischen Mundhygiene kompromißlos vorschreiben.

### Für Praxis und Patient!

Als Hand-, Stand-, Wand- und Reisespiegel zu verwenden, daher besonders gut geeignet für Kontaktlinsenträger und für Kosmetik.



Vergrößernd, mit blendungsfreier, präzis fokussierter Lichtquelle, verstellbare Linse, technisch perfekt und robust, daher absolute Betriebssicherheit, funktionell einwandfreie und einfache Handhabung.



PROFIMED GmbH

Kaiserstraße 18 · 83022 Rosenheim 2  
Tel. 0 80 31 / 1 40 49

Die enge Zusammenarbeit von Forschung, zahnärztlichen Praktikern und Instrumentenherstellern führte zur Konstruktion neuer Parodontalinstrumente. Die neu entwickelten Parodontalinstrumente befähigen den Zahnarzt, moderne Therapieverfahren, wie Scaling und Root Planing als Teilschritt der chirurgischen Parodontaltherapie durchzuführen.

Schnelles, sicheres und effizientes Arbeiten ist nur mit scharfen Instrumenten möglich und kann die Behandlungsdauer bis zu 30% verringern. Stumpfe Instrumente entfernen nur unzureichend Zahnstein und infiziertes Wurzelzement, außerdem wird die Wurzeloberfläche verdichtet.

Die Rezidivquote ist in derartigen Fällen außerordentlich hoch. Mit stumpfen Küretten ist eine gezielte Küretage praktisch unmöglich. Moderne Parodontalinstrumente bestehen aus gehärteten Spezialstählen von längerer Standzeit. Um die Standzeit zu optimieren, ist nach jedem Eingriff ein Nachschärfen der Instrumente angezeigt. Darunter versteht man bei sicherer Anwendung der im Film an acht verschiedenen Parodontalinstrumenten gezeigten Technik ein Verfahren, welches zu einer optimalen Schärfe führt. Ebenfalls wird demonstriert, wie sich das Nachschärfen der Instrumente von dem Aufschleifen unterscheidet.

Durch eine übersichtliche Filmdemonstration und eine gute didaktische Darstellung können die zahnärztlichen Mitarbeiterinnen speziell durch diesen Film in die Technik des Aufschleifens und Nachschärfens eingeführt werden.

## 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  
85092 Kösching

Telefon: 0 84 56 / 70 15

Telefax: 0 84 56 / 81 39



# Die REVOLUTION für das Aufschleifen Ihrer PA-Instrumente

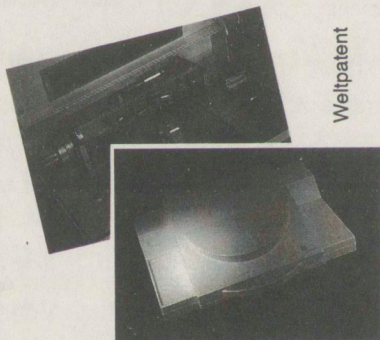
## ERGOSHARP

Vollautomatisches Schleifen  
von Scalern und Kurettten.

ERGOSHARP verändert nicht  
die Instrumentenform,  
ein Scaler bleibt ein Scaler  
eine Kurette bleibt eine Kurette.

ERGOSHARP gibt Ihnen  
Instrumenten eine hohe Stand-  
zeit.

ERGOSHARP ist einfach zu be-  
dienen. Nach kurzer Einweisung  
kann selbst fachfremdes Perso-  
nal den ERGOSHARP fehlerfrei  
bedienen. Alle Abläufe werden  
elektronisch geregelt.



Weitere Informationen von:  
**Hegen Dentale Technologie**  
Lentinger Straße 25, 85092 Kösching  
Tel. 0 84 56/70 15 Fax: 81 39

# Osseointegration V in München

S. Wander

Am 16. und 17. Oktober veranstaltete Kollege **WOLFGANG BOLZ** das 6. Münchner Symposium für wissenschaftliche Zahnheilkunde mit dem Thema:

## Osseointegration V – Diagnose, Planung und Therapie.

Neben den Standardthemen kamen die Analgosedierung, Kieferkammaugmentation, implantatspezifische Zahntechnik und Biomechanik zur Sprache und als Antithema: Adhäsivbrücken als Alternative zu Einzahn- Implantaten.

Das Symposium war auch diesmal durch seine freundschaftlich-familiäre Note geprägt: Die akademischen Titel spielten keine Rolle und die vier Kinder Bolz betätigten sich als Türsteher und Einweiser.

Nach einer kurzen Begrüßung durch **W. Bolz** tauchte uns **JAN LINDHE** (Göteborg) sogleich in **parodontologisch-mikrobiologische** Tiefen hinein: die osseären Blutgefäße haben direkten Kontakt zur Titanoberfläche, was den Branemark'schen Begriff der Osseointegration rechtfertigt. Bei der Zusammensetzung der Weichgewebe sind folgende Unterschiede signifikant: periimplantär wesentlich weniger Fibroblasten, aber mehr Kollagenfasern, welche mangels Wurzelzement eine andere Orientierung aufweisen als im periodontalen Weichgewebe. Deshalb: kon-

sequente Unterscheidung zwischen dentaler Gingiva und periimplantärer Mucosa, deren Blutgefäße eine Beziehung zum Periost haben, im Gegensatz zur Gingiva, die Gefäß- und Kollagenverbindungen zu einem Desmodont hat. Dieser Unterschied zeigt sich auch bei der Sondierung. Im Parodont dringt die Sonde unter einem Druck von max. 50 p bis zu den „Hängematten“-Kollagenfasern vor, während periimplantär die Sondierung fast bis zum Knochen möglich ist. Von einer periimplantären Ausdünnung der Schleimhaut unter 2 mm warnt **Jan Lindhe** ausdrücklich. Die Tatsache, daß ein osseointegriertes Implantat vom Organismus nicht durch eine epitheliale Trennschicht eingeschieden wird, ist Beweis dafür, daß das knöcherne Implantatbett nicht als „zu verschließende Wunde“ vom Organismus betrachtet wird.

Überzeugend seine Versuche am Beagle (dem Implantologen-Karnickel, Anm. des Verf.) mit denen er nachweisen konnte, daß es an Gingiva und periimplantärer Mucosa keine qualitativen Unterschiede der mikrobiellen Besiedlung gibt, auch nicht bei plaque-induzierter Entzündung. Die Progression der Erkrankung zeigt allerdings fatale Unterschiede: beim Implantat dringt das Infiltrat schnell bis zum Knochen vor! Eine neues Forschungsprojekt soll zei-

gen, wie Periimplantitis bekämpft werden kann. Neben Scaling und Politur hält **Lindhe** die in Schweden üblichen Gebete zum lieben Gott für unzureichend.

Ihr Referat über: **Analgosedierung – 8jährige Erfahrung bei implantatchirurgischen Eingriffen (Praxis W. BOLZ)** begann **NATHALIE W. MAHR (München)** mit einer Rückschau auf die erste – wegen Fettleibigkeit des Probanden mißglückte – Analgesie-Narkose mit dem aus Schaubuden bereits bekannten Lachgas durch den Zahnarzt Dr. Wells. Sie sieht auch heute nur Nachteile in der Stickoxidul-Anwendung, abgesehen vom ökologischen Schaden, den dieses stabile, erst in der Stratosphäre aufspaltbare Molekül anrichtet.

Nach kurzen Erläuterungen über Vor- und Nachteile diverser Pharmaka für die implantatchirurgische Arbeit stellte sie „das gute alte Valium“ als optimale Substanz vor. **Benzodiazepine** sind sedierend, antikonvulsiv, anxiolytisch und amnestisch. In 30% der Fälle kombiniert sie es mit einer Ohr-Akupunktur zur Reduktion der Analgetika – und Narkotika-Dosis. Anhand von 2 Narkoseprotokollen (400 Patienten in 8 Jahren) zeigte sie den typischen Verlauf einer Sedierungsanalgesie auf und kommentierte die beiden bisher aufgetretenen Komplikationen einer paradoxen Reaktion auf Diazepam und einer Arrhythmie mit Vorhof-Flimmern. Zusammenfassend stellte sie folgende Forderungen auf:

- a. ausreichende Prämedikation
- b. bedarfsgerechte Valium- und Analgetika-Applikation
- c. zeitgemäßes Monitoring
- d. notfallmedizinische Ausrüstung
- e. last not least: ein/e Anästhesist/in.

