

Nr. 49

14. Jahrgang
2. Quartal 1995

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

DAZ FORUM

**Die 200%-Praxis
und die DZW**

**Wie kann Gesundheit
bezahlbar bleiben?**

Vergiß Palermo
Schau lieber, wo das Honorar bleibt

Gruppenprophylaxe in Berlin



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Schwerpunktthema
Metallrestaurationen**



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

NEU

Mann Schein:

	0	2	1	0	2	1			2	2					2	2				2	3	3			
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
LG	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Krone	f	c	coh	oh	z	o	o	o	o	o	o	o	c	c	kyg	e	ret								

Kom:

Tab:

F-Ab:

P+A:

Filter:

Bei:

Hilfe:

Krone	coel	co	co	o	o	o	oc	km	oc		o	km	km	c	uel	uel			
LG		+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Vit	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?			
PBI	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
PJQ	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Furk	2	0	0	0	1	1					0	0		1	1	2	2	3	3

Befund:

basierend auf der 15-jährigen Erfahrung der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung, Karlsruhe

Weniger arbeiten – mehr verdienen

Im Grunde gehts darum, daß durch immer mehr Verwaltungstätigkeiten die eigentlichen Aufgaben des Zahnarztes zurückgedrängt werden. Das bedeutet einen hohen Verlust an Effizienz und weniger Ertrag.

Experten der Zahnmedizin, Betriebswirtschaft und Informatik entwickelten aufgrund dieses Defizits ein ausgereiftes und zeitgemäßes EDV-Programm speziell für die Zahnarztpraxis.

MARTY DENT ist ein Abrechnungs-, Organisations- und Dokumentationsprogramm, das auch für den DOS-Anwender moderne Fenster- und Menütechnik bietet.

Rufen Sie uns an, wir führen Ihnen gerne MARTY DENT vor – kostenlos.

**MARTY
DATA**

MARTY DATA, Pflleggasse 31, 94469 Deggendorf
 Tel. 0991/382250
 MARTY DATA, Hohenzollernstr. 59, 76135 Karlsruhe
 Tel. 0721/9812035

Editorial: Die 200%-Praxis und die DZW	85
DAZ-Stellungnahme zum Konzept „Vertrags- und Wahlleistungen“ der KZBV	89
Wie kann Gesundheit auch in Zukunft noch bezahlbar bleiben?	95
Was der FVDZ-Spitze an der Stasi gefällt	98
Chaos oder Neubeginn?	100
Vergiß Palermo!	109
Wie durchsichtig ist der gläserne Patient?	113
Schwerpunktthema Metallrestauration	
Legierungen in der zahnärztlichen Therapie	120
Basler Lehrmeinung	124
Zur subakuten oralen Toxizität	126
Metallanalysen an zahnärztlichen Restaurationen	127
Hochgoldartige Edelmetall-Legierungen	131
Cobalt-Chrom-Legierungen an der zahnärztlichen Prothetik	134
Titan in der restaurativen Zahnheilkunde	139
Aktuelle Bewertungstabelle der drei biokomp. Legierungstypen	144
Gruppenprophylaxe in Berlin – ein Vorbild?	147
Jodiertes und fluoridiertes Speisesalz	156
Buchbesprechungen	162
Leserbriefe	166
DAZ-Verbandsnachrichten, Termine	168
Impressum	172



PSYCHOSOMATISCHE ZAHNMEDIZIN

- Tiefenpsychologisch fundierte Gutachten unter besonderer Berücksichtigung des maxillo-mandibulären Systems
- Anti-Angsttraining für Patienten mit Phobie vor zahnärztlicher Behandlung
- Anti-Angsttraining speziell für Kinder

INSTITUT FÜR SYSTEMATISCHE ANALYSE

Leitung: Dr. P. Macher

Hauptstr. 77 · 77855 Achern · Tel. 078 41-29 08 55 · Fax 2 89 93



In eigener Sache

„Das DAZ-forum ist umweltgefährlich! Innenseiten wahrscheinlich nicht chlorfrei gebleicht, Hochglanz-Umschlag enthält Kunststoffzusätze, hochgiftig und extrem umweltbelastend“ – so meldete die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein im Januar '95 im offiziellen Standesorgan die Hiobsbotschaft eines Druckfachmannes.

Die Zahnärztekammer ist einer Falschmeldung aufgesessen und hat diese weiter zur Schlammschlacht eingesetzt. Die *forum*-Analyse durch einen Papiergrossisten hat ergeben, daß die Innenseiten des DAZ-*forum* auf Recycling-Papier gedruckt sind und der Umschlag auf chlorfrei gebleichtem Bilderdruckpapier mit einem granulierten Glanzeffekt durch Auftragen eines Kleber-Kalk-Gemisches.

Die Zahnärztekammer hat sich für diesen Fehler entschuldigt und wird ihn in ihrem nächsten Standesblatt richtigstellen.

Die vermeintlich hochgiftige, extrem umweltbelastende Substanz hat sich als harmloses Kleber-Kalk-Gemisch herausgestellt. Wollen wir hoffen, daß sich das Gedanken-Kalk-Gemisch in den Hirnen mancher Standesfunktionäre auch im kooperativen Dialog lösen läßt.

Dr. Ulrich Happ
Referat Arbeits- und Umweltschutz

Editorial

Die 200%-Praxis und die DZW

Der *forum*-Redaktion ist sehr wohl bewußt, daß der folgende Artikel massive Reaktionen hervorruft, greift er doch ein Tabu-Thema der deutschen Zahnärzteschaft auf: Die Manipulation der zahnärztlichen Standespolitik durch die Wochenzeitung DZW-Die Zahnarztwoche und ihren Chefredakteur Jürgen Pischel nimmt aber inzwischen Ausmaße an, gegen die sich kaum ein auf Wiederwahl angewiesener Standesvertreter zur Wehr setzen kann.

Die früher halbwegs neutrale Berichterstattung über den DAZ ist der Diffamierung und der üblen Nachrede bis hin zur offenen Lüge (s.u.) gewichen. Diese Kampagne wird umso hysterischer, je mehr deutlich wird, daß die Konzepte und Programme des DAZ gangbare Wege eines Kompromisses zwischen Zahnärzteschaft und Politik aufzeigen, die aus der Sackgasse des inzwischen 15 Jahre andauernden Niederganges herausführen.

Welcher Zahnarzt will sie nicht, die 200%-Praxis? Wer will nicht seine in teuren Wochenend-Fortbildungen erworbenen Kenntnisse über Implantate, Gnathologie, Inlaytechnik, Individualprophylaxe, aber auch Akupunktur oder Hypnose u.v.a. seinem Patienten zukommen lassen, der solche Behandlung braucht oder wünscht. Viele Praxen an „teuren“ Standorten mit extremen Mieten und hohen Personalkosten sind auf diesen „außervertraglichen“ Teil umso mehr angewiesen, je mehr der Staat auf die von der GKV gezahlten Honorare drückt und je mehr einzelne KZV-Syndikate (z.B. Niedersachsen und Bayern) den Geldhahn absichtlich zudreihen, indem sie das von den Kassen an sie gezahlte Geld nicht oder viel später als nötig an die Kollegen weiterleiten (siehe S. 109). Auch der DAZ verfolgt seit Jahren die Öffnung des starren Leistungskataloges der GKV, ohne allerdings dessen bisherigen Umfang anzutasten. Dem widerspricht auch nicht seine Mitwirkung an der Ausgestaltung des Vertrags- und Wahlleistungsgedankens. Dabei geht es ihm nicht

um Ausgrenzung, sondern um eine höhere Bezuschussung von unverzichtbaren Leistungen und damit eine gerechtere Verteilung der immer knapperen Krankenkassenmittel. Eine Ausgrenzung von Leistungen für GKV-Patienten kann solange nicht verantwortet werden, wie durch eine viel zu löcherige Gruppenprophylaxe noch zu viele Jugendliche ihre Zähne durch Karies verlieren. In diesem Punkt ist Seehofer voll zuzustimmen, führt er doch lediglich der FVDZ-verführten Zahnärzteschaft ihre eigenen Versäumnisse der vergangenen beiden Jahrzehnte vor. Funktionierten bei uns – wie in unseren zivilisierten Nachbarländern – die vom DAZ seit Anfang seines Bestehens gebetsmühlenartig geforderten Gruppenprophylaxemodelle, könnte ein Gesetzgeber leichten Herzens den Zahnersatz – als selbst mitverschuldet – in die eigene Verantwortlichkeit des Bürgers zurückgeben.

So aber gerät die deutsche Zahnärzteschaft immer tiefer zwischen die Mühlsteine von Staat und Kassen einerseits und einer obersten Standes-Partei-Führung

andererseits, die den Ausstieg aus den KZVen betreibt – in die Luftleere eines GKV-freien Raumes. Sie weiß, daß dazu nur eine begrenzte Anzahl von Raumanzügen zur Verfügung steht, und mindestens ein (bereits einkalkuliertes) Drittel der Kollegen entweder gleich von der Bildfläche verschwinden wird oder sich direkt an die kurzen Sauerstoff-Schläuche der Krankenkassen anschließen muß, was fast auf dasselbe hinausläuft. Und der Kampf um die Überlebenssysteme hat begonnen – die Berichte von der Front verfolgen wir jeden Mittwoch gespannt in der DZW – gespickt mit häufig fragwürdigen Erfolgsmeldungen, mit Durchhalteparolen und Dolchstoßgeschichten.

Verleger und Mitherausgeber Hinz propagiert als KZV-Chef in seinem Bereich Westfalen-Lippe das „Zahnheilkunde-Plus“-Projekt, das lupenrein den anfangs erwähnten 200%-Gedanken umsetzt, indem es Marketing-Hilfen für außervertragliche Leistungen gibt, aber den Vertragssektor unangetastet läßt. Darüber hinaus verantwortet er den gerechtesten und gesetzeskonformsten HVM der ganzen Republik, der zwar seine Verwaltung bis an die Grenzen des Machbaren strapaziert, aber kleinen Praxen eine Chance läßt und größere mehr belastet und somit als wohlverstandene Selbstverwaltung den schlimmsten Druck aus dem unseligen Budget-Dilemma herausnimmt.

Ganz anders sein Mitherausgeber und Chefredakteur Pischel: Der nutzt mit Machtkalkül und Sinn für's Geschäft seine Pressefreiheit voll aus, besser als das biedere hochglänzende und teure Hofberichterstattungs-Blättchen „Zahnärztliche Mitteilungen“, das von denselben „Freiheitskämpfern“, die in der DZW ihre Pres-

sefreiheit ausgiebig nutzen (s. DZW 12/95 S. 7) mit einer strengen Zensur belegt wird. So durfte z.B. auch über die Jahreshauptversammlung 1994 des DAZ nicht berichtet werden. Da hat es die DZW leichter, in einem Woche für Woche gut gemixten Cocktail aus Fortbildung, Praxisführung, Kunst, Personalien und handverlesenem Leserbrief-Klatsch und Tratsch, in dem auch die „Splittergruppen“ ihre Feigenblatt-Funktion zugeteilt bekommen, berieselt Pischel seine Leser mit einer knallharten Message: Zahnmedizin ist ein Konsumgut, das auf den „freien Markt“ gehört. Nach dessen Gesetzen gibt es Gewinner und Verlierer, sowohl bei den Anbietern als auch bei den Konsumenten.

Da bekommt auch schon mal BZÄK-Präsident Willmes einen Satz rote Ohren verpaßt, wenn er in einem Leitartikel niedergemacht wird, weil er Zahnärzte und Patienten pflichtgemäß vor den Machenschaften von Spaltern des Berufsstandes schützen will oder weil er gegen his master's Gutmanns voice aufmuckt und an einem Treffen mit Seehofer teilnimmt, zu dem aus gutem Grund nur er, und nicht der bayrische Oberzampano eingeladen ist.

Offenbaren sich hier nur persönliche Animositäten, so wird es auf anderen Schauplätzen schon gefährlicher. Pischels Privatfeldzug gegen die Spitze der Zahn-technikerinnung z.B. hat inzwischen soviel Porzellan zerschmissen, daß der Schaden für die Zahnärzteschaft nur noch schwer zu beheben sein wird: Seehofer hat immer ein offenes Ohr für Opfer solcherlei „Interessen“politik!

Entlarvt wird aber seine eigentliche Zielsetzung durch den breiten Raum, den die Propaganda für zwei spezielle Projekte

einnimmt: Das eine ist das 3MC, getragen von einem Rechtsanwalt Schade aus Wiesbaden, von dem die Idee der 200%-Praxis stammt, die sich aber von den berufsständischen Bestrebungen (s.o.) vor allem darin unterscheidet, daß nicht der vorhandene Markt der Leistungen erweitert, sondern der Markt der Anbieter verkleinert werden soll. Da werden Verkaufsmethoden trainiert, die zum Teil massiv gegen Buchstaben und Geist der Berufsordnung verstoßen. Da werden – auf Kosten der benachbarten Kollegen – „örtliche Marktführer“ ausgebildet, da werden Skrupel abtrainiert, den Zahnarztberuf zu vergerwerblichen. Da werden unter dem Banner der Freiheit, die wir alle wollen, Prinzipien der Kollegialität geopfert, da wird der Vertrauensvorschuß, den wir als Zahn-Ärzte in einem Sozialberuf täglich gemeinsam erarbeiten, zu Geld gemacht.

Das andere Projekt, das in jeder DZW-Ausgabe viele Spalten füllt – wer schreibt sowas eigentlich alles? – ist der BNZ, der Bundesverband der Naturzahnärzte, an dem Pischel (wie auch an 3MC) geschäftlich beteiligt ist – zumindest firmiert er als Prof. (?) Pischel im Briefkopf des Unternehmens.

Das Mißtrauen unseres Bundes-Zahn-ärzte-Kammer-Präsidenten ist berechtigt: das natürlichste an diesem Verein ist das Gesetz des Dschungels, das sich nahtlos in die 3MC-Ideologie einfügt. Konsequenter ist er schon! Und clever: wie er Gutmann und Schirbort die Steigbügel gehalten hat – und sie trotz massiven Drucks von der eigenen Basis in ihren Ämtern hält, ist schon bravourös. Männerfreundschaften eben, getragen aus der Zeit, als die DZW nach als zartes Pflänzchen mit fünfstelligen Summen aus Körperschaftsgeldern (z.B. aus Schirbort-Niedersachsen) aufgepäp-

pelt werden mußte – für beide Seiten gut investiertes Geld.

Dafür bastelt Pischel im Gegenzug unverdrossen an der DAZ-Dolchstoßlegende. Nach dem Motto „semper aliquid haeret“ macht er uns jetzt auch noch für die Einkaufsmodelle und das Budget verantwortlich (als nächstes wahrscheinlich für Seehofer selbst). Glatt gelogen, weil wider besseren Wissens und mit unlauterer Absicht, hängt er uns auch noch die ZE-Abwertung an. Wider besseren Wissens deshalb, weil wir 1992 mit dem Vorschlag der Degression dafür gesorgt haben, daß ZE nicht um 23,4%, sondern – schlimm genug – „nur“ um 10% abgewertet wurde, was wir selbst immer als böses Foul der Politik gegen uns gerügt haben. Welchen Haß wir uns mit der Degression zugezogen haben, wird verständlich, wenn man sieht, welches Kapital und Machtpotential dahinter steckt: der ganze DAZ verfügt mit seinem Beitragsaufkommen nicht einmal über die Hälfte der Summe, die allein das eine von der Degression am meisten gebeutelte Opfer in Niedersachsen 1993 an die Kassen zurückzahlen mußte: mehr als eine halbe Million DM.

Wer jetzt noch nicht erkennt, um wessen Interessen es bei diesem „Freiheits“kampf geht, dem ist nicht zu helfen. Jedenfalls geht es nicht um eine Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ ausreichender Zahnheilkunde. Es geht auch nicht um die Verbesserung der Berufs- und Praxisbedingungen des Großteils der Zahnärzte. Worum es diesen Kämpfern wirklich geht, lesen Sie – jeden Mittwoch in der Zahnarztwoche!

*Dr. Roland Ernst
Waldblick 2
26188 Edewecht*

Jod und Fluor wichtige Bausteine für unsere Gesundheit



So machen Sie es richtig



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz, Jod ist genauso wichtig wie Vitamine. Jod und Fluor sind für unsere Gesundheit wichtig.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

DAZ-Stellungnahme zum Konzept „Vertrags- und Wahlleistungen“ der KZBV

Vorbemerkung

Der DAZ sieht eine Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung innerhalb der GKV nur durch ein System von unverzichtbaren Grund- und darüber hinausgehende Zusatzleistungen gesichert. Die Leistungen der Grundversorgung entsprechen den Kriterien notwendig, zweckmäßig, quantitativ ausreichend und qualitativ akzeptabel.

Dem gesetzlich versicherten Patienten darf das über die Grundversorgung hinausgehende Spektrum der modernen Zahnheilkunde nicht verwehrt werden. Wählt er Leistungen der Zusatzversorgung, so darf ihm der Leistungsanspruch aus der Grundversorgung nicht verloren gehen.

Das von der KZBV kürzlich vorgelegte Konzept „Vertrags- und Wahlleistungen“ erfüllt diese Bedingungen nicht und ist mit schwerwiegenden Mängeln behaftet.

Vor allem fehlt ihm die Legitimation durch die Zahnärzteschaft. Es ist im FVDZ und KZBV-Vorstand hinter verschlossenen Türen verfaßt worden. Die Vorsitzenden der Länder-KZVen haben das noch unvollständige Zahlenwerk erst vor wenigen Tagen vorgelegt bekommen. So gab es für sie keine Möglichkeit der Überprüfung, geschweige denn der Veränderung. Dasselbe trifft zu für die Präsidenten der Zahnärztekammern. Die Zustimmung dieser Gremien kann das vorgelegte Papier also nur formal, aber nicht inhaltlich legitimieren.

Dies wiegt umso schwerer, als für eine breite Diskussion im *ganzen* Berufsstand mit allen Vorständen seit Inkrafttreten des

GSG über zwei Jahre Zeit zur Verfügung standen. Diese konstruktive und gemeinsame breite Diskussion hat der DAZ schon frühzeitig angemahnt. Nur so hätte die Zahnärzteschaft einen gemeinsamen Vorschlag der Politik und der Öffentlichkeit unterbreiten können, zu dem sie sich solidarisch bekennt und für den sie gemeinsam eintritt. Durch den unseligen Alleinvertretungsanspruch eines einzelnen Vorstandes ist dies nun wieder einmal unmöglich geworden. Der FVDZ e.V. trägt die Verantwortung dafür, daß der „Runde Tisch“ mit der Bereitschaft aller Verbände, einen breiten Konsens herbeizuführen, nicht arbeiten konnte. Die alleinige Beteiligung des FVDZ an den Beratungen der Körperschaften ist systemwidrig und schmälert die Erfolgsaussichten des Konzeptes entschieden.

Die Einladung der Verbände IGZ, VDZM und DAZ zu einer „Informationsveranstaltung“ über das „von den drei Spitzenorganisationen der deutschen Zahnärzteschaft verabschiedete Konzept“ am 22.2.95, wenn das Koordinationsgespräch mit Minister Seehofer am 3.3.95 geplant ist, empfindet der DAZ als Zumutung. Er nimmt diesen Termin nur wahr, um seine Auffassung dazu persönlich zu überbringen. Gleichzeitig wendet er sich aber an die Kollegenschaft, um seine eigenen Vorstellungen zu der Problematik diskutieren zu lassen.

Zum Inhalt des vorliegenden „Konzeptes Vertrags- und Wahlleistungen“ nehmen wir wie folgt Stellung:

Der DAZ bekennt sich in seinem Konsensvorschlag Zahnheilkunde 2000 (1994) u. a.

- zur Stabilisierung und Weiterentwicklung der GKV,
- zur Anpassung des Sachleistungskataloges an politische Veränderungen,
- zur indikationsgerechten Anwendung der Fortschritte der ZMK,
- zur Stärkung der Freiberuflichkeit.

Er hat sich darum in den Beschlußfassungen seiner Gremien, zuletzt bei seiner Jahreshauptversammlung (Okt. 1994 in Köln) für eine Umwandlung der prozentualen Bezuschussung beim Zahnersatz zu Gunsten von Festzuschüssen entschieden.

Darüber hinaus befürwortet er eine Reduzierung des bisherigen Vertragsleistungskataloges im Bereich Zahnersatz auf vier Grundversorgungsarten:

1. Einzelkronen
2. Modellgußprothesen
3. Brücken zum Ersatz von max. 2 Zähnen
4. Totaler Zahnersatz

Eine Zustimmung zur Reduzierung des bisherigen Leistungskataloges ist allerdings daran gebunden, daß die Bezuschussung für diese Grundleistungen erheblich höher ausfällt als heute. Dabei muß die Therapiefreiheit für alle zahnmedizinisch indizierten Formen des Zahnersatzes auch für GKV-Patienten voll erhalten bleiben.

Eine Reduzierung des Vertragsleistungskataloges wird befürchtet, weil die bisherige Regelung mit sinkendem Prozentsatz der Bezuschussung immer unsozialer geworden ist. Wer es sich bisher leisten konnte, den Eigenanteil für aufwendigen Zahnersatz aufzubringen, bekam dafür zusätzlich von der Kasse einen höheren Zuschuß.

Gegen das vorliegende Papier erhebt der DAZ folgende grundlegende Bedenken:

1. Reduzierung des Indikations- und Leistungskataloges

Es wird nicht deutlich genug, daß es bei den vorgeschlagenen Vertragsleistungen nicht um eine Reduzierung des Indikations- und Leistungskataloges der GKV geht. Der Gesetzgeber kann den Eindruck gewinnen, als ob die genannten Vertragsleistungen die ausreichenden wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgungsformen des Zahnersatzes umfassen. Die prognostisch und kostengünstigste Versorgungsform für kleine Lücken, die Brücke (die ca. 40% des Gesamtvolumens für ZE umfaßt) darf in einem Grundleistungskatalog nicht fehlen. Besser wäre es, auf den Terminus „Modellguß“ in der Festzuschußliste zu verzichten und den Zuschuß nach der Anzahl der fehlenden und der zu überkronenden Zähne zu erteilen.

2. Zahlen

Die zugrunde gelegten Zahlen entziehen sich durch die Kürze der Zeit, die zur Verfügung stand, unserer Nachprüfung. Dennoch zwei Bemerkungen:

- 2.1. In der derzeitigen politischen Situation ein Modell vorzustellen, in dem der Patient DM 500.- Mio mehr hinzuzahlen muß, ist bei allem Verständnis für die Einbußen der letzten Jahre politisch instinktlos und bestärkt ohnehin vorhandene Ressentiments gegen diese Standesführung.
- 2.2. Das Zugrundelegen der Honorare von 1992 bestärkt ebenfalls nicht den Anspruch auf Seriosität der Zahlen.

3. Qualitätssicherung

Ein Konzept des Jahres 1995, mit dem struktur- und ordnungspolitische Weichen für die Zukunft gestellt werden sollen, in dem aber das Wort „Qualitätssicherung“, bzw. die Beschreibung von Strukturen fehlt, die in der Lage sind, die Qualität zahnärztlicher Arbeit zu sichern, kann nicht die Zustimmung der Zahnärzteschaft finden. Sie findet sicher auch nicht die Zustimmung des

Gesetzgebers. Eine weitere Chance, standespolitische Kompetenz und Glaubwürdigkeit wiederzugewinnen, wurde vertan.

4. Prophylaxe

Die Einengung der Verbesserung der Prophylaxe auf die Individualprophylaxe vernachlässigt die international erfolgreichen Bemühungen um die Senkung der Kariesmorbidity durch die Gruppenprophylaxe. Die derzeitige Standesführung, namentlich der FVDZ, ist mitverantwortlich dafür, daß von den jährlich in der GKV zur Verfügung stehenden 370 Mio DM für Gruppenprophylaxe im z.B. vergangenen Jahr nur 34,1 Mio DM verbraucht wurden. Die Summe der nicht abgerufenen Gelder beläuft sich mittlerweile auf über DM 1 Mrd! Ursache dafür ist u.a. der Rückzug der Standesführung aus dem LAG J (wie z.B. nach dem GSG die LZK Bayern). Dadurch wurde viel Zeit und Geld vergeudet, neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst auch die niedergelassene Zahnärzteschaft in Konzepte der Gruppenprophylaxe einzubringen – von der Verbesserung der Kariesmorbidity von Kindern und Jugendlichen ganz zu schweigen.

5. Parodontalchirurgie

Zahnerhaltende Maßnahmen müssen Vertragsleistungen bleiben, dazu gehört auch die Parodontalchirurgie. Die vor Jahren unterschrittsreif ausgehandelten Verträge sind in Kraft zu setzen. Parodontal-präventive Maßnahmen und die lebenslange Nachsorge sollen bezuschussungsfähige Leistungen werden, die als Wahlleistungen mit Kostenerstattung Eigenverantwortung und Mitbeteiligung des Patienten voraussetzen. Ihr Nachweis löst eine Bonusgewährung beim Zahnersatz aus.

5. Konservierender Bereich

Im konservierenden Bereich ist eine Aufhebung des Zuzahlungsverbotes für

Amalgamalternativen zu fordern. Wir stimmen dem KZBV-Konzept darin zu, daß aufwendigere als mit Amalgam erbrachte Füllungen einen Erstattungsanspruch gegenüber der Kasse in Höhe der BEMA-Vergütung auslösen müssen. Bei der Rechnungslegung ist die Art des verwendeten Materials anzugeben. Eine Erweiterung des BEMA um Füllungsalternativen innerhalb des Budgets ist abzulehnen.

7. Kieferorthopädie

Die Sonderrolle der Kieferorthopädie muß überdacht werden. Unabhängig von der Notwendigkeit einer Umbewertung des BEMA für die KFO – die hier nicht zur Diskussion steht – ist eine Erweiterung der Vertragsleistungen in der Erwachsenen-KFO erforderlich. Nicht nur in Verbindung mit kieferchirurgischen, sondern auch mit präprothetischen Maßnahmen und Erkrankungen des Kiefergelenkes muß Erwachsenen-KFO zuschufähig sein. Jeder Einzelfall ist vor- und nachzubegutachten.

Darüber hinaus bedarf es einer Novelisierung des GSG in einigen Bereichen, die sich für die Selbstverwaltung als nicht umsetzbar herausgestellt haben.

1. Degression

In einem Gesundheitsstrukturneueordnungs-Gesetz (GNG) muß die Abwicklung der Degression durch die Selbstverwaltung verbessert werden:

1. Die KZVen führen für jeden Zahnarzt ein Punktmengenkonto. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen unter Einbeziehung der den KZVen nachvollziehbar von den Krankenkassen gemeldeten Kostenerstattungen.
2. Die Fortschreibungen des Punktmengenkontos erfolgt jeweils am Ende des Abrechnungsquartals.

3. Bei Überschreiten eines Grenzwertes wird die Schlußzahlung des Abrechnungsquartals gekürzt.
4. Nach Abrechnung des 4. Quartals teilen die KZVen den Krankenkassen die Punktmengen derjenigen Zahnärzte mit, die Punktmengengrenzen überschritten haben.
5. Alle Kürzungen kommen der Honorarverteilung zugute.

Begründung: Nur durch eine Vereinfachung kann die Degressionsregelung ohne überproportionalen finanziellen Aufwand gangbar gemacht werden. Die betriebswirtschaftlichen Vorteile großer Praxen (d.h. geringere Kostenanteile Umsatzklasse 300–400 000 mit 63,3% Kosten, Umsatzklasse 1 Mio mit 40,9% Kosten) sollen zugunsten kleiner Praxen verringert werden. Eine Akzeptanz der Degression innerhalb der Zahnärzteschaft kann nur erreicht werden, wenn erarbeitete Leistungshonorare innerhalb einer Honorarverteilung verbleiben und nicht an die Krankenkassen zurückfließen.

2. Gewährleistung

In einem Gesundheitsstrukturneuordnungsgesetz (GNG) muß der Begriff „Gewährleistung“ aus dem Kontext zahnärztlichen Handelns gestrichen werden.

Der § 135 (4) SGB soll wie folgt geändert werden:

- Die Vertragspartner der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene haben gemeinsam und einheitlich auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu vereinbaren.
- Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Bundesinnungsverband der Zahntechniker zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.
- In einem Zeitraum von zwei Jahren muß jeder Zahnarzt identische und Teilwie-

derholungen von Füllungen sowie die Erneuerung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen kostenfrei vornehmen.

- Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. § 195 des BGB bleibt unberührt.
- Längere Fristen zur Freistellung der Krankenkassen von wiederholten Abrechnungen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt.
- Die Zahnärzte, die an einer solchen Vereinfachung teilnehmen, können dies ihren Patienten bekanntmachen.

Begründung: Eine Akzeptanz innerhalb der Zahnärzteschaft kann nur erreicht werden, wenn deutlich wird, daß der Erfolg (zahn-)ärztlichen Handelns nicht garantiert werden kann.

Die Kostendämpfung durch Vermeidung von Wiederholungsleistungen und die Förderung qualifizierter Vertragszahnärzte durch Honorarzuschläge müssen mit dem Wissen um die Besonderheiten ärztlichen Handelns verknüpft werden. Zahnärztliche Leistungen unterliegen dem Dienstvertragsrecht. Eine Gewährleistung (wie im Werkvertragsrecht) ist nicht möglich.

Der DAZ begrüßt die kürzlich erfolgte Ablehnung der Klage der KZBV gegen die IKK (betr. Einzelverträge mit Zahnärzten). Die KZBV hat damit mehr als ein Jahr lang Initiativen von KZVen gelähmt, Kollektivverträge mit Krankenkassen über besondere,

nicht dem Budget unterworfenen Leistungen abzuschließen. Dadurch sind der Zahnärzteschaft materielle Schäden entstanden – abgesehen davon, daß die KZBV noch erleichtert hat, daß sie die KZVEN mit ihrer Klage auf diesem Feld handlungsunfähig gemacht hat.

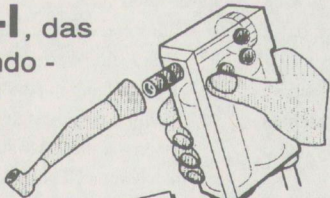
Zusammenfassend stellt der DAZ fest:


Gemessen an den gravierenden und von den Zahnärzten als ungerecht empfundenen Einschränkungen, die das GSG den Zahnärzten und ihren Patienten gebracht hat, und gemessen an der Zeit, die seit dem Inkrafttreten des GSG verflossen ist, hat die zahnärztliche Standesführung ihre Chance vertan, ein gut durchgerechnetes und sozial ausgewogenes Reformpapier zur politischen Diskussion zu stellen. Der richtige ordnungspolitische Ansatz (Vertrags- und Wahlleistungen und Festzuschüsse) wird in der politischen Auseinandersetzung scheitern, weil er mehr als das jetzige System verantwortungsvolles, das Gemeinwohl berücksichtigendes Handeln voraussetzt. Es wird sich herausstellen, ob die Gesellschaft der Zahnärzteschaft die selbständige Ausgestaltung eines solchen Modells zutraut und ihr treuhänderisch übergibt.

Es sind darum jetzt schon Überlegungen anzustellen, was nach einer Ablehnung des Konzeptes zu geschehen hat. Der DAZ schlägt in einem oder einigen wenigen KZV-Bereichen die Durchführung eines Modellversuchs vor, in dem das Festzuschußmodell auf seine Praktikabilität und seine Kostenwirksamkeit geprüft wird. Dazu schlagen wir begleitende und qualitätssichernde Maßnahmen nach dem Modell vor, das seit ca. 4 Jahren erfolgreich von der KZV-Tübingen praktiziert wird und das z. Zt. von den anderen drei baden-württembergischen KZVEN übernommen wird. Die dort jetzt schon realisierten Kosteneinsparungen der Krankenkassen durch verbesserte Indikationsstellungen und erfolgreiche Tätigkeit von Gutachtern lassen es gerechtfertigt erscheinen, mit den Krankenkassen ein Mehrhonorar nach §135/4 für diesen Modellversuch auszuhandeln. Solche und ähnliche Modellversuche, aktiv gefördert von der KZBV, sind in der Lage, das Vertrauensverhältnis zwischen Gesetzgeber, Krankenkassen und der Zahnärzteschaft wieder zu stabilisieren. Damit könnten in einer späteren Gesetzesnovellierung ordnungs- und strukturpolitische Vorschläge der Zahnärzteschaft ernst genommen werden als der vorliegende.

T-E-C-I, das

Turbo - Endo -
Cleaning -
Instrument





Übertragungs-
instrumente
innere Mechanik
und Kanäle

→

mit T-E-C-I
in Sekundenschnelle
bei Rotation

→

gereinigt

→

ölgepflegt

→

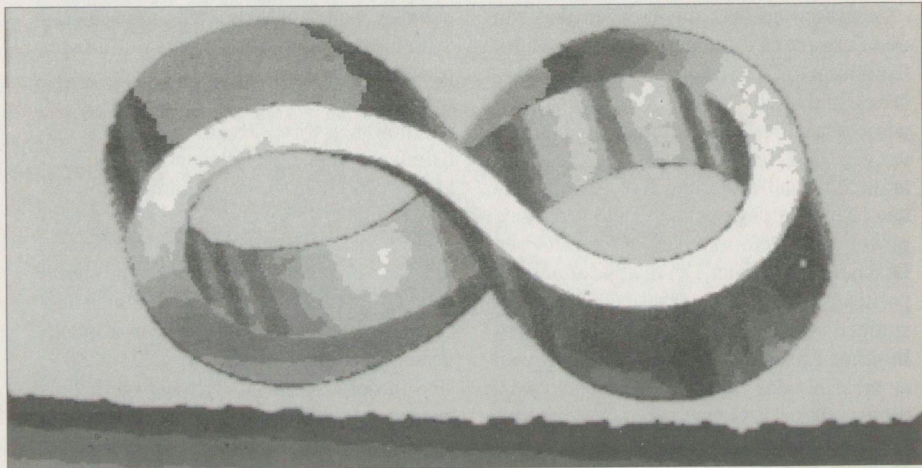
getrocknet

Spadenteich 1 20099 HAMBURG Telefax 040/243676

DEN WERT MANCHER DINGE
LERNT MAN ERST MIT DER ZEIT
SCHÄTZEN —

UNABHÄNGIGKEIT ZU BESONDERS
INTERESSANTEN BEDINGUNGEN
FÜR MITGLIEDER DES DAZ
IM GRUPPENVERSICHERUNGS-
VERTRAG

UNABHÄNGIGKEIT



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. Mit hochwertigen Leistungen, die jedem individuellen Anspruch gerecht werden. Und einem kompetenten Service, der da ist, wenn man ihn braucht.

– Die gleiche Maxime –
– Das gleiche leistungsstarke Tarifwerk –
kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel:

- günstiger Beitrag
- Erlaß aller Wartezeiten
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.


Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Auch bereits CENTRAL-Versicherte können ihren Vertrag nachträglich ohne große Formalitäten umstellen!

Wenn Sie weitere Informationen über unser Leistungsangebot wünschen, schreiben Sie uns.

CENTRAL Krankenversicherung AG
50593 Köln
Abt. Marketing
Tel. 02 21/1636-2452

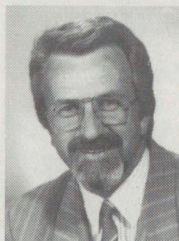
**CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

Wie kann Gesundheit auch in Zukunft bezahlbar bleiben?

K. Kirschner

Gesundheitspolitischer Sprecher
der SPD-Bundestagsfraktion



Kirschner, Klaus
Werkzeugmacher,
Mechanikermeister
Bozenhardstraße 39
7238 Oberdorf
am Neckar

Baden-Württemberg,
Landesliste SPD

Grundsätzliches

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die rd. 90% der Bevölkerung einen umfassenden Schutz bei Krankheit bietet, hat sich mit ihrem Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip sowie der Steuerung durch Selbstverwaltung grundsätzlich bewährt. Nach internationalen Studien geben wir in der Bundesrepublik Deutschland für unsere Krankenversorgung knapp 9% unseres Bruttosozialproduktes (BIP) aus. Im Vergleich hierzu: In den USA sind es rd. 13% wobei 30% der Bevölkerung keine oder nur eine unzureichende Absicherung bei Krankheit haben.

Zur allgemeinen Kostenentwicklung

Seit Jahren stagniert der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt. Allenfalls für die Jahre 1991 und 1992 ist ein leichter Anstieg feststellbar. Trotzdem sind die Beiträge gestiegen. Die Ursache dafür ist, daß die Beiträge lohnbezogen erhoben werden und die Lohnquote im Verhältnis zum Volkseinkommen in den letzten Jahren ständig gesunken ist.

Geht eine Gefahr von der demographischen Entwicklung aus?

Die Behauptung, bereits in absehbarer Zeit sei aufgrund der demographischen Entwicklung die GKV nicht mehr zu finanzieren, ist

verantwortungslose Panikmache. Alle entsprechenden Bevölkerungsprojektionen gehen davon aus, daß die Alterslastquote für unser Sozialleistungssystem frühestens in 15 Jahren zu Schwierigkeiten führen kann. Auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion sieht darin ein für die Krankenkassen nachgeordnetes Problem. Eine Gefahr für die Finanzierung der GKV geht vielmehr von der wirtschaftlichen Entwicklung sowie der herrschenden Verteilungspolitik aus. Dies hat eine Verengung der Finanzierungsbasis der GKV zur Folge. Angesichts sinkender Reallöhne und Renten sowie anhaltender Massenarbeitslosigkeit und Vorruhestandsregelungen droht sich dieses Problem weiter zu verschärfen. Darauf mit Einschnitten im Leistungskatalog zu reagieren heißt, die Versicherten zahlen doppelt. Statt dessen bedarf es einer Wirtschaftspolitik, die zu mehr Beschäftigung führt und mehr Verteilungsgerechtigkeit bringt.

Wege aus der Kostenkrise

Zwei Jahrzehnte einer letztlich erfolglosen Politik der Kostendämpfung haben deutlich gemacht, die Ursachen der „wirklichen“ Probleme sind mannigfaltige Ineffektivitäten und Ineffizienzen in nahezu allen Versorgungsbereichen. Die strukturellen Defizite und ein unzureichendes Selbststeuerungspotential sind nicht durch ein bloßes „Kurieren“ an Beitragssatz-Symptomen zu lösen.

Die SPD hat daher bei den Verhandlungen in Lahnstein mit der Regierung und den Koalitionsparteien zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) Strukturformen des Gesundheitswesens durchgesetzt, deren entscheidende Umsetzungsphase gerade erst beginnt: Die wettbewerbliche Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch freie Kassenwahl und Risikostrukturausgleich, Positivliste in der Arzneimittelversorgung, Stärkung des Hausarztes und Leistungskomplexhonorare in der ambulanten Versorgung, Qualitätssicherung, mehr Transparenz in der stationären Versorgung, Qualitätssicherung, mehr Transparenz durch Datenträgersysteme, Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips in der stationären Versorgung, um die wichtigsten beispielhaft zu nennen.

Die Umsetzung dieser reformerischen und entschiedenen Teile des GSG leidet jedoch seit geraumer Zeit unter dem Aktionismus des Bundesgesundheitsministers. Dies ist umso schlimmer, als daß gerade die noch umzusetzenden und weiterzuentwickelnden Teile die Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen zu mobilisieren haben. Die Ankündigung einer weiteren Reform von Seehofer signalisiert, daß alles, was jetzt nicht geschafft ist, in der nächsten Runde angepackt wird. Wer will sich da noch freiwillig einem Rationalisierungsdruck für seinen Bereich aussetzen?

Es gilt daher, die Hausaufgaben zu machen und das GSG konsequent umzusetzen. Kurzfristig sind dort, wo es notwendig wird, ggfs. Korrekturen vorzunehmen. Mittelfristig kann auf der Grundlage des GSG eine Modernisierung des Gesundheitswesens unter dem Motto „Rationalisierung statt Rationierung“ forciert werden. Dies kann jedoch nur sinnvoll angegangen werden, wenn jetzt die Ziele des GSG nicht konterkariert werden, son-

dern die Steuerungswirkungen eben dieser reformerischen GSG-Teile greifen und dann selbstverständlich auch kritisch analysiert werden. Vor 1997 wird das allerdings nicht der Fall sein können.

Kein Vertrags- und Wahlleistungskonzept

Für die SPD bleibt es dabei: Eine Aufteilung der Leistungskataloge in eine Grund- oder Basisversorgung und eine Wahl- oder Zusatzversorgung kommt nicht in Betracht. Das wäre der direkte Weg in eine Zwei- oder gar Mehr-Klassen-Medizin. Am Ende eines solchen Weges stünde insbesondere die innovative Medizin nur noch den höheren Einkommensgruppen zur Verfügung. Mit der Einführung des Konzeptes „Vertrags- und Wahlleistungen als Konzept einer Neuorientierung im Bereich Zahnheilkunde“ würde die totale Kostenerstattung eingeführt und das Sachleistungssystem aufgehoben. Kostenerstattung aktiviert keine notwendigen Selbststeuerungselemente, Kostenerstattung kann auch nicht Mißbrauch der Solidargemeinschaft verhindern. In Ablösung der versichertenfreundlichen Sachleistungen würde eine totale Kostenerstattung zu millionenfachen Einzelabrechnungen mit dem entsprechenden administrativen Aufwand bei allen Beteiligten führen. Fraglich ist auch, wieso in einem System mit einem Kostenerstattungsprinzip der bürokratische Aufwand für die Krankenkassengeringer sein soll?