Den hervorragenden, rasanten Vortrag beendete **Frau Mahr** mit zwei sinnigen Diapositiven: eine Menge grüner Tücher mit einem postoperativ-träumenden Patienten und daneben ein karibischer Palmenstrand (Der Stoff, aus dem die Träume sind).

Der folgende Beitrag lautete: **Der Patient – Auswahl, Management, präoperative Maßnahmen**. Er wurde von **DAVID HARRIS (Dublin)**, dem derzeitigen Präsidenten der **European Association für Osseointegration (EAO)** gehalten. In seiner gewohnt humorvollen Weise vermittelte er dem Zuhörer seine Vorstellungen zur psychologischen Vorbereitung und Betreuung des Patienten. Das Behandlungsziel des Zahnarztes ist nicht zwangsläufig identisch mit dem vom Patienten erwarteten Ergebnis. So sei es sinnvoll, dem Patienten so eine „Ölbohrinsel“ in der Unterkieferfront im Modell zu zeigen – und ihn zu fragen, ob er das dann noch haben wolle.

Alles, was dem Patienten vorher erzählt wird, sei Information, das, was nachher erzählt würde, sei Entschuldigung.

Das Thema seiner Dia-Serie war: **das unzureichende Knochenangebot. Hy-**

droxylapatit (HA) als Augmentationsmaterial benutzt **Harris** nicht, die schrecklichen Mißerfolge anderer seien Anschauungsmaterial genug. Er zeigte die Möglichkeiten auf, mit Beckenkammknochen oder Symphysenknochen Augmentationen in der Nasenhöhle vorzunehmen. Vom Sinusliftverfahren ist er noch nicht überzeugt, da noch nicht genügend Daten verfügbar sind. Die von ihm vorgestellte **Oberkieferaugmentations im Simultanverfahren** war sehr überzeugend. Hierbei wird ein hufeisenförmiges Knochenstück aus dem Beckenkamm, und einer abdichtenden Zwischenschicht aus Knochenschlamm durch Schraubenimplantate am atrophierten Kiefer fixiert.

In der anschließenden **Diskussion** waren sich **Harris** und **Lindhe** darin einig, daß für die Verwendung von Gefrierknochen keinerlei Indikation besteht. Die Risiken sind unkalkulierbar: Sind wirklich alle antigenen Strukturen zerstört und wirklich alle Möglichkeiten einer Virusübertragung eliminiert? Bisherige Erfahrungen mit Viren (slow virus, Aids) zwingen uns, darüber nachzudenken.

**JEAN FRANCOIS TULASNE** (Paris) äußerte sich in seinem Referat: **Pterygoid-Fixturen / Sinus Augmentation / Knochentransplantate** ebenfalls negativ zu alloplastischem Material. Autologes Material ist sicher und es gibt genügend Spenderorte. Für sein jetziges, erfolgreicherer **Sinuslift-Verfahren** verwendet er meist den dichten, cranialen Knochen, den er unter Anhe-

bung der unverletzten Schleimhaut, als „Zwischendecke“ horizontal in den Sinus einschiebt und in der „unteren Etage“ Corticalis und Spongiosa-Späne ein-kondensiert. Der Eingriff an der Entnahmestelle ist schmerzlos, die Narbe unsichtbar unter den Haaren, und der Knochen dichter als aus „dem Arbeitspferd“, dem Beckenkamm, wo der Eingriff schmerzhafter ist. Die Implantation erfolgt einige Monate später.

Seine Erfahrungen mit **pterygomaxillären Implantaten** faßte er wie folgt zusammen: Computer-Tomogramm (CT) unumgänglich, Vollnarkose, ausreichende Mundöffnung notwendig, eine den chirurgischen Eingriff nicht behindernde Bezaehlung, knöchernende Einscheidung des Implantates nach mesial-oben zum Sinus hin und von Seiten der Prothetik wird eine kurzspannige Brücke mit zwei weiteren mesial plazierten, axial belasteten Implantaten gefordert. Zum Abschluß zeigte er noch die eindrucksvolle craniofaciale Rekonstruktion bei einer 40 jährigen greisenhaften Frau, die 20 Jahre zuvor wegen eines Gesichtstumors bestrahlt worden und seither zahnlos war.

**Kamm-Augmentation – Planung und Durchführung** war das Thema von **DIETER WEINGART** (Münster). In der Ursachenbeschreibung für die Kieferkamm-Atrophie stellte er die totale Prothese einer Totalrehabilitation mit Implantaten gegenüber. Der funktionelle Reiz der Implantate verhindert die Atrophie des Alveolarfortsatzes. Zur

Diagnostik vor großen implantatgetragenen Restaurationen empfiehlt er eine Fernröntgen-Seitenaufnahme, eine Panorama-Schichtaufnahme, sowie eine konventionelle Tomographie mit einer Röntgenschablone, auf der (Party-) Plastiksticks als Visierhilfe angebracht sind. Computer-Tomogramme kommen an der Uni Münster aus Kostengründen nicht in Frage, außerdem ist die Übertragung der CT-Schnitte auf die reale Situation ohnehin sehr schwierig.

Bei der **Guided Bone Regeneration (GBR)** mit Hilfe von Membranen an Implantaten bevorzugt **Weingart** das ITI-Implantat, da wegen dessen Tulpenform die Membran weiter abstehen kann. Bei einer GBR ohne Implantat verwendet er das Memfix-Schrauben-System. Durch Bohrungen wird der Knochen angefrischt und die Membrane im hochgewölbten Zustand darüber angeschraubt. Knochenschlamm unter der Membrane verkürzt die Konsolidierungszeit und vermindert vermutlich die Resorption. Den benötigten Knochenschlamm entnimmt er einfach der Knochenfräse.

Neben der **Extensionstechnik**, durch Aufspreizen des gratartigen, schmalen Kieferkammes und Auffüllung mit autologer Spongiosa verwendet er die bereits bei **Harris** erwähnte **Onlay-technik** im Simultanverfahren. Er zieht diese dem **Sandwich-Verfahren** vor, bei welchem der Oberkiefer horizontal gespalten wird, um Kalottenknochen dazwischen zu schieben.

Die Weichteildeckung entscheidet immer über den Erfolg einer Technik. Und sei sie noch so dünn, daß man die Erythrocyten zählen kann! Man kann davon ausgehen, daß nach der initialen Resorption durch die implantatinduzierte funktionelle Belastung keine weiteren Resorptionen am Knochentransplantat auftreten.

Besonders gelungen im diesjährigen Symposium war die „modellhafte Inszenierung einer Teamarbeit“ zwischen **Chirurg, Parodontologe und Prothetiker**. Inmitten dieser Dreiecksbeziehung befand sich der Patient. Dieser sollte wieder lachen, sprechen, kauen können und sein „main complaint“ vom Team ergründet werden.

**Der komplexe Fall** Beispiel 1: Orale Rehabilitation einer 45 Jahre alten Patientin, deren Zahnarzt entgegen den Wünschen der Patientin Totalersatz geplant hatte.

Der **Parodontologe (HANNES WACHTEL, München)** nimmt eine erste Einschätzung vor und markiert auf seinem Status die sicheren Zähne grün, die fraglichen Zähne gelb, die hoffnungslosen rot und schiebt „den schwarzen Peter“ an den **Prothetiker (Wolfgang Bolz, München)** weiter, der nach Beurteilung von Gelenken, Muskulatur, Okklusion, Pfeilerwertigkeit, Ästhetik und Sprache die Farbmarkierungen aus seiner Sicht ergänzt. Dann kommt der **Chirurg (THOMAS MÜLLER-HOTOP, München)** zum Zuge, der analy-

sieren soll, wo implantiert werden kann. Es werden Standard- und erweiterte Verfahren überdacht: was bringt ein Sinuslift oder eine Nerv-Verlagerung im Unterkiefer? Der Chirurg bringt im Statusbogen nun seinerseits die Farbcodes an.

Nach den unumgänglichen Extraktionen werden die parodontalchirurgischen Maßnahmen (Hemisektion, Furkationsbehandlung mit Membrane etc.) vorgenommen. Der Prothetiker versorgt mit einem Langzeitprovisorium. Nach dem 6 Monate-Recall kommt wieder der Chirurg zum Zuge, der (enttäuscht) nur noch zwei Implantate setzen kann, da dies ein typischer Fall ist, wo die modernen parodontologischen Techniken die modernen kieferchirurgischen Möglichkeiten einschränken. Der Prothetiker kann nun relativ einfach einen festsitzenden Zahnersatz anfertigen und ist zufrieden, dem Kieferchirurgen das Geschäft vermiest zu haben.