Klaus Kirschner referiert und diskutiert am Samstag, den 6. Mai über die Standpunkte der SPD zur aktuellen Reformdiskussion im Gesundheitswesen im Rahmen der DAZ-VDZM Frühjahrstagung in Frankfurt/Main (s. auch letzte Umschlagsseite)

Prof. Dr. Jean François Roulet wird anschließend über die Möglichkeiten und Grenzen des Amalgamsatzes berichten. Prof. Roulet wurde im *forum* 48, S. 54. vorgestellt.

Gezielte Karies-Prophylaxe ist eine Frage der richtigen Dosierung.

Mit Zymafluor steht Ihnen ein Präparate-Programm zur Verfügung, das durch seine unterschiedlichen Wirkstoff-Konzentrationen eine Fluorid-Dosierung in optimaler Menge ermöglicht. Das bedeutet gezielte Karies-Prophylaxe für jedes Lebensalter.

Die Erstattungsfähigkeit prophylaktischer Maßnahmen wurde auf die Altersspanne vom 6. - 20. Lebensjahr ausgedehnt. So kann die Prophylaxe-Kette auch nach der 2. Dentitionsphase systematisch fortgeführt werden.

LEBENSALTER IN JAHREN:		0 bis 2	2 bis 3	3 bis 6	ab 6
FLUORID- GEHALT DES TRINK- WASSERS	bis 0,3 mg/l	Zymafluor 0,25 mg	Zymafluor 0,5 mg	Zymafluor 0,75 mg	Zymafluor 1 mg
	0,3 bis 0,7 mg/l	-	Zymafluor 0,25 mg	Zymafluor 0,5 mg	Zymafluor 0,5 mg

TÄGLICH 1 TABLETTE

Den Prophylaxe-Plan bekommen Sie von uns - die Fluorid-Werte des Trinkwassers erfahren Sie von Ihrem Wasserwerk.

Zymafluor®
gegen Karies
Vorbeugung ein Leben lang



dent 2/94

Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). **Hilfsst.:** Poly(1-vinyl-2-pyrrolidon) vernetzt, Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Tbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,50 mg Fluorid). **Hilfsst.:** Magnesiumstearat, Aromastoffe, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Tbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). **Hilfsst.:** wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Tbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). **Hilfsst.:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber NaF. **Wirkungen:** Bei Überschreitung der empfohlenen Fluoridzufuhr in den ersten 6-8 LJ, kann sich eine Zahnfluorose mit Schmelzflecken und Störungen des Knochenaufbaus entwickeln. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen sowie Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid. **Dosierung siehe Gebrauchsinformation. Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,28. Zymafluor 0,5 mg: 250 Tbl./N3 DM 10,99. Zymafluor 0,75 mg: 250 Tbl./N3 DM 12,77. Zymafluor 1 mg: 250 Tbl./N3 DM 14,78. Stand: 1/94

Zyma GmbH München

Was der FVDZ-Spitze an der Stasi gefällt

Bundeskörperschafts-Vorstände und Ausschußvorsitzende im Kölner Zahnärztheaus nehmen zähneknirschend hin, daß an ihren Sitzungen regelmäßig nicht eingeladene Mithörer des FVDZ teilnehmen, gelegentlich sogar selbst in die Sitzungen eingreifen und die Diskutanten auf Einhaltung von FVDZ-Beschlüssen abmahnen.

Das Hausrecht ließe es zu, sie vor die Tür zu setzen, zumal – wie Insider berichten – häufig der Wunsch danach besteht.

Doch der verlängerte Arm des FVDZ-Bundesvorstandes reicht immer noch bis in die Provinz. Man fürchtet „zu Hause“ Schwierigkeiten, weil, wie z.B. in Niedersachsen, die FVDZ-Kandidaten für die Vertreterversammlungen nicht von den Bezirksstellen, also von der Basis, aufgestellt, sondern vom Vorstand des Landesverbandes benannt werden. Das ist die vielbeschworene „demokratische Legitimation“, weil diese Listen dann – häufig genug wegen massiver Wahlkampfbehinderung des Gegners und Chancenungleichheit durch Mißbrauch der Körperschaftsorgane – immer noch von den wählenden Kollegen mit satten Mehrheiten ausgestattet werden. So kann man es sich leisten, mit dem eiskalten Ausspielen der Machtkarte immer noch die Wahrnehmung der vielfältigen Interessen der Zahnärzteschaft bis auf Bundesebene zu blockieren.

Die Folgen kennen wir alle. Peinlicher Höhepunkt dieser systematischen Bespitzelungskampagne durch die zahnärztliche Einheitspartei war ein Brief des bei der Berliner Kammerpräsidentenwahl unterlegenen FVDZ-Landesvorsitzenden Gromball an die deutschen Kammerpräsidenten. In diesem Brief hieß es unter anderem: „Ich bitte Sie daher, bei all Ihren Gesprächen mit Herrn Löchte und auch mit Herrn Nachtweh nicht

zu vergessen, daß Löchte ein erklärter Feind unseres Verbandes ist. Desweiteren bitte ich Sie, mir Informationen über Löchtes Auftritte in der Bundeszahnärztekammer zukommen zu lassen, um hier in Berlin seine Doppelzüngigkeit aufdecken zu können.“ Was selbst den schleswig-holsteinischen (und mit den Stimmen des DAZ gegen seinen eigenen Verbandes-„freund“ gewählten) FVDZ-Kammerpräsidenten zu geharnisstem Protest bewog: „Den Präsidenten der Berliner Zahnärztekammer deswegen observieren lassen zu wollen, ist verwerflich. Ein derartiges Ansinnen an die gewählten Spitzen der Selbstverwaltung zu richten ist verwerflich. Ich bin nicht der IM einer politischen Gruppierung, auch nicht, wenn ich dieser Gruppierung selbst als Mitglied angehöre, und ich hoffe, daß alle meine Kollegen dies ebenso sehen. Der Freie Verband sollte sich von dieser politischen Instinktilosigkeit umgehend und klar distanzieren. Er muß klarmachen, daß dies eine individuelle persönliche Fehlleistung eines Repräsentanten war. Er muß klarmachen, daß er Opposition und politische Gegner als notwendige Glieder einer demokratischen Gemeinschaft ansieht, nicht als verdächtige Objekte, die heimlich zu beobachten sind. Oppositionelle Strömungen, politische Gegner, sind kein Klotz am Bein einer Demokratie, sondern sie sind ihre konstituierenden Merkmale. Unbequeme, auch falsche Standpunkte und deren Verfechter können und dürfen wir in unseren Reihen nur politisch bekämpfen mit den besseren Argumenten, nicht mit polizeilichen oder geheimdienstlichen Mitteln. Demokratisch handeln heißt die Spielregeln einzuhalten, auch wenn kein Schiedsrichter zusieht.“

Bravo, Herr Kollege Schultz, denn noch ist nicht alles verloren!
D.F.

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

Chaos oder Neubeginn?

Zahnärztliche Standespolitik an der Schwelle zur dritten Stufe der Gesundheitsstrukturreform

Auszüge aus einem Referat des DAZ-Vorsitzenden Dr. R. Ernst bei einer von der Berliner Initiative Zahnarzneiwachstum und der VDZM durchgeführten Podiumsveranstaltung in der Charité Berlin

Wenn es schon seit 1980 Budgets, d.h. Bindung der Ausgaben in der Zahnmedizin an den Anstieg der Grundlohnsummen gegeben hätte, hätten wir es lediglich in einem Jahr, nämlich dem Jahr des Blüm-Bauches 1988, erreicht. In allen anderen Jahren sind wir darunter geblieben. Und ausgerechnet in diesem Bereich Zahnmedizin, der in einem insgesamt moderat gewachsenen Teil unseres Sozialwesens am wenigsten gewachsen ist, hat der Gesetzgeber 1992 noch mal extra reingehauen und einen ganzen Berufsstand bis an die Grenze zum Verfassungsbruch „enteignet“. Dabei gibt es in der Bevölkerung, den Kassenmitgliedern und Wählern eine starke Nachfrage nach gutem Versicherungsschutz für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Zähne. In einer Umfrage gaben 70% der Versicherten an, lieber höhere Beiträge zahlen zu wollen, als sich selbst noch mehr an den Kosten zu beteiligen.

Die neue Runde der Gesetzes-Novellierung steht vor der Tür und es ist abzusehen, daß die Talfahrt sich ungebremst fortsetzt (Alles das findet statt in einem Klima, in das eine soziale Eiszeit einzieht. Im Gegensatz zu den Kassandrarufern der Wirtschaftslobby steigt nämlich der Anteil der Sozialleistungen am Bruttosozialprodukt (BSP) nicht. Im Gegenteil, er sinkt kontinuierlich und wird weiter sinken. Die Ellenbogengesellschaft breitet sich aus und die Zahnärzteschaft, oder besser jeder einzelne Zahnarzt, muß sich überlegen: Auf welcher Seite stehe ich?

Und schon sind wir mitten im Thema, auf das wir heute abend immer wieder zurückkehren werden: das Geld, genauer: Wie werden unsere Leistungen in Zukunft finanziert? Der augenblickliche Konflikt zwischen den Zahnärzten und der Politik läßt sich in nüchterner Klarheit ausdrücken: Die Politik – und damit sind alle Parteien gemeint, auch die F.D.P. – stellt die schützenswerten Interessen der Patienten über die der Zahnärzte, oder besser gesagt: die Interessen der Beitragszahler. Damit sind dann die 50% Arbeitgeberanteil eingeschlossen. Das läßt uns auch den großen Allparteienkonsens gegen uns besser verstehen.

Herr Seehofer hat für den 3. März die Zahnärzte zu sich nach Bonn eingeladen, damit sie ihm Vorschläge unterbreiten, wie in unserem Bereich weiter gespart werden könne. Er hat Beitragssatzstabilität garantiert – so steht es im Koalitionsabkommen mit der F.D.P. Es fällt aus des Ministers Mund das schöne Wort vom „Konkretheitsanspruch“, d.h., es werden nur Einsparvorschläge bei den eigenen Ausgaben akzeptiert, nicht bei den anderen. So ist z.B. die Frage, was die Mutterschaftshilfe in der beitragsfinanzierten GKV zu suchen hat, nicht zulässig. Ordnungspolitische oder gesundheitspolitische Vorschläge wie Liberalisierung, wie Qualitätssicherung oder Prophylaxe, die nicht der sofortigen Kostensenkung dienen, sind nicht gefragt. Es ist zwar im Koalitionsvertrag von Eigenverantwortung

die Rede; Herr Seehofer hat aber nachträglich erklärt, damit seien auch die Leistungsanbieter angesprochen. Seine Garantie, daß es keine Beitragssteigerung geben wird, hat eine Einschränkung: erst wenn alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft sind – damit ist vor allem unsere Arbeitskraft gemeint. Bei der Finanzierung auftretende Defizite sollen bei Gesprächen zwischen Versicherten und Leistungsanbietern in einem auszuhandelnden Verteilungsschlüssel festgelegt werden. Wenn das nicht klappt, bekommen die Kassen ein Gesamtbudget zugeteilt mit einem „breiten Gestaltungsspielraum“, dessen Leistungskatalog die Kassen selbständig erweitern können (in das man dann selbstverständlich Inlays, Implantate und Gnathologie als Sachleistung aufnehmen kann). Seehofer begrüßt ausdrücklich das Engagement der Krankenkassen bei der Vorbereitung von sog. Wettbewerbsmodellen. Damit sind direkte Verträge von Kassen mit Zahnärzten gemeint (sogenannte „Einkaufsmodelle“), einhergehend mit einer weitgehenden Ablösung des Sicherstellungsauftrages von den KZVen, die dann möglicherweise nur noch eine reine Verteilungs- und Aufsichtsfunktion haben. Ein düsteres Szenario, das bei den meisten Kollegen Angst und Resignation, bei vielen aber auch Aggression und irrationale Übersprunghandlungen, und je nach Temperament bei manchen den Rückzug ins Private auslöst. Die wenigsten aber sind in der Lage, nüchtern die Fakten zusammenzutragen und die Schlußfolgerungen daraus zu ziehen. Es gibt dazu einen Satz von Willy Brandt: „Wir haben von den Tatsachen auszugehen, wenn wir die Tatsachen verändern wollen“.

Aufgaben und Rechte der KZVen

Sie alle wissen, daß uns in den fünfziger Jahren mit der Wieder-Einrichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Ge-

setzgeber einen weiten Spielraum zur Selbstverwaltung und eigener Ausgestaltung übertragen hat. Den KZVen hat er dabei die Aufgaben zugewiesen

- Sicherstellung der Versorgung nach gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen
- Überwachung und Kontrolle der Pflichten ihrer Mitglieder
- Abschluß von Verträgen
- Wahrnehmung der Rechte der Mitglieder gegenüber den Krankenkassen
- Einrichtung von Prüfungs- und Zulassungsausschüssen
- Honorarverteilung und einiges andere mehr.

Die KZVen hatten damit zuerst eine gesundheitspolitische und erst in zweiter Linie eine standespolitische Aufgabe. Ihr kapitaler Webfehler ist: Ihre Vorstände sind mehrheitlich von Zahnärzten zur Durchsetzung ihrer eigenen Interessen gewählt. Die Körperschaft ist aber nicht Partei, sondern Gestalter des Interessenausgleichs. Ihr Ziel ist nicht die Polarisierung, sondern die Zusammenführung. Bei uns Zahnärzten hat eine „Partei“ die Macht des Apparates übernommen und demokratische Spielregeln – wie Minderheitenschutz und Meinungsvielfalt – außer Kraft gesetzt. Dies führt in allen Gemeinwesen, ob rechts, links oder standespolitisch ausgerichtet – zum Niedergang, die jüngste Geschichte in diesem Jahrhundert hat gerade in dieser Stadt Berlin eindrucksvolle Beispiele geliefert.

Der Berufsstand versteht seine Freiheit immer mehr als Freiheit wovon und immer weniger als Freiheit wozu. Damit verliert er seine Rechte auf die eigene Ausgestaltung seiner Freiräume. Eine Standesvertretung, die ihre vorrangige Pflicht in diesem System als Pflicht zum Widerstand gegen die Gesetze sieht, ruft eine staatliche Ordnungsmacht geradezu auf den Plan. Der Sicherstellungs-

auftrag ist ein Monopol. Wer ein Monopol mißbraucht, zwingt die Politik zum Eingreifen, weil es über einem Monopol keine andere Regelungsebene als die der Staatsgewalt gibt.

Die Zukunft der Selbstverwaltung wird also davon abhängig sein, wie sie die Interessen der Zahnärzte mit den Interessen der weniger wohlhabenden Patienten in Einklang bringt. Eine zahnmedizinische Versorgung ist nur so gut, wie sie die weniger privilegierten zwei Drittel der Bevölkerung behandelt. Es sind diese zwei Drittel und die sie behandelnde Zahnärzteschaft, die unserer besonderen organisatorischen Unterstützung und politischen Aufmerksamkeit bedürfen. Die anderen helfen sich schon selbst – dazu gibt unsere Gesellschaft genügend Spielräume. Herr Gutmann vertritt mit seinem Satz: „Es gibt keine Solidarität der Kollegen, es gibt nur eine Solidarität von Vorteilen“ die Ellenbogenmentalität des Rechtes des Stärkeren zu Lasten der Mehrheit der Kollegenschaft, die es nur noch nicht gemerkt hat.

Aufgabe der Standespolitik – besonders in den Körperschaften, also auch in den Kammern, denen wir alle angehören – ist die Vertretung der Interessen der gesamten Kollegenschaft. Partikularinteressen zu vertreten ist legitim, darf aber nicht zu Lasten der Gesamtheit gehen. So haben es die Kieferorthopäden seit Jahren geschafft, daß ihr Honoraraufkommen nicht gesondert veröffentlicht wurde. Heute wissen wir, daß z.B. in Niedersachsen jeder zweite Kieferorthopäde vom degressiven Punktwert betroffen ist. Die maximale Rückzahlungssumme eines Kollegen liegt bei über 540 Tsd. DM für das Jahr 1993. Das war u.a. einer der Gründe, die eine gerechte Punktwertanpassung verhindert haben. Jede KZV hat seit vielen Jahren einen Honorarverteilungsmaßstab in ihrer Satzung, der hier schon vor Seehofers GSG hätte eingreifen müssen.

Deren „Interessen“-Vertreter sitzen heute an den Hebeln, um Körbe zu organisieren, um vom Zusammenbruch des Systems wieder den größten Nutzen zu ziehen. Statt an solidarischen Lösungen zu arbeiten, rufen sie die Aufsichtsbehörden und den Staatskommissar geradezu auf den Plan. Je mehr sich die KZVen von ihrer ursprünglichen Aufgabe wegentwickelt haben und zum gruppenegoistischen Interessenverband geworden sind, desto mehr hat der Staat sich die Gestaltungsspielräume zurückgeholt: Der Pflicht zur gerechten Honorarverteilung hat er das Budget und die Degression übergestülpt, statt Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien setzt er Gewährleistung, um nur zwei von vielen Beispielen zu nennen. Die Standesführung sollte die Kollegen eigentlich vor Übergriffen der Behörden schützen. In Niedersachsen ist das genau umgekehrt. Da schützen in der HVM-Frage die Aufsichtsbehörden uns Kollegen vor unserer eigenen KZV-Spitze. Und die Basis steht gelähmt hilflos vor den Interessengruppen, die die Machtstrukturen fest im Griff haben – gelähmt von ihrer Ahnungslosigkeit, politisch gelähmt durch ihren Rückzug ins Private.

Degression und Gewährleistung

Lassen Sie mich zu einem anderen Thema kommen, dem Einkaufsmodell und der Gewährleistung. Wir haben 1992 selbst miterleben dürfen, wie schnell Gutmann mit seiner Totalverweigerung die Zahnärzteschaft ins Abseits manövriert hatte, von Seehofer als Papiertiger erkannt und auch so behandelt wurde und wie wir in die Bresche springen mußten, um das Schlimmste – nämlich 23,4% Abwertung für ZE + KFO und in ihrer Folge ein schnelles Füllen des Korbes zu verhindern.

Daß unser „Vorschlag“: Geringere Belastung der kleinen Praxis durch Degression so

schlecht umsetzbar ins Gesetz geschrieben worden ist, hat auch bei uns Lernprozesse in Gang gesetzt. Dennoch, der DAZ steht auch heute noch zur Idee des degressiven Punktwertes. Allerdings nicht zum gegenwärtig notwendigen Irrsinn der Verwaltungsumsetzung und nur unter der Prämisse, daß das so den Zahnärzten abgeknöpfte Geld zur Verteilung an die Kollegen zur Verfügung steht. Honorarverteilung heißt Verteilung des erarbeiteten Leistungshonorars an die Kollegenschaft, nicht Rückfluß an die Krankenkassen. Und daß der Gesetzgeber unsere jahrelange Forderung nach Honorierung besserer Qualität in den Begriff „Gewährleistung“ ummünzt, die nicht in einen ärztlichen Heilberuf integrierbar ist, konnten auch wir nicht vorhersehen. Bei der Novellierung des GSG muß der Begriff „Gewährleistung“ in diesem Kontext aus dem Gesetz verschwinden. Wir werden uns dafür einsetzen.

Den anderen Pferdefuß dieses §135 stellt sein Abschnitt 4 dar, der den Einstieg ins Einkaufsmodell eröffnet, um den sich erhebliche Auseinandersetzungen im letzten Jahr gerankt haben.

Der Vertreterversammlung der KZBV in Ulm im vergangenen Oktober ist nichts Besseres eingefallen, als jede Auseinandersetzung mit dem Einkaufsmodell pauschal abzulehnen. Sie stecken mal wieder den Kopf in den Sand und wundern sich, daß ihnen nachher die Zähne knirschen. Die Idee des Einkaufsmodells sitzt aber inzwischen so fest in den Köpfen aller am Gesundheitsmarkt Beteiligten, daß ein dogmatisches Verneinen dieser Idee an sich an die Aufrechterhaltung des ptolemäischen Weltbildes durch die Päpste des Mittelalters erinnert. Ein Blick über den Tellerrand zu den Ärzten hinüber, der uns durch den NAV-Virchowbund ermöglicht ist, zeigt, daß dort bis in die KV-Vorstände hinein Modelle und ihre prak-

tische Umsetzung zum Vorteil von Ärzten und deren Patienten mit ihren Krankenkassen laut diskutiert und durchdacht werden. Gar nicht auszudenken, was ein im Vergleich zu den Ärzten so monolithischer Anbieterblock wie die Zahnärzte alles erreichen könnte, wenn er den Kopf einmal aus dem Sand nähme.

Gerade die unberechenbare Crash-Politik unserer KZBV- und FV-Führungsspitze provoziert immer mehr den Verlust des Sicherstellungsauftrages. Ist er erst einmal auf die Krankenkassen übertragen, wird die Zahnärzteschaft viel weniger mitzureden haben, welche Leistungen zu welchem Preis von den Kassen eingekauft werden. Ist das jetzige Anbietermonopol der Zahnärzteschaft erst einmal geknackt, wird fein geregelt nach Angebot und Nachfrage, nach Kaufkraft, nach Markt- und Wettbewerbssituation, nach Qualitäts- und Gewährleistungszusagen. Für viele – auch für mich – ein bedrohliches Szenario – offensichtlich für unsere Führungsspitze nicht bedrohlich genug, um nicht ständig seine vorzeitige Realisierung zu provozieren. Durch die Verdrängung dieses Themas geht viel wichtige Experimentierzeit verloren und auch viel Honorar, weil die unter diese Regelung fallenden Honorarzuschläge im §85/3a ausdrücklich von der Budgetierung ausgenommen sind und zusätzlich vergütet werden.

Inzwischen dämmert es selbst den Hardlinern: Die freiwillige Preisgabe von Wahlleistungen (d.h. von Positionen, die heute Bestandteil des BEMA sind), eröffnet ein Einkaufsmodell ungekannten Ausmaßes. Denn die Kassen werden angesichts der drohenden Mitgliederfluktuation ihren Versicherten nicht erklären wollen, das bestimmte, bisher selbstverständliche Formen von Zahnersatz nicht mehr von ihnen bezuschußt werden. Also werden die Kassen sich an

Zahnärzte(-gruppen) wenden, die bereit sind, Sonderverträge zu schließen. Wenn die juristisch und politisch unerfahrenen Zahnärzte in ihren Einzelpraxen dann nicht unter die Räder der Krankenkassen kommen sollen, gehört es ab sofort zur Fürsorgepflicht der KZVen gegenüber ihren Mitgliedern, alle Möglichkeiten der Honorarausschöpfung auszuloten.

In Zeiten wachsenden Konkurrenzdrucks untereinander steigt die Bereitschaft der Kassen, Zuschläge zu zahlen und sich durch Spezialverträge Marktvorteile zu schaffen, nicht budgetierte Mittel sind hierfür vorhanden.

Es gibt bereits KZVen, in denen Gespräche über solche Verträge geführt werden, deren Hände aber durch die Klage der KZBV gegen den IKK-Bundesverband gebunden waren. Wer aber als Standesvertreter auf diese Einnahmequelle für die Kollegen leichtfertig verzichtet, muß sich fragen lassen, ob er nicht wegen ideologischer Verblendung seinen Hut nehmen sollte. Wir haben Leistungen anzubieten, nach denen große Nachfrage von Kassen und Patienten besteht, und unsere Standesführung zwingt uns, sie unter Preis zu erbringen. Dieser Irrsinn ist hausgemacht! Einen offenen Disput darüber gibt es in unserem Berufsstand nicht. Entschieden wird im Bundesvorstand des Verbandes und verkündet im Leitartikel der DZW – oder umgekehrt? Unsere parlamentarischen Entscheidungsgremien führen Weisungen aus bzw. werden nicht gefragt, bzw. kuschen vor der Mittwochszeitung (siehe S. 85).

Die Nichtpolitik hat die Führungsrolle der Politik übernommen. Das Subsidiaritätsprinzip ist außer Kraft gesetzt, weil der einzelne seine Verantwortung nicht mehr wahrnehmen kann und diejenigen, die sie für ihn wahrnehmen, an seiner Meinung nicht interessiert sind.

Rationierung statt Rationalisierung

Die Ziele der Politik und der Krankenkassen, auch die der Patienten, von denen kaum jemand redet – sind klar. Was aber wollen die Zahnärzte? Für die drei Säulen FVDZ / KZBV und BZÄK stehen die Sätze von Herrn Gutmann: „Kamikazeflug ist der moderne Auftrag an die KZV“ und weiter „die KZV muß reinen Dienst nach Vorschrift machen, auch wenn es den Kollegen nichts hilft“ und „die KZV muß so lange opponieren, bis sie abgeschafft ist“ und weiter „wir werden immer recht haben, ganz egal, was andere für recht erklären“ und zum Schluß „es dürfen nur Gespräche geführt werden, wenn es um Vertrags- und Wahlleistungen geht, alles andere ist Kapitulation vor der Politik“.

Und so wird es kommen. Die Zahnärzteschaft hat sich bei Seehofer auf das Einbringen ihrer Vorschläge von Vertrags- und Wahlleistungen beschränkt. Die Grundidee ist einfach und sinnvoll: Wenn die Kassen nicht mehr genug Geld haben, um alle Leistungen bezahlen zu können, müssen sie sich auf das Notwendige beschränken und Leistungen aus ihrem Katalog streichen. Die Frage ist nur, welche Leistungen können heraus, und wie werden die Patienten versorgt, die sich eine für ihren Fall indizierte aber nicht von der Kasse finanzierte Lösung leisten können?

Rationierung von Gesundheitswesen heißt Zweiklassenmedizin, weil Selbstzahler sich nach wie vor alle Leistungen einkaufen können. Erträgt das unser Sozialer Friede? Die begrenzten Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherungen dürfen nicht sozial Schwache von Leistungen abschneiden, die unverzichtbar sind. Schlecht beraten ist eine Zahnärzteschaft, die ihr Betätigungsfeld für nicht sozialpflichtig hält. Sie verkennt dabei, daß unser hoher Standard der Versorgung

und die Nachfrage dem Umstand zu verdanken sind, daß eine gleichmäßige Versorgung der gesamten Bevölkerung zu auskömmlichen Honoraren bisher von der GKV sichergestellt worden ist.

Mut zur echten Liberalisierung

Dennoch besteht kein Anlaß zur Resignation: Volkswirtschaftlich gesehen ist die Zahnheilkunde eine gewaltige Branche. Von den Beschäftigungszahlen liegt sie noch vor der gesamten chemischen Industrie. Sie ist zukunftsorientiert, und es besteht eine große Nachfrage nach ihren Angeboten; sie ist umweltfreundlich, personalintensiv und innovationsfreudig, vor allem ist sie den Menschen zugewandt und verbessert Lebensqualität mehr als jede Konsumgüterindustrie. Wir hätten Anlaß, mit diesen Pfunden zu wuchern und unsere Leistungen positiv darzustellen. Statt dessen lassen wir uns in einen Stellungskrieg um unsere Pfründe verwickeln, in eine Abwehrschlacht um Anteile an Lohnnebenkosten.

Wir müssen den Mut aufbringen, das System zu öffnen, wo Spielraum dafür vorhanden ist, dabei aber die gesundheitspolitische Verpflichtung und sozialpolitische Ausgewogenheit nicht aus den Augen verlieren. Es ist für die Politik zu offensichtlich, wem die Verkleinerung des Sachleistungskataloges am meisten nützt und wem die Stärkung der Markt Komponente am meisten schadet.

Echte Liberalisierung heißt Wahlmöglichkeit schaffen. Wahlmöglichkeit zwischen

- dem Notwendigen und dem Machbaren,
- der Wiederherstellung der Gesundheit und dem Luxus,
- der Pflicht der Solidargemeinschaft und der Eigenleistung.

Wenn die Pflichten klar definiert sind, kann für den Rest der Markt eröffnet werden.

Patienten sollen frei entscheiden dürfen, wenn sie können. Wer es nicht kann, sollte vor Mißbrauch geschützt werden. Guter berufständischer Tradition entspräche es, wenn Zahnärzte diesen Schutz selbst in die Hände nähmen. Weder Kassen noch Verbraucherschutzverbände sind dazu in der Lage.

Liberalisierung heißt Öffnung des Systems und Eröffnung von Optionen. **Jeder** Patient muß **alle** zahnärztlichen Leistungen nachfragen können, und jeder Zahnarzt muß **jede** ethisch und fachlich vertretbare Leistung erbringen dürfen. Dabei darf der Patient aber im Rahmen seiner versicherungstechnischen Grenze den Anspruch auf Vertragsleistung gegenüber seiner Kasse nicht verlieren. Die Kassen müssen dazu ihren Anspruch auf ein umfassendes, kostendeckendes Leistungsangebot im Rahmen der Beitragssatzstabilität aufgeben. Sie sollten sich wie Privatversicherungen am Markt der Zusatzversicherungen beteiligen können. Damit kämen die Krankenkassen aus der Grauzone der Halbstaatlichkeit und der Willkür der Bezuschussungspraxis heraus. Auch „Kassen“-Versicherte könnten ohne Benachteiligung gegenüber „Privat“-Versicherten gehobene Ansprüche befriedigen und hielten den Anschluß an den medizinischen Fortschritt. Qualitativ aufwendige Arbeit würde dann wieder gerecht honoriert werden können. Patienten und Zahnärzte mit hohen Ansprüchen aneinander könnten auf dieser Basis eine Behandlung nach den Vorstellungen beider Seiten frei vereinbaren. Nur so kann sich über innovationsfreudige Praxen die Technik der Zahnheilkunde weiterentwickeln und nur so wird sich über eine sozialverpflichtete Berufsausübung das in Ethik begründete Ansehen des Heilberufes Zahnarzt erhalten. Über die Ausgestaltung kann man dann diskutieren.

Ein Leistungskatalog von Wahlleistungen mit Festzuschüssen bietet dabei unüberseh-

bare Vorteile gegenüber der bisherigen Praxis. Er ist gerechter, flexibler zu handhaben und läßt sich sozial austarieren. Es haftet ihm jedoch der Makel an, daß er nur ausgedacht worden ist, um den Zahnärzten neue Geldquellen zu erschließen. Damit alleine schon ist dieses Konzept politisch tot. Es hat aber eine Chance, wenn es so in den Versorgungsrahmen eingebettet wird, daß es im medizinischen und nicht im ökonomischen Sinn bedarfsgerecht bleibt. Zu diesem Aspekt fehlen von Seiten der Standesführung aber noch alle Argumente.

Beim derzeitigen Stand der Diskussion sind aber nicht nur bei der Politik, sondern auch bei den Zahnärzten selbst längst nicht alle Bedenken ausgeräumt. Ein System von Grund- und Wahlleistungen schafft nämlich nicht nur Freiheit, sondern es nimmt einem Teil der Kollegen besonders in sozialen Brennpunkten die Freiheit, einen Teil der Patienten auf dem Niveau zu versorgen, das sich bisher bewährt hat.

Und auch vom Aspekt der Solidarität her gesehen geht die Rechnung nicht auf, wenn nur noch Grundleistungen versichert werden, der Patient seine Wahlleistungen aber selbst bezahlt. Dieser Patient bezahlt nämlich nicht mehr für die „Wahlleistungen“ der anderen in den Solidartopf. Dadurch wird die Therapiemöglichkeit (und die Nachfrage) derer gedrosselt, die Wahlleistungen nicht aus der eigenen Tasche bezahlen können. Ergo: Die Bezuschussung der Kasse verschlechtert sich, und damit schränkt sich für die Masse der Zahnärzte die Freiheit ihrer Therapie ein.

Bei allen Regelungen muß gewährleistet sein: Es muß die Freiheit behalten oder zurückgewonnen werden, indikations-, fall- und patientenbezogen zu therapieren (– und die Therapie ggf. auch zu unterlassen). Ich

darf nicht gezwungen sein, dem Patienten das Teuerste und Aufwendigste zu verkaufen, um meine Praxis finanziell am Leben zu erhalten. Ärztlich unerträglich ist nicht die unterbezahlte Wurzelfüllung beim Kassenspatienten, sondern nach gnathologischen Gesichtspunkten hergestellter implantatgetragener Zahnersatz mit Eichenlaub und Schwertern bei Patienten mit dickem Bankkonto, aber ohne Zahnbürste. Das ist Unfreiheit!

Es gibt einen Satz, der wohl Motsch zuzuschreiben ist:

„Die Zahnärzte teilen sich in vier Gruppen auf:
die mit Kenntnis und mit Skrupel,
die mit Kenntnis und ohne Skrupel,
die ohne Kenntnis mit Skrupel und
die ohne Kenntnis und ohne Skrupel.“

Der Riß durch die Zahnärzteschaft trennt nicht die mit Kenntnis von denen ohne Kenntnis, sondern diejenigen mit Skrupel von denen ohne Skrupel und ich frage mich, wie lange sie noch in diesem Zwiespalt leben kann, wenn von einflußreichen Kräften von der Standespresse bis in die von uns gewählten Kammervorstände hinein das Unrechtsbewußtsein gegenüber groben Regelverstößen gegen Berufshygiene und Kollegialität systematisch abgebaut wird. Das neoliberale Zauberwort dieser Kreise heißt Deregulierung. Deregulierung heißt Abbau von einengenden Wettbewerbshemmnissen, die die freie Entfaltung behindern. In einem der Solidarität verpflichteten Berufsstand, auf den die Bedingungen des freien Marktes nur sehr begrenzt zutreffen, heißt Deregulierung aber auch, den Verteilungskampf gegen die eigenen Kollegen zu führen. Dies betreibt der Freie Verband seit einigen Jahren ganz offen und wird darin von mächtigen Medien unterstützt.

Ich habe darauf nur eine Antwort: Der Berufsstand wird sich teilen müssen. Die KZVen sind auf Interessenausgleich ausgelegt. In einem solchen Organ kann kein Platz sein für die modernen Dr. Eisenbarts, die unter dem Vertrauen erschleichenden Deckmäntelchen des Sozialberufs ihren Dental-Behandlungsservice nach Art eines Cash- & Carry-Marktes betreiben. Selbstverständlich sollen sie weiter ihrem Gewerbe nachgehen dürfen, in ihrem neuen Bewußtsein gestärkt von IUZ, 3MC und Wahl-, Zusatz- und Luxusleistungen verkaufen, was der Markt hergibt. Nur sollen sich aber ausgerechnet diese nicht beschweren, wenn andere Kollegen zur Aufbesserung ihrer miserablen Punktwerte für transparent abgerechnete und qualitätsgesicherte Leistungen an GKV-Versicherte direkte Verträge mit Krankenkassen schließen. Wenn die Standesführung – wie bisher – nicht in der Lage ist, ein ordentliches Honorar für polierte Amalgamfüllungen, ausreichend PAR-vorbehandelte Zahnersatztherapien oder Einzelkronen auszuhandeln, müssen sich die Zahnärzte unter den Zahnärzten eben zusammenschließen und ihre eigenen Interessen vertreten.

Der DAZ hat vor 15 Jahren zum Neubeginn aufgerufen, als die Zahnärzteschaft voll im Saft wirtschaftlicher Prosperität stand. Er hat sich mit seinen Qualitätssicherungs- und Prophylaxeprogrammen gegen die reinen Besitzstandswahrer nicht durchsetzen können. Heute stehen wir vor einem Berg von Problemen, mit Seehofer im Nacken und einer Kollegenschaft, die sich resigniert von der Politik abgewandt hat. Die Kraft für die Wiederherstellung zerstörten Vertrauens muß aus der Zahnärzteschaft selbst kommen; keine Partei, keine PR-Agentur können uns diese Anstrengungen abnehmen. Gelingt der Nachweis gesamtverantwortlichen Handelns, so wird kein Gesetzgeber Interesse daran haben, unseren Berufsstand weiter so rigoros zu gängeln, wie alle Parteien des Bundestages es im Herbst 1992 für richtig angesehen haben. „Wandel durch Annäherung“ war ein politischer Grundsatz zur Überwindung des kalten Krieges vor 20 Jahren. Er ist auch für unsere Krise durchaus aktuell und hilfreich.

Dr. Roland Ernst
Waldblick 2
26188 Edewecht

Antworten auf Zulassungsfragen

Das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) hat im Zulassungsrecht für Ärzte und Zahnärzte tiefgreifende Veränderungen und Erschwernisse geschaffen, die den Zugang zur Vertragsärztlichen Tätigkeit, Kriterien der Bedarfsplanung, Details zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, Erfordernisse für Praxisübernahmen, den Eintritt in ärztliche Kooperationsformen, Vorgaben beim Praxisverkauf – um nur einige Essentials zu nennen – akribisch festzuschreiben.

Für den einzelnen Zahnarzt ist es extrem schwierig, sich im Labyrinth der Regelwerke zu orientieren, ohne dabei auf falsche Gleise

zu geraten. Im Sinne von praxisgerechter Partnerschaft hat der NAV-Virchowbund ein umfassendes, leicht verständliches Merkblatt „Zulassung zur vertrags(zahn)ärztliche Praxis“ erstellt, das auf 10 Seiten klare Antworten auf zentrale Probleme liefert. Es beantwortet Fragen auch für bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, wie z.B. die Altersgrenze.

Das Merkblatt ist für DAZ- und NAV-Virchowbund-Mitglieder kostenlos; Nichtmitglieder senden mit ihrer Anforderung 5,- DM in Briefmarken ein. Bestellungen richten Sie bitte an den:

DAZ im NAV-Virchowbund
I. Berger-Orsag, Belfortstr. 9, 50668 Köln

Sulamith Hof

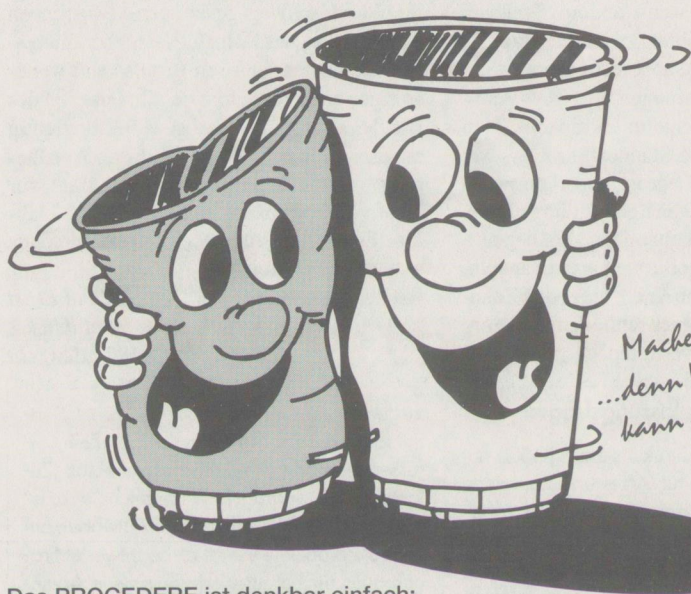
Postfach 1241
93135 Lappersdorf

Praktizierte
ÖKOLOGIE

Für umweltbewußte Zahnärzte:

Re-cup®

Das bundesweit organisierte Becherrecyclingsystem.



*Machen Sie mit...
...denn Umweltschutz
kann so einfach sein!*

Das PROCEDERE ist denkbar einfach:

Die Post bringt die bestellten Becher.

- Lieferkarton mit beiliegendem Plastiksack auskleiden.
- Darin benützte Dentalbecher sammeln.
- Rücknahmeauftrag mit Absender versehen.
- Die Post holt das fertige Paket in der Praxis ab.

Die zurückgelieferten Becher werden an den Recyclingbetrieb weitergeleitet.

Kaufen Benutzen Rückliefern Recycling

Info: Telefon 0941/893010 oder FAX 0941/893049

Vergiß Palermo!

Daß der Freie Verband in seinem Wahn, die Kassenpraxis zu privatisieren, nicht einmal den Bankrott vieler Kollegen scheut – das ist seit Gutmanns Kalkül, der „freien Arzt-Patienten-Beziehung“ notfalls ein Drittel der Kassenzahnärzte zu opfern, bekannt. Daß jetzt aber ganz konkret Geld, das die Krankenkassen bereits an die KZVen überwiesen haben, von der eigenen Körperschaft den Kollegen vorenthalten wird, stellt, zumindest in Bayern und Niedersachsen, eine neue Qualität aggressiver Standespolitik dar. Sie reicht möglicherweise bereits in strafrechtliche Bereiche wie Betrug oder Veruntreuung hinein. Hintergrund dieses Einbehalts von Vergütungen ist in Bayern ein Beschluß der KZV-Vertreterversammlung von 1994, wonach der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) jedes Zahnarztes um 10% seines letztjährigen Budgets reduziert wird. Wegen der damit verbundenen Einkommenseinbußen hatte Schirborts Bundes-KZV nicht nur die Kollegenschaft zu neuen Angriffen gegen das verhaßte System motiviert. Sie hatte auch öffentlich empfohlen, Patientenbehandlungen ins nächste Jahr zu verschieben. Wie zu erwarten, ging dieser Schuß nach hinten los und brachte den Zahnärzten nicht das erwartete Verständnis, sondern weiteren Ärger und Mißliebigkeit. Vor allem, als sich immer deutlicher zeigte, daß Seehofers Budget, zumindest in Bayern, ausreichen, sogar schließlich nicht einmal ausgeschöpft sein würde. Womit die Geschäftsgrundlage für den 10%igen Einbehalt durch die Körperschaft entfallen war und die KZV eigentlich hätte eingestehen müssen, was sie seit Monaten weiß: Daß sie sich geirrt und die Kollegenschaft falsch informiert hat. Möglicherweise sogar vorsätzlich getäuscht,

weil die KZV-Statistik der abgerechneten Leistungen zumindest ab Mitte '94 eine Überschreitung des Budgets nicht erwarten ließ. Ein solcher Täuschungsverdacht erscheint auch deshalb nicht ganz abwegig, wenn man sich vor Augen führt, daß die bayerische und niedersächsische KZV von Zahnärzten geführt wird, die sich immer wieder für den Ausstieg aus dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt haben. In Bayern hat man sogar den Bock zum Ziergärtner gemacht und ausgerechnet denjenigen zum Vorsitzenden der KZV gewählt, der genau diese Körperschaft mit seiner Korb-Initiative (der gemeinsamen Rückgabe der Kassenzulassung) funktionsunfähig machen wollte. Natürlich muß es solchen Standespolitikern ungelegen kommen, wenn angekündigte Repressalien des Staates nicht eintreten. Und so werden, um die Stimmung gegen das verhaßte System am Kochen zu halten, Überweisungen der Krankenkassen eingefroren und den Kollegen die sauer verdienten Vergütungen vorenthalten.