Beispiel 2: In einem komplizierten Fall mit aufwendiger Therapie demonstrierte diese „Ampelkoalition“ mit den rot-gelb-grünen Markierungen ihre Teamarbeit und der Chirurg gab unumwunden zu, daß er erst noch lernen mußte, daß der „Leader“ in diesem Team der Prothetiker zu sein hat, denn er muß bestimmen, wo neben den Pfeilerzähnen Implantate (mit Augmentationen) benötigt werden.

In der anschließenden **Diskussion** betonte **Weingart**, daß die Fixierung eines autologen Knochentransplantates, auch

mit Hilfe von Membranen und Memfix-Schrauben erfolgen kann. **Tulasne** bemerkte, daß erfahrene Patienten die Knochenentnahme aus der Schädelkalotte bevorzugen, gegenüber der Entnahme aus dem Beckenkamm, da dies in Lokalanästhesie geschehe und weniger schmerzhaft sei. Das **Schlußwort Lindhe's** zum ersten Tag des Symposiums war ein Lob auf die moderne Kieferchirurgie, welche zu „so viel besseren prothetisch-ästhetischen Ergebnissen“ führt, als seine consequenten, erfolgreichen Parodontalsanierungen „ante implantologem“.

Der folgende Tag war „paramedizinischen“ Themen gewidmet und wurde im wahrsten Sinne des Wortes eingeleitet – einen durch Bolz-Junior. **FRAU ULRIKE RUTH BENZING (Diplomandin für Werkstoffmechanik, Tübingen)** zeigte in einem stark komprimierten Vortrag in rascher Abfolge eine große Zahl von Diagrammen, um **Aspekte der Biomechanik** am implantatgetragenen Zahnersatz zu erläutern. Den verschiedenen Rechenmodellen lagen folgende Gedanken zugrunde:

**Theorie der elastisch gekoppelten Stäbe** – Verformung eines Stabes (Implantat) in (visko-) elastischer Bettung (abgeleitet aus der Eisenbahnschienentechnik).

**Methode der finiten Elemente (FEM)**, bei welchem das untersuchte Teil in kleinste Baukastenelemente zerlegt und deren Beziehungen an den Kno-

tenpunkten berechnet werden und daraufhin das Verhalten des Gesamtelementes (Autotechnik, selbsttragende Karosserie).

**Frau Benzing** erklärte die Funktion von Dehnungsmeßstreifen und zeigte dann die Spannungsverhältnisse in Knochen und Implantatkörpern bei unterschiedlichen Rekonstruktionen auf. In einer steifen Suprastruktur treten geringere Spannungen auf. Bei kompaktem Knochen sind geringere Spannungen im Implantatkörper festzustellen als beim spongiosen Knochen. Auf dieses wenig überraschende Ergebnis angesprochen sagte **Frau Benzing**, daß diese biomechanischen Modellversuche auch dazu dienten, die Tauglichkeit mathematischer Modelle experimentell zu überprüfen.

**SIEGBERT WITKOWSKI** (zahn-technischer Laborleiter, Uni Freiburg) referierte über: **Die Zahntechnik – Dialog zwischen Planung und Therapie** und vermittelte den Zuhörern, wie **Bolz** es ausdrückte: Spannendes aus der Freiburger Ecke. Er zeigte einen neuartigen Übertragungszylinder für das Branemarksystem, welcher bei der Gerüsteinprobe (Titan) noch anpassende Verschiebungen zuläßt. Diese Anschlußteile aus Titan werden dann mit einem Hochtemperatur-Keramikkleber mit dem Gerüst verbunden, oder nach der keramischen Verblendung im Argon-Ofen mit Compositkleber. Genial einfacher Vorschlag: alle Lücken zwischen Pfosten und Suprakonstruktion gleich

groß zu machen, damit der Patient mit einer einzigen Interdentalraum-Bürsten-Größe auskommt.

Für die Einzelzahnimplantation stellte er einen neuartigen, rückstandsfrei verbrennenden Dual-Implantat-Zylinder aus Kunststoff mit snap-on vor. Das daraus entstehende individuelle, aufschraubbare Gußteil kann beispielsweise mit einer Inceram-Krone versehen werden.

Die vielfältige Problematik mit großen Einstückgußteilen behandelte **HERMANN SONNTAG** (Zahntechnikermeister, wax up Dentaltechnik, München) in seinem Refereat: **Die metallkeramische Konstruktion – ist die Lötung notwendig?** Sehr ausführlich ging er auf die Veränderungen im Metallgefüge bei Lötungen und die Expansion bei Modellation, Cristobalit und Gußstück ein und mit welchen Kniffen er diese Probleme in den Griff bekommt. Sein Facit: im Detail so exakt wie möglich.

Den Vortrag über **die extreme Alveolarkammatrophie – Kriterien der Planung und Therapie** begann **FRIEDRICH W. NEUKAMM** (Priv. Doz. Hannover) mit dem Hinweis, daß der Zahnarzt eine Planungsstrategie verfolgen muß, die ihn erkennen läßt, was der Patient eigentlich will. Auch er ist sich (beim Zahnlosen) nicht sicher, ob die Erkenntnisse aus einem CT intra operationem korrekt übertragbar sind. Bei alten HA-Einlagerungen im ge-

wünschten Implantationsbereich ist ein CT dennoch unerlässlich. Die Gefäß-Nervbündel-Verlagerung im Unterkiefer beurteilt er wegen der Komplikationen (2–3% anästhesia dolorosa) sehr skeptisch. Sie stellt auch keine kausale Therapie dar. Bei der Beschreibung der verschiedenen Spenderstellen (retromolarer und Kinnbereich) für autologen Knochen erklärt er, daß es in den USA bereits Schadenersatzprozesse gibt, da sich nach der Knochenentnahme aus der Calvaria die Kopfhaut der Patienten beim Kämmen wellt.

Beim Sinuslift füllt er die untere Etage mit Spongiosa aus, die er unter Lokalanästhesie mit einer Stanze aus dem Beckenkamm entnimmt. Bei der **simultanen Transplantationsmethode** konstatiert er für den Unterkiefer große Erfolgssicherheit – aber sollen wir überhaupt so lange warten, bis durch Atrophie die Voraussetzungen für eine Implantatversorgung ungünstig werden? So sein Schlußwort.

Die **Antithese zur Implantation** präsentierte in einem pfiffigen und flotten, mit der Präzision eines Schweizer Uhrwerks ablaufenden Vortrag **KONRAD H. MEYENBERG, Zürich** mit dem Thema: **Einzelzahnersatz**. Obwohl keineswegs ein Gegner der Implantologie, zeigte er Fälle, wo er bewußt darauf verzichtet hat, da er häufig an den Nachbarzähnen von Einzelimplantaten einen bemerkenswerten Knochenabbau festgestellt hatte. Er zeigte, wie er alle Register zieht, um durch Adhesivtechniken

Einzelzahnimplantate oder konventionelle Brücken bei jungen Menschen zu vermeiden. Er kombiniert diese auch mit Schalentchnik an den Pfeilerzähnen und Weichteilvorbehandlung (Schleimhaut-Onlytechnik). Den Erfolg seiner Marylandbrücken, 65% nach 6 Jahren, hat er auf 95% gesteigert durch Modifizierungen mit Stiften, wie in der Pinledgetechnik.

Mit seinen Schwierigkeiten hielt er nicht hinter dem Berg. Eine Schleimhaut-Onlaybehandlung schien besonders mühsam gewesen zu sein, da der Kiefer schon mit HA vorbehandelt worden war und eben „auf diesem Schotter was Neues schlecht drauf geht“. Das Wort Ästhetik (auf welche er besonderes Augenmerk legt) nervt ihn, da es so selbstverständlich ist. Nicht das „Weiß“ ist das Problem, „das können wir alle längst“, das „Rot“, das Zahnfleisch, die Lippen, sind heutzutage noch das Problem.

**Wolfgang Bolz** schlug in seinem Dankeswort launig vor, eine **Implantat-Vermeidungskonferenz** mit dem Wortführer Konrad H. Meyenberg zu organisieren.

Das Schlußreferat hielt **Jan Lindhe**. Er schlug zunächst in die gleiche Kerbe wie **Meyenberg**, als er drei Fälle mit konventionellem Brückenersatz präsentierte, der trotz extremer Pfeilerreduktion zwanzig bis dreißig Jahre klaglos seinen Dienst tat. Heute würde er in derartigen Fällen implantieren, da er die, in den vorgezeigten Fällen vorhandene Mobi-



lität, nicht mehr tolerieren würde. „Implantate haben sich einfach durchgesetzt“.