Viele Zahnärzte – die Abzüge schwanken im Bereich mehrerer zehntausend DM – wandten sich jetzt erbost an die vermeintlich schuldigen Krankenkassen. Doch die wiesen die Vorwürfe gelassen zurück: Die Primärkassen z.B. haben alle Vergütungen an die KZV überwiesen und ca. 40 Millionen vom Budget übrigbehalten. Man habe der KZV sogar eine Punktwerthöhung angeboten, wenn diese ihrerseits zu Regelungen im Bereich der Abdingungen bereit wäre. Doch die KZV hat dies abgelehnt.

Sie sehen, liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie sind nur noch die Bauern im Schach zwischen KZV und Krankenkassen: Ihnen

zustehende Vergütungen und sogar Punktwert erhöhungen werden Ihnen von der eigenen Berufsvertretung vorenthalten, die zudem permanent das Ansehen aller Zahnärzte in der Öffentlichkeit schädigt.

Die Aufsichtsbehörden über diese Körperschaften öffentlichen Rechts, in Bayern das Sozialministerium, schweigen bislang ... Bleibt womöglich nur noch der Staatsanwalt: In Niedersachsen hat bereits ein Kollege ein Ermittlungsverfahren gegen den Vorstand der KZV eingeleitet, das folgende Sachverhalte klären soll:

1. Den Verbleib von ca. 160 Mio. DM, die von den gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 1994 bereits ausgezahlt, jedoch bisher nicht an die Zahnärzte weitergegeben wurden. Hiervon entfallen ca. 100 Mio. DM auf Abschlagszahlungen an die Kollegenschaft, die bereits in den Monaten Dezember '94 und Januar '95 fällig gewesen wären. Die restlichen 60 Mio. DM werden als „Restzahlung“ zu Beginn des 2. Quartals '95 fällig.
2. Den Verbleib von Zinsen, die mit Vergütungen der Krankenkassen erwirtschaftet wurden.
3. Nötigung der niedersächsischen Vertragszahnärzte zu grob gesetz- und vertragswidrigen Handlungen gegenüber ihren Patienten.

Bei der bayerischen KZV müßte es sich ebenfalls um 100 bis 200 Mio. DM handeln. Und das alles nur, um den Kollegen den Staat so vorzuführen, wie man ihn gern hätte, um dann endlich aus der Kassenpraxis auszuweichen – hinein in die 200% Cash-Praxis mit ihrer „freien Arzt-Patienten-Beziehung“?

Natürlich kann man einräumen, daß der HVM von den Vertreterversammlungen der KZVen Niedersachsen und Bayern, den berufsständischen Parlamenten also, fast ein-

stimmig gebilligt wurde. In Niedersachsen hat man sogar vier mal darüber abgestimmt, allerdings ohne vom Vorstand auch nur eine einzige konkrete Zahl zu sehen zu bekommen. Insofern bestätigt sich einmal mehr der Verdacht, daß das Ganze von einigen wenigen, allen voran Herrn Schirbort, der ja sowohl der KZV Niedersachsen als auch der Bundes-KZV vorsteht, initiiert und gesteuert wurde. Daß also offensichtlich weder in Niedersachsen noch in Bayern genügend Kollegen in den Vertreterversammlungen sitzen, die Manns genug sind, aufzustehen und den Scharfmachern im Vorstand zu widersprechen, ist die eine Sache. Eine andere: Der KZV-Vorstand, der dazu gewählt ist, mit Ihrem Geld Ihre Interessen gegenüber den Krankenkassen zu vertreten, ist in Niedersachsen und in Bayern mit denjenigen besetzt, deren Ziel die Zerschlagung der KZVen ist. Herr Löffler, KZV-Chef in Bayern, Initiator des Korbes, wird dafür, daß er und sein Vize Kinner Sand ins KZV-Getriebe streuen, fürstlich entlohnt: Allein die Vorsitzenden erhalten, obwohl ehrenamtlich tätig, Entschädigungen von mindestens 400 000 DM jährlich (auch Ihr Geld). Die Vergütungen aus ihren Kassenpraxen dürften damit wohl nur noch eine marginale Rolle spielen und sicher auch die Motivation, sich um Ihre Kassenabrechnungen zu kümmern. Was mit den 200 Mio. DM geschehen ist, die sich durch Nichtweitergabe der Krankenkassengelder bei der KZV angesammelt haben, ist ebenso unklar wie die Höhe und die Verwendung oder Anlage des Vermögens, das – auch mit Ihrem Geld – die KZV angehäuft hat. Laut Rechenschaftsbericht belaufen sich allein die Zinsen des KZV-Vermögens 1993 auf ca. 23 Mio. DM.

Eine weitere, noch dubiosere Sache betrifft die Höhe der Überweisungen der zahnärztlichen Körperschaften in Bayern an die

private Abrechnungsgesellschaft ABZ. Die Frage eines Delegierten der Vertreterversammlung, ob außer den bereits zugegebenen 600 000 DM (natürlich auch Ihr Geld) weitere Summen an die ABZ transferiert wurden, blieb bis heute unbeantwortet...

Und schließlich: Finden Sie es in Ordnung, daß angesichts dieses Finanzgebarens vom gleichen KZV-Vorstand in Bayern auch noch die Verwaltungskostenpauschale für Ihre Abrechnungen 1994 von 0,8% auf 1,1% erhöht wurde? – Das sind satte 40%! Kommentar des KZV-Vizes Kinner: „Wer über die KZV abrechnet, ist sowieso selber schuld!“

Harter Tobak, das alles?

Und Sie glauben immer noch, daß Palermo weit weg ist – und wollen sich weiter aus allem heraushalten, in Ruhe Ihre Patienten behandeln und sich darauf verlassen, daß die-daroben das Beste für Sie tun?

– Wenn die Chaos-Spezialisten im Freien Verband nicht einmal den Mumm haben, ihre Ausstiegsparenolen für sich selbst umzusetzen und ihre Kassenzulassung abzugeben,

– wenn die gleichen Leute mit Ihrem Geld an der Zerstörung unserer Selbstverwaltung arbeiten,

– wenn Sie davon ausgehen müssen, daß Ihre eigene Körperschaft gegen Sie arbeitet –

dann sollten Sie sich ernsthaft überlegen, ob Sie sich nicht außerhalb der KZV mit anderen Kollegen zusammentun. Einzelverträge mit den Krankenkassen waren mir bisher immer ein Greuel – aber viel schlimmer kann das wahrscheinlich auch nicht sein als das, was wir jetzt erleben. Berechenbarer allemal.

Ihr Hanns-W. Hey

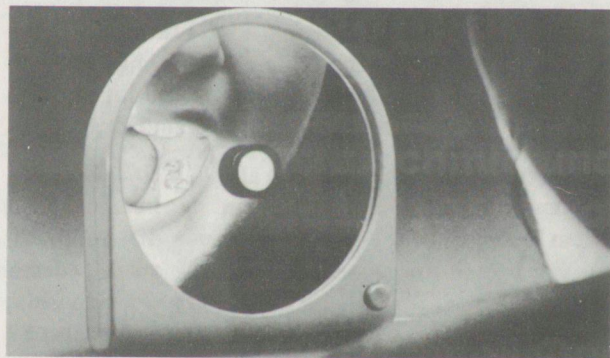
Unerlässlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel



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 Kontaktlinsträger 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

Postfach 1005 40 · 83005 Rosenheim
Tel. 0 80 31 / 7 10 17 · Fax - / 72 508

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[®]
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

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

Wie durchsichtig wird der „gläserne“ Patient?

Am 20. Februar hat unser Gesundheitsminister wieder einmal unter Beweis gestellt, was er unter Selbstverwaltung und sparsamer Verwendung von Haushaltsmitteln versteht: Da bestand doch die entfernte Möglichkeit, daß das Bundesschiedsamt in Sachen Datenweitergabe eine Entscheidung fällt, die nicht seiner Auslegung des SGB V entspräche. Daraufhin hätte er wieder einmal – sicherlich per Einschreiben – die Entscheidung kassieren müssen, was eine Menge Porto gekostet hätte. Also flugs ein Fax in die Verhandlung geschickt, aus dem zu entnehmen war, wo es langgeht. Basta! Der Bund der Steuerzahler wird seine Freude daran haben.

Allen Betroffenen ist natürlich klar, daß dieses Fax nur ein unverbindlicher Vorschlag war und keinerlei Weisungscharakter besaß, denn nachdem ein Gesetz einmal Rechtskraft hat, darf es nur noch ein ordentliches Gericht interpretieren. Honni soit, qui mal y pense! Die Verwaltung (ja, ja – ein Ministerium ist nichts anderes als das) hat sich da „rauszuhalten“. Wünschenswert aus der Sicht des Staatsbürgers wäre natürlich, daß ein Gesetz so gut ist, daß es keiner großen Interpretation bedarf. Gut, daß wir uns schon daran gewöhnen durften, daß die halbfertigen oder grundgesetzwidrigen Gesetze halt dann in Karlsruhe von einer handvoll Juristen fertiggestrickt werden müssen. Die Idee von der Gewaltenteilung hat ja in den letzten 200 Jahren wohl ein wenig Staub angesetzt.

Es war also verständlich und notwendig, daß die KZBV „aufs Schärfste“ dagegen protestiert hat. Stellen Sie sich vor, daß Sie wegen eines Verkehrsvergehens vor Gericht

stehen. Während der Beweisaufnahme bringt der Gerichtsdienner ein Fax des Innenministers herein, das Ihre Verurteilung fordert. Jeder kleine Amtsrichter würde den Innenminister mit einer Ordnungsstrafe wegen Mißachtung des Gerichtes belegen. Das Rechtsverständnis des Schiedsamtes wie des Ministers müssen wohl ihre eigenen Wurzeln haben.

Die KZBV will nun ihre weitere Mitwirkung an Verhandlungen des Bundesschiedsamtes davon abhängig machen, daß dessen Unabhängigkeit gewährleistet ist. Das ist verständlich und wird darauf hinauslaufen, daß dort keine Zahnärzte mehr hingehen. Oder glaubt irgendwer, daß von jetzt an die Schiedsämter vor Verhandlungsbeginn jeweils ihre Unabhängigkeit feierlich versichern werden? Also von jetzt an Schiedsamsentscheidungen ohne Verhandlung? Das hätte immerhin den Vorteil, daß Spesen gespart werden würden – ein meß- und zählbarer Gewinn. Da muß man dagegen das weitere „Verschlanken“ des Rechtsstaatsgedanken schon hinnehmen!

Schön wäre es nun, wenn unsere KZBV im Status der Unschuld dastehen könnte, wo es um die rechtliche Sauberkeit geht. Nachdem sie unter Schirbort im politischen Bereich auf alles erreichbare Porzellan losgegangen ist, stünde uns die Achtung von Rechtsprinzipien als „pièce de resistance“ gut zu Gesicht. Doch weit gefehlt!

Ein aktuelles Beispiel dafür: Auf Seite 24 der ZM 85, Nr. 6 beginnt ein Artikel, der sich über die Selbstherrlichkeit des BMG empört; zwei Seiten vorher findet sich eine

Notiz, die zeigt, wie man's in Köln mit der Rechtstreu hält: Dort berichtet nämlich Thomas Göllner (Chef vom Dienst für diese Nummer) über den „Erdrutschsieg des Freien Verbandes in Thüringen“. Zitat daraus: „die thüringer Zahnärzte vollzogen mit dieser Wahl einen eindeutigen Richtungswechsel und erteilten der *zaudernd-zögerlichen Standesführung* (Hervorhebung d. Verf.) des bisherigen Vorstandsvorsitzenden Dr. Köberich eine klare Absage.“

Was ist an diesem Bericht auszusetzen? Merken Sie es noch, oder geht es Ihnen wie Seehofer? Hier wertet das offizielle Organ der KZBV unter offiziellem Redaktionskürzel die Amtsführung eines gewählten kassenzahnärztlichen Mandatsträgers! Die Thüringer dürfen jetzt im Blatt ihrer eigenen Bundesvereinigung lesen, daß sie früher mit der Wahl des Herrn Dr. Köberich wohl einen Fehler gemacht hatten, mit dem die Redaktion der ZM gar nicht einverstanden war. Wahrscheinlich sollen sie sich nun über das Lob für die jetzige späte Einsicht auch noch freuen! Noch mal im Klartext: Ein Schreibknecht des Herrn Schirbort darf sich erlauben, eine demokratische Wahl eines der kassenzahnärztlichen Organe im nachhinein zu besabbern. Und glauben Sie ja nicht, daß die Redaktion der ZM am losen Zügel geführt wäre – wir wissen das wahrscheinlich besser! Wer Demokratie so verinnerlicht hat, muß dem Herrn Seehofer keinen Rechtsbruch vorwerfen.

Das ist unsere neue politische Kultur: Wir Zahnärzte wollen es nicht weiter dulden, daß jeder mit uns Schlitten fährt. Also wählen wir uns einen, der zwar keine Verbesserung zustande bringt, der aber wenigstens genauso gut zuhauen kann. Das sind Skinhead-Strategien! Wir sollten einführen, daß unsere Führungskräfte zu offiziellen Anlässen ein Koppel tragen müssen.

Dieser lange Exkurs war nicht zu umgehen, wenn wir uns mit der Sorge unserer KZV-Spitze um den „gläsernen“ Patienten beschäftigen wollen. Es geht um die Glaubwürdigkeit der zahnärztlichen Bedenken und um eine möglichst sachliche Auseinandersetzung mit der Materie.

Das SGB V regelt, nachdem die Kassen- und Zahnarztverbände jahrelang nicht zur Einigung gekommen waren, Art und Umfang der Daten neu, die von uns an die Kassen weitergegeben werden müssen. Es geht dabei weit über die vorherigen Vorschriften hinaus. Bis jetzt sind Formulare die „Datenträger“ für die Abrechnungsdaten. Die Flut von Krankenscheinen enthält zwar schon eine große Menge von Informationen, die aber in den meisten Fällen einen ungehobenen Schatz für die Kassen darstellen, weil nur wenige mit den Scheinen etwas anderes tun, als sie vorschriftsmäßig aufzubewahren und das angeforderte Geld an die KZVen zu bezahlen. Kämen die Daten in computerverdaulicher Form bei den Kassen an, gäbe es heute schon wesentlich mehr Transparenz über das zahnärztliche Behandlungs- (oder wenigsten Abrechnungs-)verhalten. Die berüchtigte „Voith-Heidenheim“-Untersuchung war nur möglich, weil da zwei Krankenkassen die Abrechnungsdaten im Computer hatten. Die genaue chronologische Aufzeichnung der Behandlungsdaten erhöhte diese Transparenz natürlich noch. Die AOK-Burgdorf unseligen Angedenkens, die ja immer besonders voyeuristisch war, könnte dann z.B. haarklein nachverfolgen, wenn ein fiktiver Herr Meier beim Zahnarzt war. Ich weiß nicht recht, was sie davon hätte, aber sie könnte es auf jeden Fall. Sie könnte natürlich auch nachschauen, ob der Herr Zahnarzt Meier tatsächlich seine Behandlung der lokalen Reizfaktoren vor Beginn einer PAR-Behandlung durchführt. Wäre es nicht so, dann könnte sie den Kollegen Meier des Richtlinienverstoßes

zeichen. Immerhin ein kleines Faustpfand, mit dem man Druck machen kann, oder Geld sparen, oder beides. Es gibt eine Menge von Daten, die da so zusammengeführt werden könnten (und wohl auch würden), wenn der dazu nötige Aufwand nur noch in der Programmierung von Datenbankabfragen bestehen würde. Wer Ideen dafür finden will, kann sich den Forschungsbericht Nr. 159; „Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnmedizinischen Versorgung“; ISBN 0174-4992 als ein Beispiel dafür besorgen. Er ist beim damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erschienen.

Die Frage ist nun, ob uns das jucken soll? Das kassenzahnärztliche Abrechnungssystem von heute geht von der Annahme aus, daß die Beteiligten sich an die Vorschriften halten. Gewiß gibt es Kontrollinstanzen, die sich aber weniger mit der reinen Richtlinienbefolgung im einzelnen Fall als mit der Wirtschaftlichkeit des Gesamtverhaltens beschäftigen. Wir alle wissen, daß dies ein grobes und nicht selten inadäquates Instrument ist, und dies nach beiden Seiten! Der Gesetzesauftrag zur Installation von qualitätssichernden Maßnahmen plus der bequemen Sammlung von chronologischen Abrechnungsdaten ergibt ein tiefergreifendes und weiterreichendes Instrumentarium, das tatsächlich mehr zur Kontrolle als zur Sicherung qualitativer Aspekte verwendet werden kann. Nachdem heute Mißtrauen, Lagerdenken und Machtkalkül im Verhältnis der Partner in der Selbstverwaltung Alltag geworden sind, entsteht hier eine neue Waffe im Grabenkampf. Man mag es gar nicht mehr wiederholen: Vor Jahren hätten wir Zahnärzte diese Instrumente selbst in die Hand nehmen können, und es wäre unsere Verantwortung gewesen, sie nicht zur Waffe werden zu lassen. Das Brett vorm Kopf war bei unseren Fürsten damals wie heute die beliebtere Alternative.

Gefährlicher noch, weil wir uns auch darauf nicht vorbereitet haben, ist eine weitere Verwendungsmöglichkeit der gesammelten Datenmengen: Sie können nämlich zu wahren Bergen zentral aufgehäuft werden. Wenn dann die „richtigen“ Leute mit den „richtigen“ Ambitionen die Strukturen unseres Leistungsgeschehens analysieren, werden sie womöglich herausfinden, daß die zeitlichen Grundannahmen für den Bema nicht mehr stimmen. Das wäre kein Wunder, wenn man bedenkt, daß die Zeitrelationen der Einzelleistungen im Bema in einem Zeitraum ermittelt wurden, als die Turbine noch eine Neuheit war. Daß sich die Art unserer Leistungserbringung innerhalb von über dreißig Jahren vollkommen verändert hat, daß Streß, Genauigkeitsanforderungen, Umfang des Leistungsgeschehens heute vollkommen anders sind als früher, wissen wir Zahnärzte wohl. Aber können wir es darlegen und quantifizieren? Die einzige Bemühung in dieser Richtung hat vor knapp zwanzig Jahren das IGZ gezeigt, als es eine Alternative zur „Dänenstudie“ vorlegte. Wer weiß darüber heute noch etwas? Wenn wir in wenigen Jahren schon gegen die mögliche Behauptung der Kassen bestehen wollen, daß der Bema nicht mehr stimmt, müssen wir heute schon die Argumente und Beweise für die Berechtigung unserer Honorarvorstellungen sammeln.

Merken Sie, wie wenig wir auf den „gläsernen“ Zahnarzt vorbereitet sind? Glauben Sie immer noch, daß die Verteidigung der informationellen Selbstbestimmung unserer Patienten unser vordringliches Ziel ist? Was diese anbelangt, lehne ich mich beruhigt in meinem Schreibtischsessel zurück: Es gibt genügend politische Kräfte in unserem Land, die sich dieses Themas annehmen können und werden. Die gleichen Kräfte werden mit uns nicht so zimperlich sein, dazu sitzen

Vorurteile und mittlerweile Urteile über unsere soziale Zuverlässigkeit zu tief. Ich weiß es nicht, aber ich fürchte sehr, daß die offiziellen Tränen, die jetzt um die Intimsphäre unserer Patienten geweint werden, bei der Öffentlichkeit nicht auf die gewünschte Emphase stoßen werden. Seien wir lieber ehrlich, geben wir zu, daß wir in der heutigen Situation nicht scharf darauf sind, Material herzugeben, aus dem ein Gegner Waffen schmieden könnte.

Ceterum censeo: Sehen wir zu, daß wir uns dort keine weiteren Gegner schaffen, wo wir Partner brauchen. Die helleren auf der anderen Seite des Grabens merken es schon: Wer seine politischen Hausaufgaben in Sachen Prophylaxe nicht gemacht hat, wird heute und in Zukunft Zahnärzte brauchen – möglichst gute obendrein. Für Gladiatorenkämpfe und Stellvertreterkriege haben wir keine freien Kapazitäten, meine Herren Seehofer und Schirbort!

Dr. Kai Müller

20. September 1995 Tag der Zahngesundheit

Bundeszentrale Auftaktveranstaltung in der
Universitätszahnklinik München



u.a. sind folgende Vorträge vorgesehen:

Prof. Dr. Annerose Borutta, Erfurt
Gerostomatologischer Betreuungsbedarf im internationalen Vergleich

Dr. Klaus-Peter Wefers, Gießen
Soziokulturelle und psychosoziale Aspekte der Alterszahnheilkunde

Prof. Dr. Reinhard Hickel, München
Aspekte der Zahnerhaltung im Alter

Dr. Nitschke, Berlin
Alterszahnheilkunde in Aktion

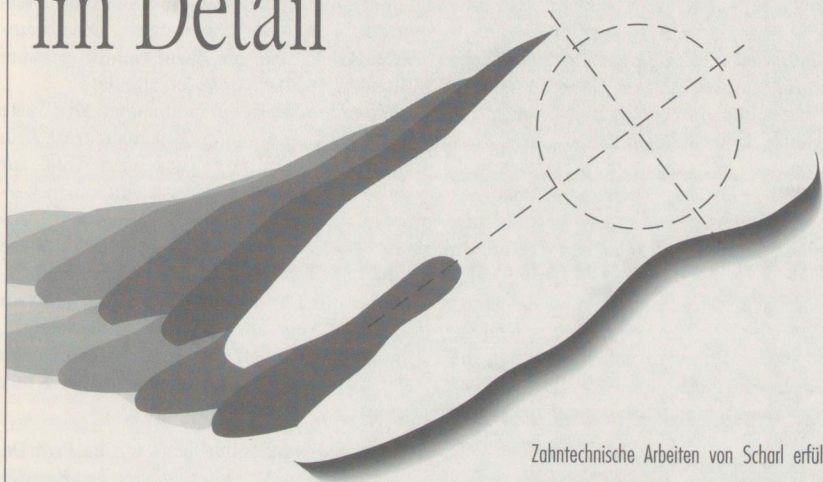
Weitere Auskünfte sind erhältlich beim
Verein für Zahnhygiene, Feldbergstraße 40, 64293 Darmstadt

Junger Zahnarzt aus dem Raum Köln sucht
Kollegen/in für Gemeinschaftspraxis
Chiffre 50939

Famulaturmöglichkeiten
in Zahnarztpraxen bundesweit gesucht.
Chiffre FAMU

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 • Kleinraigerling 66 • 8450 Amberg • Telefon: 0 96 21/379-0

Zedelmaiers wilder Haufen sollte endlich die Zeichen der Zeit erkennen

Dieser Beitrag von W. Plassmann aus der Ärztezeitung ist vor 10 Jahren geschrieben worden, könnte aber ebenso von heute sein, wenn man andere Namen einsetzen würde. Die Kritik an der Politik des Freien Verbandes trifft heute ebenso zu wie damals: „Das laute Kampfgeschrei nimmt doch niemand ernst“ – „Gegen die Öffentlichkeit läßt sich kein Kampf führen“ – „Die KZBV sollte endlich die Zeichen der Zeit erkennen“ – sic!

So konnte man ihn gar nicht: Zurückgenommen, ja fast schüchtern, suchte Dr. Helmut Zedelmaier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), nach Gründen, warum seine Klientel in diesem Jahr einen ausgesprochen harten Honorarabschluß hinnehmen mußte. Zedelmaier suchte angestrengt nach Entschuldigungen.

Da konnte die Retourkutsche nicht lange ausbleiben. Kein Geschütz war den Sprechern der harten Linie bei der jüngsten Vertreterversammlung der KZBV in München zu groß. Da sprach der Hannoveraner Dr. Wolfgang-Eberhard Paeske von „Sklaventum“ der Zahnärzte gegenüber den Kassen, sein Bremer Kollege Hans-Hennig Bieg warf den Kassen vor, die zahnärztliche Arbeitskraft „gewollt auszubeuten“ und rief dazu auf, „die Samthandschuhe auszuziehen“. Denn: „Wir Zahnärzte haben nichts mehr zu verlieren.“

Am lautesten schreit der Freie Verband

Wie die Kampfmaßnahmen aussehen sollten, wußten die wackeren Verbalradikalen auch schon: Dr. Dietrich Montigel verlangte einen Austritt aus dem gemeinsamen Arbeitsausschuß mit den Kassen und darüber hinaus ein „nicht so moderates Angebot“ für die nächste Gesprächsrunde. Julius Herrmann, Vorsitzender des „Freien Verbandes“ will das Auftragsformular „rigoros boykottieren“ und sich ebenfalls aus dem Gutachterverfahren zurückziehen.

Hintergrund

Herrmann: „Wir müssen den absoluten Kampf aufnehmen.“

Das Volk an der Basis mag solche Töne gerne hören, doch sie schaden den Zahnärzten mehr, als ihnen lieb sein kann. Bereits in München las

der (CSU-)Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, Stefan Höpfinger, den Zahnärzten gehörig die Leviten. Sie sollten nicht vergessen, wer an der Regierung sei. Die überzeugene Kritik führe nur dazu, daß die gesamte Richtung politisch Schaden erleide.

Was Höpfinger nur andeutete: Das laute Kampfgeschrei nimmt doch niemand ernst. Kein Zahnarzt steht mit dem Rücken zur Wand, nur weil Umstrukturierungen vorgenommen werden, die eine teilweise Absenkung des Honorars mit sich bringen. Das durchschnittliche Einkommen der Kassenzahnärzte liegt immerhin noch bei über 200 000 DM pro Jahr (vor Steuern). Aber den Kassen ist es ein leichtes, die Zahnärzteschaft wieder an den Pranger zu stellen, wenn sie derartig überzogene Kritik anbringt.

Wie man es anders machen kann, hat Prof. Dr. Siegfried Häußler, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorgemacht. Umstrukturierungen auch in seinem Sektor sind unausweichlich. Aber anstatt Forderungen zu stellen, die von vornherein keine Aussicht auf Erfolg haben, setzte er sich an die Spitze der Reformer. Dabei sparte er auch nicht mit schmerzlichen Eingriffen für seine Ärzteschaft.

Doch der Effekt ist positiv: Politiker und Öffentlichkeit stehen hinter ihm, die unausweichlichen Veränderungen werden wenigstens so vorgenommen, daß nicht allzugroßer Schaden entsteht. Und nicht zuletzt wird so das Ansehen der Ärzte wieder aufpoliert.

Das Image der Zahnärzte ist mittlerweile miserabel

Hierin liegt der grundlegende Fehler, den Zedelmaier und vor allem sein streitbarer Hau-

fen machen: Gegen die Öffentlichkeit läßt sich kein Kampf führen. Das Image der Zahnärzte ist miserabel, ihre Stellung in der öffentlichen Auseinandersetzung ausgesprochen defensiv. Wer sich zu solchen Reden hinreißen läßt, wie

in München, gibt der Gegenseite nur Kanonenfutter – auch die KZBV sollte endlich die Zeichen der Zeit erkennen.

Walter Plassmann
in *Ärzte Zeitung* vom 6.11.'85

Holzauge sei wachsam!

Die Morgenstunde hat beim Gähnen Gold im Munde, aber nur bei den besseren Leuten. Wenn unsereiner den Tag begrüßt, dann schimmert es im Rachenraum dunkel, nachgerade schwarz, und der Heilpraktiker unseres Vertrauens wiegt abends bedenklich den Kopf: Von Amalgamvergiftung ist die Rede, wenn wir die müden Glieder und die schmerzende Stirne ihm zur Besprechung bieten: „raus mit dem Gift“, heißt es mit einer plötzlichen Entschiedenheit, die uns bis ins Portemonnaie erzittern läßt. – Deutschlands Zahntechniker haben nun einen Ersatzstoff entwickelt, der uns vor Quecksilber behüten kann, und wenn die armen Leute Glück haben, werden die Kassen ihn sogar bezahlen. Was aber, wenn auch diesem Stoff eignet, was allzuvielen Materialien in uns und um uns bescheinigt wird, im Regelfalle zehn bis zwanzig Jahre nach deren Einführung als „unbedenklich“: daß sie Rheuma machen, Allergien die nötigen Impulse geben, zu einer schleichende Vergiftung führen, zu Dummheit oder noch größerer Qual? Dann reißen wir erneut den Mund auf, um uns Bohrer und Schmerz zu überlassen und wenn wir ihn wieder schließen können, fluchen wir zwischen den frisch gefüllten Zähnen.

Ja wir gestehen: Es gebricht uns an der nötigen Hoffnung. Mit unseren Beschwerden kommen wir kaum nach – haben wir gerade ein ganz aktuelles Syndrom entwickelt (z.B. Milchunverträglichkeit, Pseudo-Krupp oder Pilze im Darm), taucht schon ein neues Krankheitsbild auf, das uns zwingt, unsere Bücherregale,

Ernährungsgewohnheiten oder Herzklappen zu wechseln. Und wieder ziehen wir die Stirn in Falten, schauen mit Sorge in den Spiegel (der übrigens mit Zinnamalgam beschichtet ist) und fahnden nach weiteren bedrohlichen Spuren unseres Erbübels, ein Leib zu sein: Kalkmangel, Cellulitis, Überbein?

Aber das Schlimmste schleicht ja unsichtbar: Lebensmittelfarben, naturidentische Aromastoffe und Kakaopulver mit Pestiziden lösen die heitersten chemischen Reaktionen aus, deren Folgen und Potenzen die Wissenschaft an uns und unserer Neurodermitis in Erfahrung bringt. Die Entscheidung, wo die Sorge um sich in Paranoia umschlägt, bleibt jedem selbst überlassen und unser Gesundheitssystem ist dabei so hilfreich umarmend wie eine veritable Gürtelrose. Immerhin mehren sich die Zeichen, daß Soma und Psyche inniger verbunden sind als jene Ingenieure, die uns Aspirin und Ozonkiller bescheren, einstweilen glauben wollen. So daß wir mit einer doppelten Empfehlung schließen: Der Staatsbürger in uns sollte mit allen Holzaugen wachsam sein. Privat geben wir uns Kierkegaard anheim, der fröhlich die Unvollkommenheit der Irdischen wie folgt zusammenfaßte: „Ein ganzer Mensch zu sein, ist doch das Höchste! Jetzt habe ich Hühneraugen bekommen, das ist doch immer eine kleine Hilfe.“

*Streiflicht der SZ
(mit freundlicher Genehmigung des
Süddeutschen Verlages)*

Legierungen in der zahnärztlichen Therapie

U. Happ

... so heißt eine Informationsschrift des BGA (Bundesgesundheitsamtes), das zwischenzeitlich wegen eines AIDS-Skandals aufgelöst und als BIAM (oder BfArM = Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte) seine Wiedergeburt gefunden hat. Diese Informationsschrift enthält Handlungsanweisungen, die in der Wissenschaft durchaus umstritten sind und in der Praxis 2 Jahre nach der ersten Veröffentlichung noch wenig Beachtung gefunden haben. Diese Empfehlungen sind leider aus dem „Elfenbeinturm“ gekommen und laufen an der Realität vorbei. Dennoch – und das wurde uns vom Vertreter des BIAM bei der DAZ-Ratsitzung in Berlin im Januar dieses Jahres bestätigt: sie sind weiterhin gültig – was heißt, sie sind bei unseren Therapiemaßnahmen zu berücksichtigen. Wir müssen die Verantwortung mit allen forensischen Konsequenzen tragen. Das BIAM hält sich wie bei dem Amalgamdilemma aus der konkreten verantwortlichen Entscheidung heraus – schafft aber Rechtstatsachen. Vom BIAM werden dabei schön unverbindlich klingende Worte wie können, sollen, beachten bevorzugt – wir hingegen müssen handeln, machen und dafür geradestehen.

Nachfolgend möchte ich aus einigen der 21 Punkte der Empfehlungen an den Zahnarzt zitieren und leicht kommentieren – und in den weiteren Beiträgen dieses Schwerpunktthemas Entscheidungshilfen bieten:

1. Der Zahnarzt gibt Anweisungen an den Zahntechniker, welche Legierung bzw. welches Dentallot zu verwenden ist.
Frage: wer von uns Zahnärzten ist so versiert, daß er diese Anweisung fundiert

geben bzw. das Tun des Technikers verantwortlich beurteilen kann?

2. Es ist darauf zu achten, daß die ... Legierungen folgende Anforderung an die Bezeichnung erfüllen: Hiernach sind mindestens die drei Hauptbestandteile in fallender Reihenfolge ... zu nennen.
Frage: was soll das, wenn es in Punkt drei heißt:
3. Es dürfen ausschließlich zahnärztliche ... Legierungen verwendet werden, welche hinsichtlich ihrer qualitativen Zusammensetzung vollständig deklariert werden und für welche hinsichtlich ihrer quantitativen Zusammensetzung die Sollanalysen mit den herstellungsbedingten Toleranzen der Einzelanalysen vorliegen.
4. Es sollen ... Legierungen ausgewählt werden, welche in Tests zum Korrosionsverhalten, zur lokalen und systemischen Toxizität, zur Allergenität, zur Mutagenität, zur Kanzerogenität sowie in klinischen Anwendungstests geprüft und für die zahnärztliche Therapie geeignet sind.
Da haben wir eine schöne Aufgabe, denn: Folgendes Prüfregime sollte durchlaufen sein:
 - 4.1 In-vitro-Korrosionsprüfung in einer chem. Elektrolytlösung, gg. ergänzt durch
 - 4.2 In-vitro-Korrosionsprüfung in einer biologischen Elektrolytlösung
 - 4.3 Biologische In-vitro-Prüfungen (Zell und Gewebekulturen) u.a. zur Prüfung der Mutagenität
 - 4.4 Tierexperimentelle In-vivo-Prüfung zur

- lokalen Toxizität
 - systemischen Toxizität
 - Allergenität
- ggf. Kanzerogenität, wenn ... der begründete Verdacht besteht

- 4.5 Klinisch kontrollierte Prüfungen für neue Legierungen. Für bereits im Verkehr befindliche Legierungen bleibt die Möglichkeit der Bewertung der vorliegenden Erfahrungen durch Experten unter Anwendungen von Kriterien, die aktuell geltenden wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen.

Sehen diese Punkte auf dem ersten Blick sehr qualitätssichernd aus und stellen sie weiterhin bei der nahezu unendlichen Legierungsauswahl eine gigantische ABM-Maßnahme dar, so werden sie durch den letzten Punkt zur Farce: Gerade die langjährig Erfahrungen haben dem bewährten Amalgam die klinische Unbedenklichkeit bescheinigt, öffentlichkeitspolitische Forderungen haben es wissenschaftlich verbrämt in Verruf gebracht, weitere Konsequenzen sind angekündigt! Soll das BIAM doch die Verantwortung oder den Mut beweisen, daß es die gewünschten Prüfungen eigenverantwortlich selbst durchführen läßt und dann 30 – 40 Legierungen für die zahnmedizinische Verwendung zuläßt anstatt das Überangebot von fast 1000 Legierungen (laut DENTAL VADEMEKUM) zu bedauern.

Die Empfehlungen (an uns Zahnärzte!) enthalten noch viele weitere „Wünsche“, z.B.

6. Bei der Auswahl ist zu beachten, daß ... Legierungen keine mehrphasigen Gefügestände mit unterschiedlicher chemischer Zusammensetzung der Phase aufweisen, welche durch die Legierungszusammensetzung oder die nachträgliche

Verarbeitung verursacht werden und zu einer stärkeren Korrosionsanfälligkeit führen können.

Frage: sollen wir das mit der Sonde prüfen oder wie??

Für dieses forum habe ich Punkt 7 und Punkt 21 dieser Empfehlungen herausgegriffen, nämlich:

7. Die Anzahl der Legierungen im Munde eines Patienten ist so gering wie möglich zu halten. Insbesondere...

7.1 Lötungen von Zahnersatz sollten auf das Notwendige beschränkt werden (was heißt notwendig?). Bei kieferorthopädischen Geräten ist das Schweißen zu bevorzugen (warum nur da?).

7.2 Unterschiedliche Metalle für die Vollgußkrone und den keramisch verblendeten Anteil eine Brücke sind zu vermeiden (und wie ist es für die Kronen mit Attachements bei Kombiarbeiten, bei Teleskopkronen an Modellgußprothesen??).

Nach einer alten Untersuchung haben c. 50% der versorgten Patienten 2 Legierungen im Munde (Amalgam und ?), weitere 40% drei und mehr Legierungen – wobei die verschiedenen Amalgame selbst verschiedene Legierungen sind. Und die überwältigende Zahl der Patienten hat damit keine Probleme. „Diese werbewirksame Forderung“ kann nach Prof. Wirz „als Unsinn beurteilt werden“ (siehe Seite 124). Andererseits wird nach Dr. Lindigkeit die Bedeutung elektrogalvanischer Phänomene im Munde noch kontrovers diskutiert und andere, dem Bereich der ganzheitlichen Zahnmedizin zuzuordnende Kollegen sehen in deren Mißachtung einen Kunstfehler. Und ein schier unendliches Therapiefeld.

Auch wenn im Munde durchaus Strom fließen kann (jeder kennt das Phänomen,

z.B. Prüfen einer Taschenlampenbatterie mit der Zunge), so spielt er nach herrschender (schulmedizinischer) Auffassung höchstens eine ganz untergeordnete Rolle. Die Korrosion ist das Problem, sie eine Folge der möglichen Lokalelementbildung. Die Korrosion muß vermieden werden und ist zu minimieren durch geeignete Legierungsauswahl (drei Legierungstypen, mit denen jeweils das gesamte Therapiespektrum machbar ist, werden im folgenden vorgestellt) und durch Vermeiden von Lötungen. Letzteres ist möglich durch moderne Technologie wie Einstückguß, Galvanotechnik, fräsen, schweißen und kleben. Die Legierungswahl ist sorgfältig zu treffen, das vordergründige „edel“ muß nicht die beste Wahl sein – siehe Prof. Klötzer (Seite 126).

Die (jetzt gültige!) Empfehlung 21 für den Zahnarzt lautet:

21. Zum Nachweis der verwendeten Legierung ist vom Zahnarzt für den Patienten ein Legierungspaß mit der genauen Angabe zur Bezeichnung, zur vollständigen qualitativen und quantitativen Zusammensetzung (Sollanalysen mit herstellungsbedingten Toleranzen der Einzelanalysen) der Dental-Gußlegierung, des Dentallotes und der kieferorthopädisch eingesetzten Legierung auszustellen

Und im BIAM wird nun darüber diskutiert, diese Empfehlung auch auf sämtliche von uns eingesetzten Füllungsmaterialien auszuweiten. Im Elfenbeinturm tanzt der Amtschimmel. Ein Materialinnachweis macht Sinn, durchaus, nur muß er auch sinnvoll und machbar sein. Was nützt es, wenn dokumentiert ist, aus welchem Material mit Sollanalyse und Herstellungstoleranzen eine Gußfüllung ist, was nützt es, wenn jeder

Patient mit einer schier endlosen Liste der irgendwann eingesetzten Materialien mit ihren toleranzberücksichtigenden Soll-Zusammensetzungen versorgt wird? Dokumentation als Selbstzweck. Wichtig hingegen erscheint mir, in einem Patientenpaß zu dokumentieren, wann welche **Materialien/Produkte** wo nach gewissenhafter Auswahl **als erste** bei einem (jungen) Patienten verarbeitet worden sind, damit nachfolgende Kollegen dieses Material/Produkt bei Erfolg später auch benutzen oder bei Problemen vermeiden können. Auch wäre so die Eingliederung von Kontaktelementen bei späterem ZE zu vermeiden. Die chemische Zusammensetzung ist doch schon, sofern vom Hersteller verraten, gelistet und dokumentiert jedem zugänglich, z.B. im Dental-Vademekum. Sehr wichtig hingegen wären im Patientenpaß die Angaben, welche Fertigteile wie Attachements und Implantate im Rahmen des ZE Verwendung gefunden haben, um später problemlose Reparaturen zu ermöglichen.

Und wichtig ist eine Empfehlung, eine exakte Positiv-Liste, eine konkrete Aussage, was wir benutzen sollen. Unverantwortlich ist, eine Substanz wie das Amalgam öffentlich zu verdammen um dann festzustellen, daß die bezahlbaren Alternativen in ihren Eigenschaften weitgehend unbekannt, aber eher schlechter sind, daß deren aufwands-gerechte Bezahlung nicht geregelt ist und eine sachgerechte (z.B. Inlay) Versorgung für viele nicht bezahlbar ist.