In der **Diskussion** kamen **Weingart** und **Wachtel** überein, daß es keinen Implantatverlust durch Überlastung gibt. Facit des Verfassers:

Da die Knochenresorption etwa in der 7. Woche nach einer Extraktion einsetzt, sollte man vorsorglich prothetisch-strategisch wichtige Positionen mit Implantaten in der frisch ossifizierten Alveole (6. Woche) unter Schleimhautdeckung besetzen.

*Dr. Steffen Wander  
München*



*Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:*

*15.01.1994*

Am 28. und 29. Januar 1994 findet in Malmö, Schweden, das

**4th Annual Meeting of  
European Association for Osseointegration (EAO)**

**Interfacial Aspects on  
Osseointegration**

statt.

Auskünfte Praxis Dr. W. Bolz, Engelschalkinger Str. 142, 81925 München

# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung

# Neues aus der Welt des Amalgams

U. Happ

...brachte uns das höchstrichterliche Urteil des Bundessozialgerichtes vom 08.09.'93' zur Therapie mit Amalgam eigentlich nicht, nur die Bestätigung, daß niemand durch den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen verpflichtet werden kann, entsprechend den erlassenen Richtlinien Amalgam zu verwenden – das steht laut Urteilsbegründung ja schon im Grundgesetz, Artikel 5 und 12. Auch die Reaktion unserer Ständesvertreter sowie wissenschaftlicher Gremien gibt keine neuen Perspektiven: Amalgam bleibt Mittel der Wahl.

Diesen Konflikt können wir auch nicht lösen. Doch können wir weitere Anstrengungen unternehmen, die inzwischen nicht mehr zu leugnende mögliche Quecksilberbelastung weiter zu minimieren. Auf dem diesjährigen FDI-Kongreß in Göteborg wurden Neuheiten vorgestellt, die dieses Problem weiter reduzieren:

## Absaugung

Viele Amalgamfüllungen werden von uns aus dem Mund des Patienten entfernt. Daß sich bei dem Herausfräsen erhebliche Mengen von Quecksilberdampf entwickeln, ist unbestritten. Aus diesem Grunde empfiehlt Dauderer ja auch Schutzmaßnahmen, die eher an die Entsorgung von Atommüll erinnern. Aus

Schweden gibt es jetzt eine spezielle Absaugkanüle (Clean up, Abb. 1), die

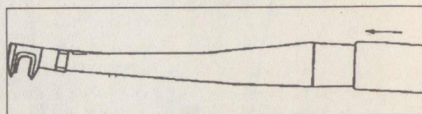


Abb. 1: CLEAN UP Saugkanüle

mit einer Manschette den betroffenen Zahn umfaßt und alle Späne, Schleifstaub, Kühlwasser und Luft aufnimmt, sodaß eine Kontamination der Mundhöhle oder der Atemluft kaum möglich wird. Diese Vorrichtung ist für den UK-Bereich sehr praktikabel (Abb. 2), für den OK etwas gewöhnungsbedürftig. Die Absaugkanüle kann über jedes Dentaldepot bezogen werden. Importeur: Scania Dental.

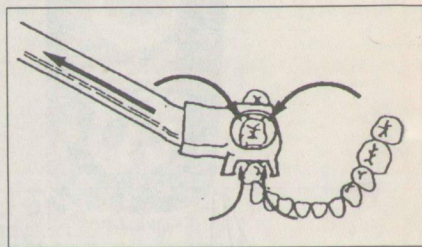


Abb. 2: Wirkungsweise der Kanüle

## Abscheidung

Die anfallende Amalgamfracht muß aus dem Abwasser abgeschieden werden, denn die auch in der Werbung in

Verbindung mit einem größeren Kanister angepriesene Alternative „Werden Sie Nichteinleiter“ ist für die nächsten Jahrzehnte nicht praktikabel. In Schweden wurde nun ein kleines Abscheidegerät vorgestellt, das auch für die übernächsten Jahrzehnte nicht akzeptabel ist, obwohl es das deutsche Prüfzeichen erreichen konnte: der **Rasch System 890** Abscheider. Bei diesem Aktenkoffer-großen Gerät wird das Abwasser durch acht verschweißte Kammern geleitet (Abb. 3). Die vom Abwasser nacheinander zu durchströmenden Kammern sind durch mit Filter versehene Bohrungen verbunden. Die ersten beiden Kammern sind leer für die groben Amalgampartikel, die nächsten sechs enthalten

verschieden große Tonkörper, wie wir sie von den Hydrokultur-Pflanzen kennen – und obendrauf liegt ein herkömmlicher Topfkratzer, damit sie nicht aufschwimmen. Die letzten beiden Kammern sind mit Baumrinde (!) und Aktivkohle gefüllt. Ein Abscheidegrad von 99% wird erfüllt – nach meiner Meinung könnte auch schnell 100% = Nichteinleitung (Verstopfung) erreicht werden, denn die verschiedenen Mikroorganismen werden sich in diesen Kammern häuslich wohl fühlen und die windigen Filtertüten verschließen wollen. Deshalb – oder dagegen werden umfangreiche Desinfektions- und Reinigungsspülungen der Anlage vorgeschrieben, was der Umwelt nicht unbedingt



Abb. 3: Geöffneter RASCH-SYSTEM 890 Abscheider

zugute kommt. Die ganze Kiste steht dann auf einer modifizierten Personenwaage, die mit zunehmendem Abscheidewicht den Füllstand anzeigt und die vorgeschriebenen optischen und akustischen Signale gibt. Und, sollte es bis jetzt funktionieren, kommt nun das eigentliche Problem: ist die Kiste gefüllt, muß sie komplett ausgetauscht werden. Da die Filterkörper und Baumrinden nicht recycelt werden können, muß die Kiste komplett endgelagert werden – bei uns in stillgelegten Bergwerken, wie Atommüll.

Die ganze Anlage ist sehr günstig in der Anschaffung, ca. DM 1.800.–. Aber das rechnet sich nicht, schon nach ca. drei Jahren kommt man neben den Betriebskosten durch den kostenintensiven Austausch und die Endlagerung der Filterkiste deutlich über den Preis einer anständigen Abscheide-Zentrifuge für den Einzelplatz oder einer vernünftigen zentralen Naßabsaugung.

### Amalgamkapsel:

Die im forum 42 von PROF. DERMANN<sup>2</sup> erwähnte Amalgam-Glaskapsel (Abb. 4) hilft hingegen, den Sondermüll-Berg gering bzw. das Endlager-Bergwerk freizuhalten: sie ist im Gegensatz zu allen Kunststoffkapseln voll recycling-fähig / (Abb. 5). Außerdem haftet an ihren Wänden nur 1/10 der Quecksilbermengen im Vergleich zu Kunststoffkapseln, was Erleichterung bei der Lagerung von gebrauchten Kapseln bringt. Und ungebrauchte sind wirklich quecksilberdicht,

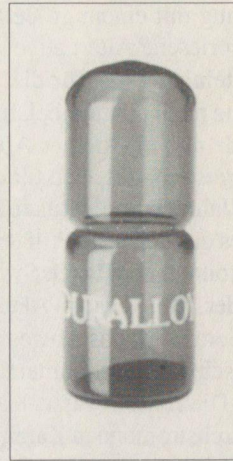


Abb. 4: Glas-Amalgamkapsel

was von vielen Kunststoffkapseln trotz Behauptung nicht gesagt werden kann. Dies sind nicht die einzigen Vorteile. Hinzu kommt, daß durch diese Kapsel die Trituration des Amalgams deutlich



Abb. 5: Geschlossener Entsorgungskreislauf

verbessert wird, d.h. das Amalgam oxidfreier und weichplastisch entnommen werden kann, und daß durch die Glaswand ein Teil der Reaktionswärme abgeleitet wird. Durch handgerechtes Werkzeug läßt sich die Kapsel problemlos und ohne Verletzungsgefahr öffnen, entleeren und entsorgen. Umfangreiche Sicherheitsprüfungen haben ergeben, daß keine Bruchgefahr beim Transport und während des Mischvorgangs besteht und beim Öffnen von 2.820 Glaskapseln nur zwei zerbrochen. Auch ist die Gefahr der Vermengung von Glaskplittern mit Amalgam sehr gering, insbesondere, wenn die Kapsel nicht direkt über dem Amalgambrunnen oder dergl. aufgebrochen wird. Die **Degussa** bietet ihre verschiedenen Amalgamlegierungen jetzt in der Glaskapsel an.