U. Happ, Hamburg
Spadenteich 1, 20099 Hamburg

**Legierungen in der
zahnärztlichen Therapie:**

Eine Informationsschrift des Bundesgesundheitsamtes, 1993, ISBN 3-89254-178-7

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. Lieb.

D 70771

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

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



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

Dr. Lieb.

D 70771

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

Basler Lehrmeinung zur Anwendung von Metallen und Legierungen in der Mundhöhle

J. Wirz

Folgenden Text hat uns Herr Professor Wirz dankbarerweise zu unserem Schwerpunktthema Metallrestauration zur Verfügung gestellt. Es ist ein sehr pointierter Auszug aus einem gleichnamigen Artikel, der in der Märzausgabe 1995 der *Quintessenz*, Berlin erschienen ist. Zum besseren Verständnis und zur weiteren Vertiefung wird das Studium des Originalartikels sehr empfohlen wie auch das sehr ausführliche Literaturverzeichnis.

Korrosionsgeschehen:

Metallbedingten Erkrankungen liegt immer ein korrosives Geschehen zu Grunde. Metalle und Legierungen können sich im umgebenden Medium (Elektrolyt) oberflächlich auflösen, wobei es zu einem Elektronen- und Ionenaustausch kommt. Dabei bildet nicht, wie oft fälschlicherweise angenommen wird, das sogenannte galvanische Element bzw. Zeitmetall-Element die Hauptursache für die Auflösung von metallischen Werkstoffen in der Mundhöhle, sondern die andere elektrochemische Korrosionsform, das Lokalelement. Letzteres kommt meist isoliert, d.h. ohne galvanischen Partner zustande, bevorzugt, wenn die schützende Passivschicht chemisch oder mechanisch zerstört wird. Charakteristischerweise ist der korrosive Angriff immer lokal, und man spricht deshalb auch vom Lochfrass oder Spaltenkorrosion^{7, 8, 10, 11}.

Die werbewirksame Forderung nach nur einem Legierungstyp in derselben Mundhöhle darf deshalb als Unsinn beurteilt werden, insbesondere, wenn damit noch inkompatible Lote im Spiel sind. Die Anzahl der Legierungen in einem Munde ist unwesentlich, sofern alle Legierungen für sich korrosionsresistent sind.

Das galvanische Element funktioniert nicht, da im Speichel keine Elektronen und somit auch kein Strom fließen können. Strom fließt nur dann, wenn unterschiedliche Metalle mit einem künstlichen Leiter (z.B. bei den fragwürdigen und irreführenden Mundstrom-Messgeräten) nach Entfernen der Passivschichten verbunden werden^{11, 17}.

Zur Zeit gibt es auch keine klinisch erprobten Beschichtungsmöglichkeiten (Ti-Nitridbeschichtung, Vergoldungen, Silanisierungen etc.), um unedle, nicht kompatible Legierungen für die Mundhöhle inert zu machen^{12, 15, 18, 22}.

Krankheitsbilder

Unverträglichkeiten oder Gewebeschädigungen, auch der Parodontien, durch metallische Werkstoffe oder Legierungsanteile sind sehr häufig anzutreffen. Die schädigende Wirkung eines nicht biokompatiblen Werkstoffes manifestiert sich aber nur sehr selten als allergische Reaktion, wie z.B. bei Nickelallergie.

Es handelt sich im Rahmen möglicher Ursachen weniger um allergische, sondern vorwiegend um lokaltoxische Geschehen, die nicht mit dem Epikutantest ermittelt werden können.

Metallgeschmack ist immer ein sicheres Symptom einer, wenn auch nur ganz geringen, Korrosion, wobei nicht die Metallionen, sondern die OH⁻ Ionen aus dem dissoziierten Elektrolyten geschmacksbestimmend sind.

Leider hat sich gezeigt, daß auch hochgoldhaltige Aufbrennlegierungen, insbesondere indiumhaltige, bei unsorgfältiger Verarbeitung nicht immer über die notwendige Biokompatibilität verfügen^{19, 22, 23, 27}.

Bei Unverträglichkeit auf korrosionsanfällige goldreduzierte oder Palladiumbasislegierungen dürfen weder das Gold noch das ebenso verträgliche Palladium, sondern ihre toxischen Legierungsanteile wie Kupfer, Gallium, Indium u.a. als Verursacher verantwortlich gemacht werden^{3, 9, 21, 22}.

Lehrmeinung

Auf der genauen Beachtung der Erkenntnisse aus der modernen klinischen Werkstoffkunde und -prüfung basiert die strenge, seit Jahren durchgesetzte Lehrmeinung des Basler Zahnärztlichen Universitätsinstitutes. Danach dürfen in der restaurativen Zahnmedizin nur noch metallische Werkstücke (Teil-

prothesen, Kronen, Brücken, Gußfüllungen, Wurzelstifte, KO-Geräte u.a.) aus korrosionsbeständigen und biokompatiblen Metallen und Legierungen Anwendung finden.

Zu diesen Werkstoffen zählen:

- **hochgoldhaltige Edelmetall-Legierungen (75 Gew.% und mehr Au mit geringem Indiumgehalt)**
- **Kobalt-Basislegierungen**
- **Titan, Tantal, Niob, Zirkon und deren Legierungen**

Auf Lötungen jeglicher Art soll – wenn immer möglich – verzichtet werden, da alle Lote unedle Legierungskomponenten besitzen und somit korrosionsanfällig sind^{24, 26}. Blockguss, Schweißen, Lasern, Kleben und Nieten sind heute geeignete Alternativen zum Löten. Auch sämtliche Beschichtungsverfahren zur Veredelung inkompatibler Legierungen oder ästhetischen Verbesserung sind untersagt.

*Jakob Wirz, Prof. Dr. med. dent
Zahnärztl. Institut der Universität Basel
Abteilung für zahnärztliche Technologie,
Werkstoffe und Propädeutik
Petersplatz 14
CH-4051 Basel*

Höherer Lohn – Schwindsucht bei der Kaufkraft

Kaufkraftentwicklung der nettoverdienste je beschäftigte Arbeitnehmer in %

	1990	1991	1992	1993	1994
Westdeutschland	+ 4,8	-0,7	+0,1	-1,0	-3,0
Ostdeutschland	-	+7,1	+14,3	+3,5	+1,0

Die Unterschiede zwischen Ost und West entsprechen dem Nachholbedarf der neuen Bundesländer. Inzwischen ist auch im Osten der Zuwachs fast völlig gebremst. Trotz gestiegener Löhne lagen 1994 die Realeinkommen drei Prozent niedriger als 1993

(Zahlen entnommen aus: *Ärzte-Zeitung* 10./11.2.1995)

Zur subakuten oralen Toxizität dentaler Legierungen

aus der Dissertation von Renate Fuhrmann
Philipps-Universität Marburg (1992)

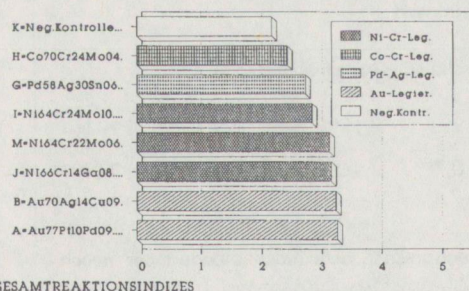
Für unser DAZ-forum Schwerpunktthema hat Prof. W.T.Klötzer, Marburg uns dankenswerterweise folgende Abbildungen zur subakuten oralen Toxizität dentaler Legierungen zur Verfügung gestellt. Sie stammen aus der Dissertation von R. Fuhrmann, die im Rahmen eines umfangreichen Forschungsprojektes in seinem Hause erstellt worden ist.

In dieser Arbeit wurde im Gegensatz zu den üblichen in vitro Zelltestungen die Wirkung von Dentallegierungen und Metallen nach oraler Exposition beim Säugetier in vivo untersucht: es wurden 12 verschiedene, handelsübliche Dentallegierungen in geeigneter Form an Versuchstiere (Ratten) verfüttert und nach 14 Tagen die Gewebe der Lunge, Leber, Niere, Dünn- und Dickdarm

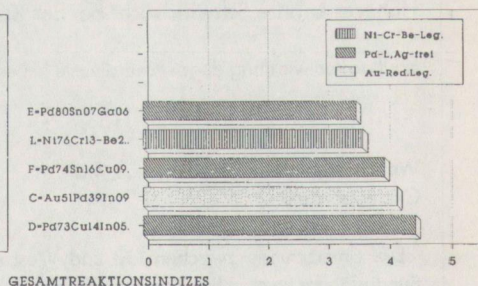
(insgesamt 1680 Präparate) histologisch untersucht. Wenn sich die signifikanten Ergebnisse auch nicht direkt übertragen lassen, so zeigen sie nach Meinung der Autorin recht gut übereinstimmend dasjenige Gefährdungspotential auf, welches sich inzwischen klinisch durch Unverträglichkeiten bzw. toxische Nebenwirkungen für die einzelnen Legierungstypen beim Menschen durch entsprechende Schädigungen von Patienten manifestiert hat (Seite 33).

Die folgenden Abbildungen sprechen für sich. Beachtlich ist, daß die hochgold-haltigen Edelmetalllegierungen nur einen mittleren Platz einnehmen, bedauerlich, daß Titan in diesem Untersuchungsprogramm nicht berücksichtigt worden ist. *U. Happ*

SUBAKUTE ORALE TOXIZITÄT DENTALER LEGIERUNGEN



SUBAKUTE ORALE TOXIZITÄT DENTALER LEGIERUNGEN



Metallanalysen an zahnärztlichen Restaurationen

M. Borchmann

Die Materialfrage wird für den praktizierenden Zahnarzt immer wichtiger, sei es, daß der Patient genau wissen möchte, welcher Werkstoff in seinem Mund eingebaut wird, oder daß Patienten in die Praxis kommen und wissen möchten, welches Material vor langer Zeit für ihren Zahnersatz verwendet wurde. Durch ständige Berichte in Presse, Rundfunk und Fernsehen werden die Patienten immer mehr für dieses Thema sensibilisiert, ob berechtigt oder nicht. Berichte handeln von schleichenden Quecksilbervergiftungen, Schädigungen durch Palladiumlegierungen, Cadmium in Legierungen östlicher Länder, Allergien durch Nickelbasislegierungen usw. Die Beratung der Patienten in Materialfragen wird damit für den praktizierenden Zahnarzt immer wichtiger.

Metallanalysen an vorhandenen Restaurationen

Durch moderne Analyseverfahren ist es heutzutage möglich, schon bei geringen Werkstoffmengen relativ genaue Analyseergebnisse zu erzielen. Für die energie-dispersive Röntgenanalyse an einem Rasterelektronenmikroskopreichen ein paar Metallpartikel von einer zahnärztlichen Restauration aus, um zweifelsfrei den Legierungstyp zu bestimmen. Die Genauigkeit der Analyse ist je nach Element plus/minus ein bis zwei Gewichtsprozent. Wenn sich Spektren einzelner Elemente überlagern, kann die Genauigkeit etwas schlechter sein. Weiterhin

kann das Ergebnis solcher Analysen durch Kornsteigerungen, durch Entmischen von Schmelzen, durch Zusatz von Altmetallen und auch durch unterschiedlichen Chargen von der werkseitig angegebenen Zusammensetzung einer Legierung abweichen.

Abb. 1 zeigt ein Röntgenspektrum einer Kobalt-Basis-Legierung mit den charakteristischen Peaks für die einzelnen Elemente. Aus der Höhe der Peaks können durch ein Computerprogramm die einzelnen Elemente quantitativ ermittelt werden. In diesem Fall wurde folgendes Ergebnis erzielt:

Kobalt:	66,6
Chrom:	29,0
Molybdän:	3,8
Eisen:	0,6

Alle Angaben sind in Gewichtsprozent. Das Element Beryllium kann nicht nachgewiesen werden.

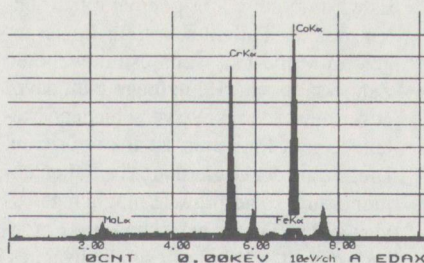


Abb. 1: Röntgenspektrum einer Kobalt-Basis-Legierung

Warum Metallanalysen?

Metallanalysen an vorhandenem Zahnersatz sind dann angezeigt, wenn eine unbekannte Legierung vorliegt und die Kenntnis der Legierungszusammensetzung für den Behandlungsablauf von Bedeutung ist. Folgende Gründe machen eine Metallanalyse notwendig:

- Bei Verdacht auf systemische und / oder lokale Toxizität einzelner Legierungsbestandteile wie sie z.B. bei Palladium oder Gallium usw. diskutiert wird. In ehemaligen Ostblockländern wie z.B. Ungarn werden noch bedenkliche Legierungen mit erheblichen Cadmiumzusätzen verwendet. Es sollte bei entsprechenden Patienten mit unklaren Beschwerden zur Abklärung immer eine Analyse durchgeführt werden.
- Bei Verdacht auf allergene Reaktionen auf einzelne Legierungsbestandteile wie z.B. Nickel, Kobalt oder Palladium.
- Bei der Abklärung von unbekanntem Legierungen nach naturheilkundlichen Verfahren (z.B. Akkupunktur nach Voll, Bioresonanztherapie). Grundsätzlich ist es bei solchen Verfahren notwendig, die genaue Zusammensetzung der zu testenden Legierung zu kennen. Sonst testet man ohne Hintergrundwissen.
- Es wird immer wichtiger, darauf zu achten, was der Patient schon für Legierungen im Mund hat, wenn es um weiteren Zahnersatz geht. Heutzutage muß davor gewarnt werden, viele verschiedene Metalle einem Patienten zu inkorporieren. Die Anzahl der Legierungen im Patientenmund muß so gering wie möglich gehalten werden. Dieses war schon eine Forderung des alten Bundesgesundheitsamtes. Die meisten Patienten wissen nicht, wel-

che Legierungen vor langer Zeit verwendet wurden. Durch Metallpartikelanalysen kann sichergestellt werden, daß immer eine passende Legierung ausgewählt werden kann.

- Zur Qualitätskontrolle, zur Verwechslungsprüfung z.B. wenn nicht sicher ist, daß das Labor die angegebene Legierung verwendet hat.
- Im Rahmen von Schadensanalysen, wenn z.B. gebrochene Brücken metallkundlich untersucht werden.

Ablauf der Probeentnahme

Von der zu analysierenden Restauration müssen winzige Metallpartikel mit einem keramischen Schleifer abgeschliffen und mit einem speziellen Klebeplättchen aufgefangen werden (Abb. 2). Die Probeentnahmestelle kann dann problemlos wieder überpoliert werden, so daß die fest inkorporierte Restauration nicht weiter beschädigt wird. Wenn ganze Metallteile zur Verfügung stehen, können diese direkt zur Analyse eingeschickt werden.

Spezialklebeplättchen und keramische Schleifer können auf Anforderung zum Selbstkostenpreis zur Verfügung gestellt werden. Das Analyseergebnis steht nach ca. einer Woche zur Verfügung.

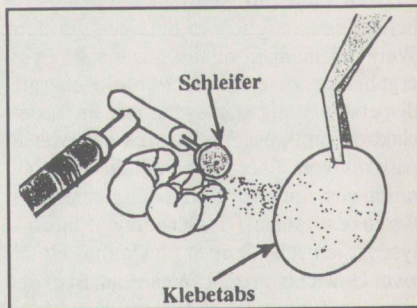


Abb. 2: Probeentnahme zur Gewinnung von Metallpartikeln

Schluß

Aus forensischen Gründen wird es heutzutage immer wichtiger, sich umfassend über die vor langer Zeit eingesetzten metallischen Restaurationen bei seinen Patienten Überblick zu verschaffen. Sei es, daß einzelne Patienten über Beschwerden klagen, eine Metallallergie haben, Metallgeschmack auftritt oder sonstige Phänomene sich bemerkbar machen. Den Ursachen für solche Beschwerden kann durch eine Analyse der vorhandenen Metalle oftmals nachgegangen werden.

Dr. Michael Borchmann
Dipl. Ing. für Werkstofftechnik
Kolpingstr. 7
49196 Bad Laer
Tel. 05424 / 7674, Fax: 05424 / 7982

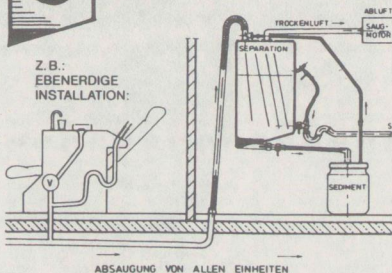
Zahnarztpraxis zu verkaufen

Zahnarztpraxis, zwei Behandlungszimmer, bestens ausgestattet, 140 qm Praxisfläche, Labor und Technikerbereich im EG vorhanden, kann als 3. Behandlungszimmer umgenutzt werden; Umsatz konstant zwischen 750 000 DM und 800 000 DM in den letzten Jahren; Großraum Stuttgart; Verkauf aus persönlichen Gründen; gute Helferinnen, die bleiben; akzeptable Miete, ZA ist auch Praxis-Immobilien-Eigentümer; kurzfristig, oder im Laufe des Jahres zu verkaufen. Chiffre 1371.

Der zentrale Amalgam-Abscheider

Bereits über 600 Praxen arbeiten mit Sedas!

SEDAS 4



ist in der Dauerwirtschaftlichkeit überlegen:

- keine Firmenbindung bei der Entsorgung, jährliche Entsorgungskosten bei RWTÜV oder Medentex ca. DM 100,- für die gesamte Praxis
- verschleißfrei
- einziger zugelassener Amalgamabscheider ohne Stromanschluß und Notabschaltung
- niedrige Installationskosten auch bei Praxisneueinrichtung (Abflußleitungen der Einheiten entfallen)
- hohe Haltbarkeit durch Konstruktion und Ausführung in Edelstahl
- einschließlich zentraler Separation

und ökologisch:

- hoher Wirkungsgrad: unter Praxisbedingungen größer als 99,5%
- Entsorgung: keine Endlagerung oder Verbrennung von Filterkästen im Ausland, sondern Recycling aus hygienefähigen Weithalsfässern durch zugelassene Entsorger

Coupon an:

Dental-Geräte-Technik

Dr. Till Ropers GmbH

Veerenkamp 4

21739 Dollern

Telefon 04163 / 40 18

Telefax 04163 / 62 30

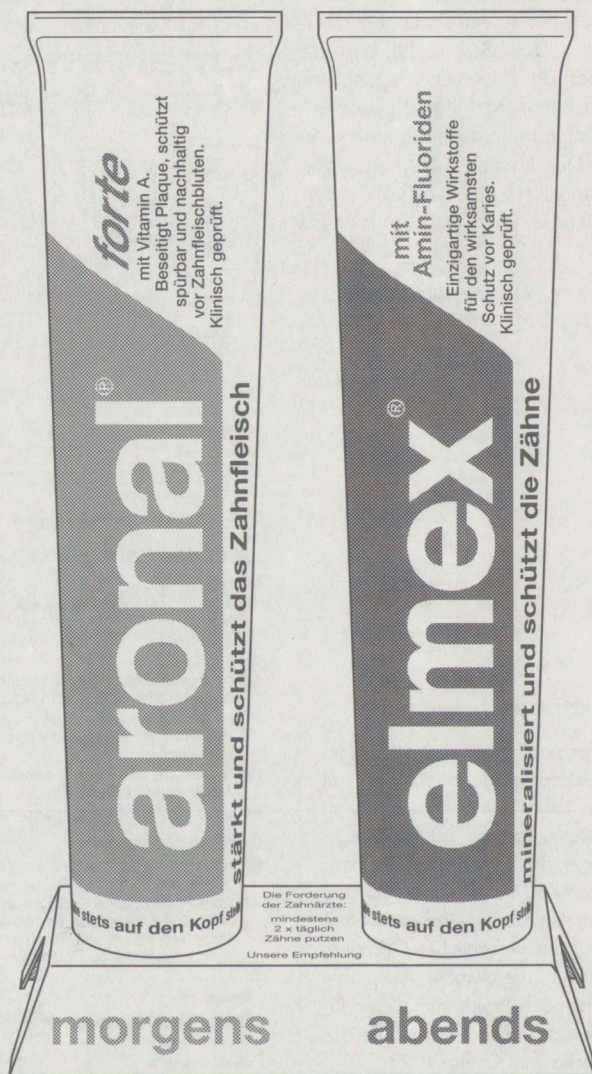
Ja, ich will mehr über den SEDAS 4 wissen:

(Stempel)

Der medizinische Schutz

für das Zahnfleisch

für die Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Hochgoldhaltige Edelmetall-Legierungen

K. Dermann

Unter hochgoldhaltigen Edelmetall-Legierungen versteht man in Deutschland solche Dental-Legierungen, die einen Goldgehalt von mehr als 65 Masse % und einen Gesamtgehalt an Gold und Metallen der Platingruppe (dies sind die Metalle Platin, Palladium, Rhodium, Iridium, Osmium und Ruthenium) von mehr als 75 Masse % haben. Der Grund dafür, daß Gold und Platinmetalle zusammen gerechnet werden, liegt darin, daß Gold und Platinmetalle chemisch etwa gleich edle Metalle sind.