### Amalgampolitur:

Beim notwendigen Polieren der Amalgamfüllung kann, wie beim Ausbohren einer Füllung, Quecksilberdampf ent-

stehen. Die oben beschriebene Absaugkanüle wird hier insbesondere im Approximalraum hinderlich sein. Der schwedische Zahnarzt **ROLAND WAERN** hat eine Polierpaste (**Amaguard**) entwickelt, mit der die Freisetzung von Quecksilberdampf um 2/3 durch Bindung vermindert werden kann (Abb. 6) und die polierte Füllung gibt durch die sich schneller bildende Passivschicht anschließend weniger Quecksilber ab. Da diese sehr preiswerte ProphyPaste bei uns z.Z. nicht erhältlich ist, werde ich mich bei ausreichendem Interesse um eine Bezugsquelle bemühen.

Dr. Ulrich Happ

DAZ-Referat Arbeits- u. Umweltschutz  
Spadenteich 1, 20099 Hamburg

<sup>1</sup> Urteil des Bundessozialgerichtes AZ:  
14a RKa 7/92

<sup>2</sup> K. U. C. DERMANN: Quecksilberdampf  
in deutschen Zahnarztpraxen, DAZ-  
forum 42, 1993, 207-216

Lesen Sie zum Thema Amalgam auch  
die Buchbesprechung auf Seite 348.

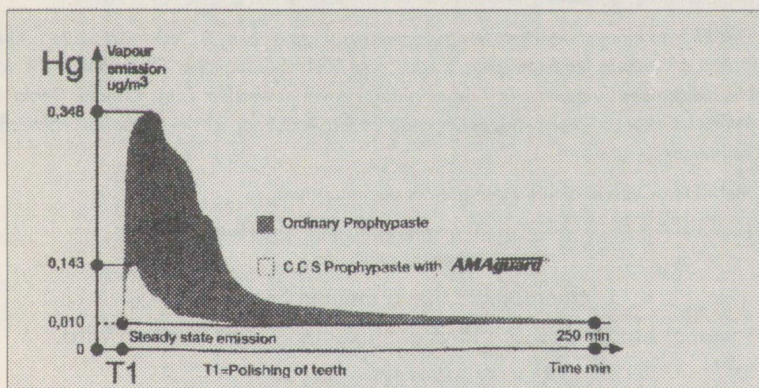


Abb. 6: Quecksilberdampfproduzierung

# Amalgamabscheider

## Falsch und Richtig

Sehr verehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor!

Eine große Schar eifriger Verkäufer zieht zur Zeit alle Register, um den Zahnärzten, die ja zum Kauf verpflichtet sind, dezentrale Einzelplatz-Amalgamabscheider (Zentrifugen) zu verkaufen. Sie tun dies, obwohl sie wissen, daß es einen besseren und billigeren Weg gibt.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung ist nur bei einem Gefälle der Rohre möglich.

**Richtig:** Wenn die Saugleitungen benutzt werden, ist kein Gefälle erforderlich; es darf sogar sanft bergan verlaufen. Sollen die Abflüsse der Einheiten vakuumfrei in den Abscheider geleitet werden, beträgt das vorgeschriebene Mindestgefälle nur 2%.

**Falsch:** Die Länge der Rohrleitungen von den Einheiten zum Abscheider darf 6m nicht überschreiten.

**Richtig:** Es gibt zur Länge der Rohre im Hause der Praxis keine gültigen Beschränkungen.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung erfordert viel Platz, ein Keller muß vorhanden sein.

**Richtig:** Der Sedas 4 benötigt eine freie Wandfläche von 180cm Höhe und 100cm Breite bei einer Einbautiefe von 15cm. Kelleraufstellung ist von Vorteil, doch ist ebenerdige Aufstellung auch oft möglich.

**Falsch:** Nur wo bisher eine Feuchtabsaugung bestand, ist zentrale Abscheidung möglich.

**Richtig:** In den meisten Praxen mit Trockenabsaugung sind die Rohre zur Aufnahme einer Feuchtabsaugung geeignet. Hinter dem Abscheider, der auch separiert, können alle bekannten Vakuumzeuger verwandt werden.

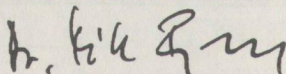
**Falsch:** Die Einleitung der Speischaalen in das Saugsystem ist ein ungelöstes Problem.

**Richtig:** Der Einbau eines tauglichen Saugstromventils (Platzwähler) ist jedem Dentaltechniker, der guten Willens ist, leicht möglich. Es gibt eine Vielzahl tauglicher Platzwähler, die von den Herstellern der Einheiten auch serienmäßig verwandt werden: Dürr, Cattani, Depla, Slaby. Wenn kein kooperationswilliges Depot gefunden wird, kann ich überregional praktische Hilfe vermitteln.

**Falsch:** Mehr High-Tech erleichtert den zahnärztlichen Alltag.

**Richtig:** Einfache Prinzipien schaffen Unabhängigkeit und Sicherheit.

Ich empfehle Ihnen meinen Sedas 4,  
weil er ein langes Zahnarztleben keinen Ärger machen wird.



(Dr. Till Ropers)

Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH  
Alter Marktplatz 4 · 21720 Steinkirchen · Tel. 0 41 42 / 43 77

## Krankenversicherung – Aufklärung vor dem Wechsel

*Gesetzlich oder privat – die Wahl der Krankenversicherung kommt für viele Betroffene einer Glaubensfrage gleich: Viel zu teuer sei die Pflichtkasse, die noch dazu ihre Leistungen immer weiter einschränke und dem Patienten lange Wartezeiten beim Arzt beschere, argumentieren die Anhänger der privaten Assekuranden. „Augenwischerei“, rufen deren Gegner: Ganz bewußt lockten die Gesellschaften gutverdienende, gesunde Kunden in jungen Jahren an, um dann im Alter abzuzocken.*

*Beide Seiten haben Recht und sagen doch nur die halbe Wahrheit. Grundleger für die Problematik ist nämlich, daß gesetzliche und private Gesundheitsschützer ihre Tarife nach völlig unterschiedlichen Kriterien kalkulieren. Bei der Pflichtkasse herrscht das Solidarprinzip: Vereinfacht ausgedrückt zahlen die Jungen und Ledigen für die ärmeren Alten und kinderreichen Familien mit. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Einkommen, nicht jedoch nach Alter, Geschlecht oder Familienstand. Ganz anders rechnen die Privaten: Jeder muß für sein eigenes Risiko lohnen. Für Kranke ist dies teurer als für Gesunde und wer Kinder hat, der muß für jedes einzelne eine Police abschließen.*

*Von der gesetzlichen zur privaten Versicherung kann wechseln, wer monat-*

*lich mehr als 5.400.–DM (Ostdeutschland 3.975.–DM) verdient. Für diesen Personenkreis ist guter Rat oft teuer; denn eine Rückkehr in die Pflichtkasse ist theoretisch völlig ausgeschlossen und praktisch nur mit größten Schwierigkeiten möglich. Eine sauber recherchierte und verständlich geschriebene 68seitige Broschüre der Verbraucherzentralen leistet hier Aufklärungsarbeit.*

*Ohne ideologische Scheuklappen, wenngleich mit spürbarer Sympathie für die gesetzlichen Kassen, vergleicht das Heftchen zunächst einmal Leistungen und Beiträge der beiden konkurrierenden Assekuranden. Anhand von Modellrechnungen machen die Verfasser deutlich, für wen sich ein Wechsel lohnen könnte und unter welchen Voraussetzungen über das ganze Leben gerechnet ein Vorteil übrigbleibt. Denjenigen, die sich für die private Alternative entscheiden, bietet die Publikation einen Führer durch den Tarifdschungel. Musterbriefe zur Angebotseinholung und Adressen.*

*Das Heft „Die private Krankenversicherung“ kann für 8.50 DM bei der Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen, Broschürenversand, Aderstraße 78 in 40215 Düsseldorf bestellt werden.*

Compuserve: Gesundheit u. Soziales  
Quelle: FR vom 26.7.93, S. 11 (doe)



## Termine 1993 / 1994

- 15.12.'93 Regensburg: **Weihnachtsfeier** der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz (Infos über T. 09404/4455)
- 15.1.'93 Köln: **Bundesvorstandssitzung** des NAV-Virchowbundes
- 15.1.'93 Frankfurt: gemeinsame Redaktionssitzung  
FORUM/ARTIKULATOR
- 12.-19.3.'94 Kitzbühel/Ferienhotel Pass:  
**DAZ-Ski- und Fortbildungs-Woche**  
(Anmeldung unter T. 089/8111428, F. 089/8117768)
- 23./24.4.'94 Köln: **Arbeitstagung des NAV-Virchowbundes**  
(Infos über T. 0221/973005-0)
- 7.5.'94 Frankfurt: gemeinsame **Frühjahrsfortbildung** von VDZM und DAZ (mit berufspolitischem Teil und Fortbildungsteil über „**Manuelle Funktionsanalyse**“, Referent: PROF. DR. BUMANN)
- 14.-16.10.'94 Köln: **DAZ-Jahreshauptversammlung**
- 25.-27.11.'94 Köln: **Bundeshauptversammlung** des NAV-Virchowbundes  
(Infos über T. 0221/973005-0)

Nähere Infos zu den Terminen, wenn nicht anders angegeben, über T. 0221/973005-45 oder F. 0221/7391239.



# Buchbesprechungen

## Der Praxiscomputer

K. Walther

Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1993, ISBN 3-7691-0270-3

Die Niederlassungswelle im Gefolge des GSG hat mit Sicherheit eine Menge von Kolleginnen und Kollegen in ein ungeahntes Dilemma gebracht: Einerseits muß die Arbeitskraft möglichst produktiv eingesetzt werden, andererseits steht man vor einem schier nicht zu bewältigenden Berg von Verwaltungsarbeit. Manch einer wird sein Heil dann in der Praxis-EDV suchen, was wiederum in das Dilemma von Auswahl und Entscheidung führt.

Spätestens nach dem zweiten Vertreterbesuch und dem fünften Prospekt sucht man nach einer leitenden Hand, nach einem Ratgeber, dem man vertrauen kann. Einer der erfahrensten Fachleute auf dem Gebiet des Dentalcomputers ist Kurt Walther, der sich seine ersten publizistischen Sporen schon in der Zeit der dampfbetriebenen Systeme verdient hat. Sein Buch „Der Praxiscomputer“ liegt nun in der dritten Auflage vor. Es erhebt den Anspruch, „daß auch der Laie ... keine Verständnisprobleme hat“. Um es vorwegzusagen: das Versprechen wird erfüllt, wenn mit Laienhaftigkeit das Fehlen von Kenntnissen in der zahnärztlichen Datenverarbeitung gemeint ist. Wenn dazu aber noch ein Defizit an Praxiserfahrung kommt, ist auch dieses Buch keine leichte Kost. Das liegt nicht an Walther – er schreibt klar und verständlich, geht auf alles ein, was man wissen muß, gliedert übersichtlich und teilt seine reiche

Erfahrung mit den Lesern. Daß zahnärztliche Abrechnungs- und Informationssysteme ein administratives Chaos abbilden und verwalten müssen, ist nicht seine Schuld, es wird einem nur wieder deutlich, wenn man sich in die Situation eines neu niedergelassenen Kassenzahnarztes versetzt.

Manchmal kann auch er allerdings den ‚freak‘ nicht verleugnen: es ist zum Beispiel nicht einzusehen, warum in einem solchen Buch erklärt werden muß, was der Unterschied zwischen Dual- und Dezimalzahlen ist, oder was es mit den Geheimnissen der Boole'schen Logik auf sich hat. Wer das wissen will, kann sich andere (und bessere) Bücher kaufen. das gilt auch für den Exkurs in die Hardware. Ich kenne eine Menge Menschen, die am Computer arbeiten, ohne zu wissen, daß die Firma Motorola einen anderen 32-Bit-Prozessor herstellt, als die Firma Natsemi. Hier wäre weniger mehr gewesen. Der kurze - und damit unklare Ausflug in das Betriebssystem MS-DOS erspart einem interessierten Anwender auch nicht die Lektüre der Handbücher oder entsprechender Literatur.

Ich hätte es hilfreicher gefunden, wenn der allgemein-technische Teil sich auf das Wesentliche beschränkt hätte. Walther drückt sich um die Beschreibung und Bewertung von wenigen sinnvollen Hardware-Konfigurationen, äußert kein einziges warnendes Wort

vor exotischen Betriebssystemen und spinner-ten features, wie das Speichern von Röntgen-  
aufnahmen als Bilddatei. Selbst die Tatsache,  
daß der Laserdrucker für die Scheinab-  
rechnung nicht brauchbar ist, muß man sich  
zusammenreimen. Hier wären Tips in der Art  
des Kochbuchs notwendig und unverzichtbar.

Die Abbildungen des Buches dienen ledig-  
lich der Auflockerung des Layouts, die  
Farbtafeln sind schlecht.

Trotzdem: wenn man aus dem großen An-  
gebot das System seiner Wahl aussuchen  
will, ist „Der Praxiscomputer“ eine unver-

zichtbare Hilfe - man muß nur vorher schon  
einigermaßen wissen, wie die Arbeit aus-  
sieht, die der Rechenkecht bewältigen soll.  
Dann nämlich können die Checklisten,  
Funktionsbeschreibungen etc eine Entschei-  
dungshilfe sein - weiß man über die zahn-  
ärztliche Verwaltungsarbeit zu wenig, wird  
man von jedem Vertreter um den Finger  
gewickelt.

Merksatz: wer sich heute noch nicht für eine  
Praxis-EDV entschieden hat, braucht ihn -  
den Praxiscomputer und den „Walther“.

Dr. Kai Müller, Seefeld

## Lehrbuch der chirurgischen Zahn-, Mund und Kieferheilkunde

E. Krüger

Band 1, 7. Auflage, 408 Seiten, 367 Abb., Format 17,5 x 24,5cm,  
DM 160.- incl. MWSt., ISBN 3-87652-233-1, Best. Nr. 2025

Band 2, 7. Auflage, 648 Seiten, 897 Abb.,  
DM 220.- incl. MWSt., ISBN 3-87652-234-6, Best. Nr. 2125

Quintessenz-Verlag Berlin 1993

Im Zuge der Spezialisierungen in der  
Zahn-, Mund und Kieferheilkunde geht die  
chirurgische Kompetenz zunehmend auf die  
kiefer- und gesichtschirurgisch ausgebilde-  
ten Kollegen über, sodaß vermutlich langfri-  
stig nur noch unkomplizierte chirurgische  
Eingriffe im Leistungsspektrum der Allgemein-  
praxis verbleiben werden.

Gleichwohl wird auch weiterhin der „Allge-  
meinzahnarzt“ erste Instanz sein, bei der  
eine zuverlässige (Früh-) Diagnostik, die Erst-  
versorgung und Beratung erwartet wird und  
geleistet werden muß.

Für diese Aufgaben bietet die aktualisierte,  
nun 7. Auflage dieses Lehrbuches eine denk-

bar breite Basis. Über die eigentliche zahn-  
ärztliche Operationslehre hinaus wird die  
Pathologie, die Diagnostik, Dokumentation,  
Therapie und Nachsorge systematisch abge-  
handelt. Im Text hervorgehobene Grund- und  
Merksätze erleichtern eigene Lernprozesse,  
ein gut sortiertes Stichwortregister macht das  
Werk zum schnellen Ratgeber.

Zu wenig berücksichtigt erscheint die mo-  
derne Parodontologie, die jedoch ebenso  
wie die Implantologie wohl besser in eigenen  
Lehrbüchern darzustellen ist. Wenig scharf,  
z.T. antiquiert ist ein Teil des Fotomaterials.  
Nicht alle der fast 1.300 Abbildungen sind  
optimal und auf der Höhe der heute üblichen

Technik. Hier macht sich die über 20-jährige Vorgeschichte dieses Standardwerkes bemerkbar. Dies tut dem Werk insgesamt jedoch keinen Abbruch.

Da wohl im deutschen Sprachraum konkurrenzlos, ist dieses Lehrbuch allen Kiefer- und Oralchirurgen, allen Zahnärzten als Grundausstattung chirurgischen Denkens und Handelns empfohlen. Insbesondere aber auch unseren Studenten, die von jeher mit tech-

nisch-chirurgischen Defiziten in die Berufswirklichkeit entlassen werden und sich erst mit Hilfe solcher Werke ein sicheres Fundament erarbeiten können.

Druck und Ausstattung sind von bibliophiler Güte. Als Anschaffung für ein (halbes) Berufsleben ist auch der Preis von insgesamt DM 360.- absolut gerechtfertigt.

cn

## Das Recht in der Zahnarztpraxis

S. Tiemann

390 S., 14,5 x 22,5cm, DM 89.-, ISBN 3-87652-886-0, Best. Nr. 1885

Quintessenz-Verlag Berlin 1993

Der Zahnarzt sieht sich heute bei seiner Berufsausübung einer zunehmenden Fülle rechtlicher Regelungen unterworfen. Häufig belastender als der eigentliche Dienst am Patienten erweist sich ein lückenloses Netz von vertrags-, haftungs-, berufs-, arbeits- und strafrechtlichen Vorgaben, ergänzt durch zahlreiche öffentlich-rechtliche Regelungen.

Kompliziertheitsgrad und ständige Änderungen haben inzwischen ein Maß an rechtlicher Unsicherheit erzeugt, daß sich auch erfahrene Zahnärzte in diesem Labyrinth kaum noch zurechtfinden. Die bisher nur nebulös sich abzeichnenden neuen EG-Regelungen, Niederlassungsbeschränkungen und die spürbare Lähmung der Selbstverwaltung tragen zur Desorientierung bei und lassen manchen Kollegen an seinem freien Beruf verzweifeln.

Frau Dr. Tiemann ist seit Jahrzehnten eng mit dieser Problematik vertraut und bietet in

einer aktualisierten Sammlung von Gesetzen, Verordnungen, Urteilen und Kommentaren eine kompetente Orientierung in diesem Vertrags- und Verordnungsdschungel. In klarer Systematik und einladender Kürze werden die Kernprobleme dargestellt und Lösungsansätze angeboten. Abkürzungs- und Stichwortverzeichnisse erleichtern das Verstehen der spröden Juristensprache.

Allen Praxisinhabern, insbesondere den jüngeren und den berufspolitisch-engagierten, nicht zuletzt den von diesem Wust speziell getroffenen Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern möchte ich diesen handlichen Band empfehlen. Aber auch Anwälte, Banker und Steuerberater, auf deren Mithilfe Zahnärzte bisweilen angewiesen sind, werden in Tiemanns „Recht“ zuverlässige Antworten auf komplizierte Fragen finden.

Dr. Christian Nielsen, München

## Kiefererkrankungen – Diagnose und Therapie

Lehrbuch und Atlas von J. van der Waal

304 S., DM 228.–, ISBN 3-7691-4047-8, Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Diese Monographie befaßt sich mit allen Aspekten der Kieferläsionen, von angeborenen Mißbildungen und entwicklungsbedingten Störungen über entzündliche Läsionen, Idiopathien, Kiefertumoren aller Art und systemisch bedingte Erkrankungen bis hin zu Kiefergelenkserkrankungen.

Professor Isaak van der Waal ist eine weltweit anerkannte Kapazität auf dem Gebiet der Oralpathologie und bekannt für den

klaren Stil seiner Darstellung, der auch dieses Buch prägt.

Das Buch ist gut gegliedert und bietet zu jedem Thema umfassende Informationen – für Zahnärzte und Studenten der Zahnmedizin dürfte es sich als nützlich erweisen.

Der Preis für das Werk ist zwar entsprechend hoch, aber nicht allein auf Grund der ausführlichen Bebilderung gerechtfertigt.

s./.

## Aids – Orale Manifestationen und Infektionsschutz

D. Greenspan, J. S. Greenspan, J. J. Pindborg, M. Schlödt

204 S., DM 148.–, ISBN 3-7691-4037-0, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1992

Bei der wachsenden Anzahl von HIV-Infektionen haben immer mehr Zahnärzte und Ärzte Aids-Patienten zu betreuen.

Heute ist allgemein anerkannt, daß orale Manifestationen unter den Erscheinungsformen der HIV-Infektion einen bedeutenden Stellenwert besitzen.

Bei einem Teil der Patienten mit HIV-Infektionen kann die Diagnose aufgrund krankhafter Veränderungen in der Mundhöhle gestellt werden. Einige dieser Erkrankungen sollten den Zahnarzt, aber auch den Hals-, Nasen-, Ohrenarzt, den Dermatologen und auch den Internisten auf die Möglichkeit einer HIV-Infektion aufmerksam machen.

Dieses Buch informiert zunächst gründlich über aktuelle Definitionen, Epidemiologie,

HIV-Viren sowie deren Übertragung. Kenntnisse in Mikrobiologie und Hygiene vermitteln Sicherheit im Umgang mit HIV-Positiven. Ein Kapitel zum Infektionsschutz in der Zahnarzt- und Arztpraxis mündet in praktische Empfehlungen zum Schutz der Patienten und des Praxisteam.

Im Mittelpunkt steht die Darstellung oraler Manifestationen von Pilzinfektionen, bakteriellen und viralen Infektionen, von Neoplasmen, neurologischen Erkrankungen sowie von oralen Manifestationen unbekannter Herkunft.

Die Symptome werden in ausgezeichneter Farbbildungen vorgestellt und ausgewertet.

Silke Lange, Oldenburg

## Enossale Implantate in der oralen Chirurgie

Watzek et al.  
Quintessenz- Verlag.

Der implantologisch interessierte Praktiker wird heute mit einer Vielzahl von Systemen konfrontiert, eine wahre Inflation von Fortbildungsveranstaltungen soll für die richtige Anwendung sorgen, die implantologischen Publikationen sind bereits Legion. Braucht es da nach Bränemark, Tetsch, Fallschüssel und den Amerikanern noch ein weiteres Werk?

Vorab gesagt: Ja, das Buch von Watzek et al. ist up to date und eine Standortbestimmung, die den Anfänger in den praktischen und wissenschaftlichen Hintergrund erschöpfend einführt und dem bereits implantierenden Kollegen hilft, eingefahrene Praktiken zu überdenken, zu verbessern oder zumindest sich über die Relativität der eigenen Entscheidung klar zu werden.

Das Buch beginnt mit einem kurzen, aber recht lehrreichen Abriss der Implantatgeschichte und behandelt dann alle für die Implantologie wichtigen Kapitel, beginnend bei der Anatomie (Gruber/Solar/Ulm; 30 Seiten), die praxisbezogen dargestellt ist, ohne auf die derzeitigen Klassifikationen zu verzichten. Widerspruch meinerseits zur Wertigkeit des tuber maxillae als Implantationsstandort zweiter Wahl.

Materialkunde und Knochenphysiologie (Plenk/Zitter, 30 Seiten) und die Oberflächengestaltung enossaler Implantate (Weinländer, 30 Seiten) bringen das „Geheimnis“ des Implantat-Knochenverbundes näher. Angenehm ist dabei – und das ist Stil des ganzen Buches – daß zwischen Wissen und Spekulation getrennt wird.

Während es bei dem Implantat-Knochenverbund viele und genaue Untersuchungen gibt, ist die Literatur über die periimplantären Weichgewebe wesentlich dünner. Krekler faßt die Ergebnisse zusammen (20 Seiten) und schildert mögliche Techniken zur Herstellung implantatfreundlicher Gingivaverhältnisse, wobei allerdings eine Systematisierung fehlt.

Das Thema: Indikation-Diagnostik-Nachsorge (Will/Solar, 29 Seiten) ist präzise und knapp. Die Wichtigkeit der Nachsorge und Dokumentation und der daraus zu entwickelnden praxiseigenen Statistik wird hervorgehoben.

Das Thema präprothetische und periimplantäre Chirurgie (Watzek, 25 Seiten) gibt einen Überblick über alle bislang verwendeten Techniken, mit einer erfreulich deutlichen Wertung der einzelnen Verfahren.

Das Hauptthema des Buches, die enossale Implantation in der oralen Chirurgie, wird von Watzek (60 Seiten) systematisch und sehr anschaulich aufbereitet. Das operative Vorgehen wird praxisbezogen in Abhängigkeit vom Atrophiegrad dargestellt und beinhaltet neben dem „einfachen“ Fall alle heute gängigen Techniken der Augmentation, Knochenspreizung, Sinuselevation, Nervtransposition und geführten Geweberegeneration

Die prothetischen Aspekte (Rambousek-Sperl/Slavicek, 20 Seiten) zeigen bewährte Lösungen für die verschiedenen Indikationen auf. Hauptaugenmerk wird dabei auf die

gnathologisch funktionelle und ästhetische Ausführung gelegt, die Hygienefähigkeit kommt meines Erachtens ein wenig zu kurz dabei.

Der abschließende Teil über die Biomechanik (Mailath/Pokorny, 20 Seiten) zeigt Grundsätzliches über die Belastung von Implantaten und Implantatprothetik. Das ist recht hilfreich, sind doch die Wünsche an beide Hilfsmittel oft bar jeglicher physikalischer Grundlagen.

Das Buch ist sowohl für den Anfänger als Überblick als auch für den Routinier als Standortbestimmung zu empfehlen. Es geht weit über die im Titel suggerierte Beschränkung auf den chirurgischen Teil der Implantologie hinaus. Das Literaturverzeichnis zu den einzelnen Kapiteln ist ausführlich, Abbildungen, Druck und Ausstattung sind Quintessenz-gewohnt hervorragend.

Dr. Sebastian Schmidinger  
Seefeld

## Psyhyrembel-Klinisches Wörterbuch

257. Auflage, 1750 S., DM 68.-, Verlag Walter de Gruyter+Co, Berlin

Der Psyhyrembel – unser allererstes Werkzeug, unsere erste Tür ins verwirrend große Haus der Medizin. Wer litt nicht unter dem Psyhyrembel-Syndrom, dieser Universalkrankheit mit den vielen Symptomen, die man beim Blättern in diesem Kompendium am ganzen Leib zu spüren begann? Denn wer über Ursachen und Auslöser, diagnostische Verfahren und Differentialdiagnosen, Verlauf, Komplikationen und Therapie einer Er-

krankung sich einen möglichst guten Überblick verschaffen wollte – hier fand er/sie ihn und wird ihn auch weiter finden – kurz, kompetent und unverzichtbar.

Der neue Psyhyrembel, von dem allein nach dem Krieg drei Millionen Exemplare verkauft wurden, erscheint jetzt in der 257. Auflage und wird 100 Jahre alt!

Ein stolzes Jubiläum – herzlichen Glückwunsch!  
H.H.

## Der keilförmige Defekt

W. Klimm, G. Graehn, 208 S., DM 198.-, Quintessenz-Verlag 1993

Keilförmige Defekte: täglich zu sehen – schwierig die Beantwortung der Fragen nach dem Woher – noch schwieriger und langwieriger oft die Therapie. Vor allem: in welchen Fällen behandelt man überhaupt nicht, wann nichtinvasiv und wann sollte man füllungs-therapeutisch eingreifen?

Nach sehr übersichtlich geordneten Kapiteln zur deskriptiven Epidemiologie, zur Ätiopathogenese und zur Pathomorphologie des Keildefekts werden diese Fragen des Praktikers im klinischen Teil umfassend und konzeptionell überzeugend beantwortet.

Wirklich hilfreich vor allem die Darstellung der psychosomatischen Komponenten!

Interessant auch die Bilder von Tierzähnen mit keilförmigen Defekten(!), etwas irritierend demgegenüber, aus dem Zusammenhang aber wieder verständlich die Schlußbemerkung: „ohne Zahnbürste kein Keildefekt!“

Sprachlich ganz deutlich ein Buch aus der Hochschule, für den suchenden Praktiker trotzdem ein verständlicher und wertvoller Ratgeber und, in Anbetracht der gewohnt opulenten Quintessenz-Ausstattung, auch preislich akzeptabel.  
H.H.

## Quecksilber-Exposition durch Amalgamfüllungen

H. Visser

163 S., DM 38.-, ISBN 3-7785-2211-6,

Zahnheilkunde Aktuell – Hüthig Buch Verlag Heidelberg 1993

Wer seinen Patienten bezüglich der immer wieder angesprochenen Amalgam-Problematik seriöse Antworten geben will, der findet in diesem Buch die notwendigen Grundlagen und eine umfassende Materialsammlung.

Allein die Tatsache, daß sich der Autor durch 1.500 wissenschaftliche Publikationen gekämpft hat – vor allem auch von Amalgamgegnern – wovon das 24-seitige Literaturverzeichnis beredtes Zeugnis ablegt, verdient große Anerkennung!

Neben der natürlichen Hg-Belastung und der durch Amalgamfüllungen werden auch die umstrittenen Diagnoseverfahren wie Mundstrommessung, Elektroakupunktur etc. ausführlich dargestellt und kritisch gewürdigt.

Die Quintessenz: „Die mittlere Hg-Aufnahme aus der Nahrung und aus Amalgam-

füllungen zusammen liegt deutlich unterhalb toxikologisch bedenklicher Mengen. Allgemeine Gesundheitsrisiken oder eine unterschwellige Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Amalgamfüllungen sind nach den vorliegenden klinischen und epidemiologischen Studien nicht zu erwarten. Im Einzelfall können Unverträglichkeiten auftreten. Diese seltenen Fälle erfordern eine sorgfältige Differentialdiagnose mit fundierten Methoden. Die zunehmende Verbreitung ungeeigneter Diagnoseverfahren und die möglicherweise daraus folgenden Risiken verdienen mehr Aufmerksamkeit als bisher.“

Dem ist nichts hinzuzufügen. Eine sehr empfehlenswerte Lektüre für Zauderer und Zweifler!

Dr. Hanns-W. Hey  
München



# DAZ forum

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

## Impressum

- **Herausgeber:**  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
im NAV-Virchowbund,  
Belfortstraße 9, 50668 Köln,  
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Redaktion:**  
Irmgard Berger, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W.  
Hey, Silke Lange, Dr. Stefan Zimmer  
**Anschrift:** Redaktion DAZ forum,  
Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Erscheinungsweise / Auflage**  
DAZ forum erscheint viermal jährlich  
Auflage: 2.400 Stück
- **Bezugsbedingungen**  
DAZ forum ist im Abonnement erhältlich.  
Jahresabonnement: 40,00 DM.  
Für DAZ-Mitglieder ist das Abonnement im Mit-  
gliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten DAZ  
forum auf Anfrage, soweit die Auflagenhöhe dies  
zuläßt.
- Der **Inhalt der Beiträge** entspricht nicht immer  
der Meinung der Redaktion oder des DAZ. Nach-  
drucke mit Quellenangabe DAZ forum sind er-  
laubt, soweit mit den Autoren der Beiträge abge-  
sprochen.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind er-  
wünscht, eine Besprechung kann aber nicht  
zugewiesen werden.
- **Zuständig für Annoncen:**  
Dr. Wolfgang Lell  
Hermann-Geib-Str. 59a, 93053 Regensburg  
Tel. 0941/90238, Fax. 0941/90359
- Für eine **Anzeige** im DAZ forum senden Sie  
bitte eine Druckvorlage an die Redaktion.  
Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift  
schwarz-weiß.
- Für die **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir  
gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Be-  
darf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder  
Skizzen.
- **Inseratpreise:**  
Auskünfte über Anzeigenformate und -preis,  
Platzierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber  
usw. gibt unsere Anzeigenpreisliste 6. Bitte  
anfordern bei Dr. Lell, Hermann-Geib-Str. 59,  
8400 Regensburg.
- **Satz:** Brack, Hauptstraße 47  
93138 Lappersdorf
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold  
Kötztingerstr. 10, 93057 Regensburg

---

## Der DAZ stellt sich vor



### **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 Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

### **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 Informationsblatt „Kontakte“ heraus. Die DAZ-Mitglieder erhalten zudem die Zeitung „IGZ Kontakt“ der Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ), der der DAZ angehört.

### **Hilfe für den Zahnarzt-Alltag**

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Verbindung mit dem NAV-Virchowbund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

### **Standespolitik**

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften,
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und Wahlleistungen innerhalb der GKV,
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit,
- Aufgabe hektischer ad hoc - Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven

### **Qualität**

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

- vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die 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 von Fluoridkochsalz in Backwaren, Konserven, Kantinenessen

### **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:

**Berlin**, Dr. Claudia Barthel, Klopstockstraße 18, 14163 Berlin, Tel./Fax 030/8023651

**Chemnitz**, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8, 09130 Chemnitz, Tel. 0371/412228, Fax 0371/428686

**Elbe-Weser**, Dr. Frank Kopperschmidt, Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck, Tel. 04149/1066

**Freiburg**, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215, 79211 Denzlingen, Tel. 076666/2410

**Hamburg**, Dr. Thomas Murphy, Poppenbütteler-Chaussee 45, 22397 Hamburg, Tel. 040/6074151, Fax 6074152

**Oberpfalz**, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404/4455

**Oldenburg**, Dr. Anke Brinkmann, Bachstraße 22, 26135 Oldenburg, Tel. 0441/12943

**München**, Dr. Armin Maurer, Wöhlerstr. 20, 81247 München, Tel. 089/8111428, Fax 089/8117768

**Schleswig-Holstein**, Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43, 24216 Schönberg, Tel. 04344/9020, Fax 04344/3349

oder an Irmgard Berger-Orsag

DAZ-Geschäftsstelle, DAZ im NAV-Virchowbund, Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Pressereferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 81371 München, 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  
50668 Köln

Bitte  
freimachen

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

Belfortstraße 9  
50668 Köln