Historisch ist die Abgrenzung dieser Gruppe in der Weise entstanden, daß man bei der Verwendung von Schmucklegierungen für Zahnersatz um die Jahrhundertwende erkannt hatte, daß sich Legierungen mit mehr als 18 Karat (=75 Masse % Gold) als besonders mundbeständig erwiesen. Wegen des hohen Atomgewichts von Gold gegenüber den üblichen weiteren Schmucklegierungsmetallen Silber und Kupfer entsprach ein Massenanteil von 75 % Gold etwa 50 Atom%. Später ersetzte man Teile des Goldes durch das damals preiswertere Platin. Dabei stellte man fest, daß die Legierung dadurch nicht nur preiswerter wurde, sondern auch günstigere Eigenschaften aufwies. Als dann Platin teurer wurde als Gold, ersetzte man in den zwanziger Jahren Teile des Goldes und Platins durch Palladium. Seit dieser Zeit enthalten nahezu alle Hochedelmetall-Dentallegierungen Platin und Palladium. Dies hat sich erst geändert, als Palladium in Deutschland in die öffentliche Diskussion geriet.

Aus der Gruppe der übrigen Platinmetalle wird sehr häufig Iridium in Anteilen unter 0,2 Masse % als Kornfeinungszusatz in der

Legierung eingesetzt. Feinkörnige Legierungen haben neben einer höheren Festigkeit den Vorteil, daß die Kristallite auch ohne eine Glühbehandlung, wie sie früher notwendig war, eine homogene Zusammensetzung aufweisen.

Entsprechend ihren Eigenschaften lassen sich die Hochedelmetall-Legierungen in Gruppen einteilen. Ein Unterscheidungsmerkmal ist die Trennung nach aufbrennfähigen und nicht aufbrennfähigen Legierungen und neuerdings nach Legierungen für niedrigschmelzende Keramikmassen. Die aufbrennfähigen Legierungen unterscheiden sich von den nicht aufbrennfähigen Legierungen vorwiegend durch einen an die Keramik angepassten Ausdehnungskoeffizienten. Bei Legierungen für hochschmelzende Verbundkeramikmassen muß außerdem die Solidustemperatur, das ist die Temperatur bei der die Legierung aufzuschmelzen beginnt, ausreichend hoch über der Brenntemperatur liegen. Dies wird im allgemeinen durch höhere Gehalte von Platin und Palladium erreicht. Platin und Palladium wirken stark entfärbend auf die Legierung. Daher bleibt von dem Gelbton des Goldes selbst bei hohen Goldgehalten nur wenig übrig. Dies wird von vielen als Nachteil angesehen, denn man kann die teuren Legierungen dieser Gruppe kaum von Nichtedelmetall-Legierungen unterscheiden. Nichtedelmetalle als Bestandteile der Edelmetall-Legierungen dienen zur Steigerung der Festigkeit und Einstellung des Ausdehnungskoeffizienten. Außerdem tragen sie durch die Bildung von Haftoxiden zur Bindung der Keramik bei.

Obwohl dies aus Gründen der Korrosionsbeständigkeit wünschenswert wäre, ist es nicht möglich, hochfeste Legierungen für einen universellen Einsatz im Munde ausschließlich aus Edelmetallen herzustellen. Deshalb werden zur Festigkeitssteigerung und zur Verbesserung der Verarbeitungseigenschaften neben den von den Schmucklegierungen überlieferten Metallen Silber und Kupfer weitere Nichtedelmetalle zugesetzt. Vorwiegend sind dies die Metalle Zink, Zinn, Gallium und Indium. Gelegentlich werden auch noch weitere Metalle wie Titan, Tantal, Eisen, Kobalt und Germanium in niedrigen Massenanteilen eingesetzt.

Die Bestandteile Palladium und Kupfer sind in letzter Zeit in die Diskussion geraten. Zunächst war eine Patienteninitiative in der Presse gegen Palladium zu Felde gezogen. Aufgrund der Eingaben dieser Initiative wurde das Bundesgesundheitsamt aktiv. Es sichtete die eingehenden Meldungen und die Literatur und stellte einerseits eine gewisse Häufung von Meldungen bei Palladium-Kupfer-Legierungen fest, allerdings ohne die Zahl der Meldungen mit der Zahl der eingegliederten Arbeiten aus diesem Legierungstyp zu korrelieren, und fand andererseits einige Veröffentlichungen, in denen die Autoren Zweifel an der Eignung von Palladium-Kupfer-Legierungen für Zahnersatz äußern. Als Resultat dieser Beobachtungen und einer Expertenanhörung gab das BGA eine Informationsschrift heraus, die fordert, daß nur solche Legierungen dieses Typs verwendet werden sollen, deren Korrosionsbeständigkeit und klinische Unbedenklichkeit nachgewiesen ist.

In der Öffentlichkeit ist diese Aussage, bedingt auch durch verkürzende Darstellungen in der Presse, vielfach falsch verstanden worden. Es ist nämlich weitgehend unbekannt, daß mit einer Palladium-Kupfer-Le-

gierung eine Legierung gemeint ist, deren Hauptbestandteil nach Massenanteilen Palladium ist und deren Bestandteil mit dem zweitgrößten Massenanteil Kupfer ist. Vielfach wurde die Aussage des BGA so verstanden, daß damit jede Legierung gemeint ist, die Palladium und/oder Kupfer enthält. Dies führte dazu, daß viele Patienten Legierungen fordern, die frei sind von Kupfer und Palladium. Da es zu dem Zeitpunkt so gut wie keine derartigen Legierungen gab, mußten in kurzer Zeit solche Legierungen neu entwickelt werden. Dies hat zu einer weiteren Erhöhung der ohnehin schon großen Zahl von Dentallegierungen geführt. Der Verzicht auf Kupfer und Palladium kann nur mit Zugeständnissen bei den Verarbeitungseigenschaften und bedingt durch eine niedrige Solidustemperatur verminderte Hochtemperaturfestigkeit erkaufte werden. Die Hochtemperaturfestigkeit ist bedeutsam für die Verzugsfreiheit des Gerüsts beim Aufbrennen der Keramik.

Legierungen für die neuen Keramiken mit niedriger Brenntemperatur benötigen weniger Platin und /oder Palladium. Sie haben daher eher die von vielen gewünschte goldgelbe Farbe. Ihre Zusammensetzung unterscheidet sich nur geringfügig von der nicht aufbrennfähiger Legierungen. Daher sind Legierungen dieses Typs universell einsetzbar. Bei ihrer Anwendung läßt sich Zahnersatz im Munde eines Patienten weitestgehend auf eine Legierung beschränken.

Eine weitere Unterteilung ist die nach Festigkeiten. Die Norm DIN EN ISO 1562 unterteilt die Legierungen nach ihren Festigkeitseigenschaften in vier Typen für unterschiedliche Indikationen (siehe Tabelle 1). Die Typen 1 und 2 sind die Domäne der nicht aufbrennfähigen Hochedelmetall-Legierungen. In diesem Festigkeitsbereich werden kaum andere Legierungen angebo-

ten. Entsprechend den niedrigen Anforderungen an die Festigkeit finden sich hier auch einige Legierungen, die ausschließlich aus Edelmetallen bestehen. Analog der Indikation für die keramische Verblendung gibt es aufbrennfähige Legierungen nur in den Typen 3 und 4. In Deutschland werden generell die Legierungen des Typs 4 bevorzugt. Dies kann darin liegen, daß man sich von diesen Legierungen eine höhere Sicherheit gegen mechanisches Versagen verspricht aber auch daran, daß man so mit weniger Legierungen bei der Versorgung eines Patienten auskommt.

Die Vorteile der Hochedelmetall-Legierungen sind:

1. Niedrige Korrosionsraten mit im Laufe der Zeit stark sinkender Tendenz. Die Nichtedelmetalle werden zunächst aus den obersten Atomlagen herausgelöst. Die

darunterliegenden, jetzt freigelegten Atome bestehen mit hoher Wahrscheinlichkeit aus Edelmetall. Nach wenigen Tagen besteht die Metalloberfläche fast nur noch aus Edelmetall. Die Korrosionsraten sinken unter die Nachweisgrenze.

2. Hochedelmetall-Legierungen sind leicht zu bearbeiten. Die Abtragraten beim Beschleifen sind höher als bei anderen Legierungen, die Trennzeiten mit der Trennscheibe niedriger. Die Lebensdauer der Bearbeitungsinstrumente ist höher.
3. Eher als andere Legierungen verzeihen Hochedelmetall-Legierungen Fehler des Zahntechnikers bei der Verarbeitung. Dementsprechend ist die Wahrscheinlichkeit niedriger, daß eine Arbeit mit versteckten Fehlern eingegliedert wird.

Prof. Dr. Klaus Dermann,
Frankfurter Str. 46, 61231 Bad Nauheim

Typ 1 niedrige Festigkeit – für Gußobjekte, die nur wenig belastet werden, z.B. Inlays

Typ 2 mittlere Festigkeit – für Gußobjekte, die einer moderaten Belastung ausgesetzt werden, z.B. Inlays, Onlays und Einzelkronen

Typ 3 hohe Festigkeit – für Gußobjekte, die stark belastet werden, z.B. Onlays, dünne gegossene Platten, Sättel, Vollgußkronen und kleine Brücken

Typ 4 extra hohe Festigkeit – für Gußobjekte, die sehr hohen Belastungen ausgesetzt werden und dünne Querschnitte aufweisen, z.B. Sättel, Stege, Klammern, Kappen, Einstückgüsse, Suprastrukturen und Teilprothesengerüste

Tab. 1: Typen von Edelmetall-Gußlegierungen in Anlehnung an die Norm DIN EN ISO 1562

Infomaterial für Ihre Praxis!

Nach wie vor kann unser Patienten-Faltblatt „Liebe Eltern“ zur frühen Oralprophylaxe in größeren Mengen bezogen werden über die DAZ-Geschäftsstelle im NAV-Virchowbund, z.H. I. Berger-Orsag, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239

Praxisräume angeboten

in Essen Stadtmitte für Facharzt oder Zahnarzt, gute Verkehrsanbindung.
Chiffre 3071

Assistentenstelle

in prophylaxe- und qualitätsorientierter Praxis gesucht. Chiffre ASSI

Cobalt-Chrom-Legierungen in der zahnärztlichen Prothetik

J. Lindigkeit

Einleitung

Edelmetallfreie Legierungen haben seit Jahrzehnten ihren festen Platz in der zahnärztlichen Prothetik. Cobalt-Chrom-Legierungen (CoCr) z.B. sind seit ihrer Einführung als Werkstoff für Modellgußprothesen im Jahr 1932 (!) als fester Bestandteil des zahnärztlichen Prothetikkonzepts nicht mehr wegzudenken. Die ersten edelmetallfreien Legierungen für Kronen, Brücken und die Metallkeramik kamen Anfang der 70er Jahre als NiCr-Legierungen auf den Markt. CoCr-Legierungen für diese Indikation folgten zu Beginn der 80er Jahre. Seit den Prothetikrichtlinien von 1986 gehören diese edelmetallfreien Legierungen (auch NEM-Legierungen (NichtEdelMetall) genannt) neben den Palladium-Basis-Legierungen zu den Regelversorgungswerkstoffen für Kronen und Brücken.

Wie für jeden medizinischen Werkstoff ist die Bioverträglichkeit auch bei Dentallegierungen von fundamentaler Bedeutung und sollte grundlegendes Entscheidungskriterium für die Legierungsauswahl sein.

Als Richtschnur für die Legierungsauswahl aus zahnärztlicher Sicht wird schon lange gefordert, für prothetische Versorgungen

- nur hochkorrosionsbeständige Werkstoffe und
- so wenig verschiedene Legierungssysteme wie möglich im Mund zu verwenden.

Gerade die Legierungsvielfalt mit einer Anzahl nicht unproblematischer Legierungen und Patientenklage über Nebenwirkungen haben zu den Empfehlungen des damaligen Bundesgesundheitsamtes (Legierungen in der zahnärztlichen Therapie) vom August 1993 geführt. Als Fazit dieser mehrseitigen Ausführungen hier ein Zitat aus einer BGA-Presseerklärung:

Künftig sollten nur solche Dentallegierungen verwendet werden, deren Verträglichkeit geprüft worden ist oder von denen aus der Praxis bekannt ist, daß sie gut getragen werden.

Nun sind gerade die CoCr-Legierungen in der Lage, sowohl den zahnärztlichen Forderungen als auch den BGA-Empfehlungen zu entsprechen.

Um dem Zahnarzt, der für die Auswahl der Legierungen verantwortliche ist, Entscheidungskriterien zu geben, soll deshalb im folgenden die CoCr-Legierungsgruppe in kompakter Form dargestellt werden.

Cobalt-Chrom-Legierungen für Modellgußprothesen

1935 wurde mit der Legierung Vitallium eine CoCr-Legierung vorgestellt, deren wesentliche Eigenschaften und Legierungskomponenten bis heute nahezu unverändert in hochwertigen Modellgußlegierungen anzutreffen sind. Sie haben sich in den letzten 60 Jahren weltweit millionenfach bewährt.

Ihre klinische Eignung wird von niemandem ernsthaft angezweifelt und die Wahl dieses Legierungstyps für den herausnehmbaren Zahnersatz ist nur in den seltensten Fällen kontraindiziert.

Die klassischen Modellgußlegierungen weisen neben dem Hauptelement Cobalt und 27 – 30% Chrom zusätzlich ca. 5% Molybdän, bis zu je 1% Mangan und Silizium sowie etwa 0,5 Kohlenstoff auf. Der Nickelgehalt ist bei hochwertigen Legierungen deutlich kleiner als 0,1%.

Legierungen dieser Grundzusammensetzung haben folgende Eigenschaften:

1. ausgezeichnete Fließverhalten beim Dental-Guß,
2. einen hohen Elastizitätsmodul, der trotz dünnwandiger Gestaltung hohe Starrheit gewährleistet,
3. Verfügbarkeit von harter, federharter und extra-federharter Ausführung, i.e. verschiedene Festigkeitsgrade,
4. Korrosionsbeständigkeit und Körperverträglichkeit aufgrund ihrer chemischen Zusammensetzung.

Das Potential der Gestaltungsmöglichkeiten mit CoCr-Modellgußlegierungen zeigt Abb. 1



Abb. 1: Modellgüsse aus CoCr-Legierungen

CoCr-Legierungen für den festsitzenden Zahnersatz

CoCr-Legierungen für den festsitzenden Zahnersatz sind Weiterentwicklungen aus den Modellgußlegierungen gleicher Grundzusammensetzung. Gegenüber den Modellgußlegierungen sind sie im allgemeinen frei von Kohlenstoff, um die Härte zu reduzieren und die thermische Ausdehnung ist an die der Dentalkeramiken angepaßt.

Typische Legierungen enthalten ca. 50 – 70% Co, 20 – 30% Cr und 5 – 6% Mo. Weitere Legierungselemente können u.a. Wolfram, Niob, Titan, Mangan, Silizium und Ruthenium sein.

Anders als bei der Indikation „herausnehmbarer Zahnersatz“ stehen die CoCr-Legierungen für Kronen und Brücken in einem starken Wettbewerb zu anderen Legierungssystemen. Ein Blick in das Dentalvademekum (DDV) mit über 1.000 Legierungsangeboten verdeutlicht dies.

Grundsätzlich lassen sich mit edelmetallfreien Legierungen für Kronen und Brücken nicht nur die gleichen Indikationen wie mit den entsprechenden Edelmetalllegierungen abdecken, sondern aufgrund der mechanisch-physikalischen Eigenschaften dieser Legierungen bestehen auch medizinische und technologische Vorteile.

Als echte Universallegierungen sind sie gleichermaßen für Vollgußkronen, Kunststoffverblendungen und Keramikverblendungen geeignet, so daß hier nicht – wie bei den Edelmetalllegierungen – differenziert wird.

Die Indikationsbreite reicht von Onlays und Overlays über Einzelkronen bis zu weitspannigen Brücken, die im Einstückgußverfahren gegossen werden können.

Durch die geringere Dichte, die auch der Patient zu schätzen weiß, sowie den größeren Abstand zwischen Aufbrenntemperatur

und Schmelzintervall im Vergleich zu den Edelmetallegierungen können größere Gerüste aufgebrannt werden, ohne daß gelötet werden muß. Gerade für das Aufbrennen von Dentalkeramik haben die CoCr-Legierungen gegenüber den Edelmetallegierungen einen bestechenden Vorteil aus der Sicht der Biokompatibilität: Die Legierungselemente, insbesondere Chrom, die diesen Legierungen ihre ausgezeichnete Korrosionsbeständigkeit verleihen, sind auch wesentlicher Träger der Keramikhaftung auf dem Metallgerüst. Bei den EM-Legierungen müssen hingegen, um eine adäquate Keramikhaftung zu erzielen, Nichtelegierungen hinzulegiert werden, z.B. Indium und Gallium, die in ihrer biologischen Langzeitwirkung z.Z. nicht abschließend beurteilt werden zu können.

Ähnlich wie bei den Modellgußlegierungen bietet der – gegenüber Edelmetallegierungen doppelt so hohe – Elastizitätsmodul bei sonst vergleichbaren mechanischen Eigenschaften den Vorteil grazilerer Gestaltung, z.B. bei Interdentalräumen, Gerüstwandstärken und dünn auslaufenden Cervikalrändern. Dies führt zu ästhetisch sehr ansprechenden Ergebnissen.

Aus medizinischer Sicht ist hervorzuheben, daß die erforderliche geringere Gerüstwandstärke ein schonenderes Präparieren mit geringerem Verlust an Zahnhartsubstanz erlaubt.

Die Wärmeleitfähigkeit der CoCr-Legierungen ist um etwa den Faktor 5 niedriger als bei EM-Legierungen. Patienten schätzen die daraus resultierenden geringere Empfindlichkeit gegenüber Temperaturreizen.

Das gegen die NiCr-Legierungen bisweilen vorgebrachte Argument der Nickelallergie ist bei den CoCr-Legierungen kein Thema, da diese nickelfrei sind.

Allergien gegen CoCr-Legierungen werden in der Fachliteratur als Raritäten angesehen. Sie sind auf jeden Fall seltener als gegen Goldlegierungen.

Die von den Modellgußlegierungen bekannte hohe Korrosionsbeständigkeit und Körperverträglichkeit wird auch für die CoCr-Kronen- und Brückenlegierungen von unabhängiger Seite immer wieder bestätigt. In der Zusammensetzung besteht auch eine enge Verwandtschaft zu den orthopädischen Implantatlegierungen, die sich in gleicher Weise bewährt haben. Die CoCr-Legierungen für den festsitzenden Zahnersatz erfüllen damit die vom BGA geforderte klinische Bewährung. Für viele Legierungen dieses Typs liegen außerdem umfangreiche biologische Testergebnisse vor, die die klinische Unauffälligkeit untermauern.

Es soll an dieser Stelle nicht der Hinweis vergessen werden, daß edelmetalfreie Legierungen auf CoCr-Basis trotz technologischer Vorteile und anerkannter Biokompatibilität deutlich preisgünstiger als Edelmetallegierungen sind. Bei einer 3/4-Krone führt dies nicht zu enormen Kostenvorteilen, aber bei größeren Arbeiten, wie sie z.B. Abb. 2 zeigt, ergeben sich nennenswerte Materialkosteneinsparungen.

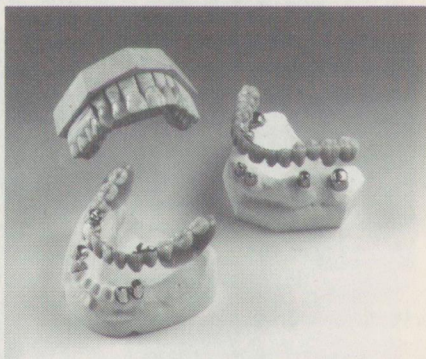


Abb. 2: Festsitzender und kombinierter Zahnersatz aus CoCr-Legierungen

Wesentlich ist aber, daß bereits bei der ersten prothetischen Versorgung der richtige Grundstein gelegt wird, um bei weiteren, späteren prothetischen Maßnahmen im selben Legierungssystem bleiben zu können.

CoCr-Legierungen für den kombinierten und geteilten Zahnersatz

Führt man sich die Fülle der verschiedenen Dentallegierungen vor Augen und die Anzahl potentieller Kombinationsmöglichkeiten, so wird deutlich, wie wichtig auch und gerade für den geteilten und kombinierten Zahnersatz die richtige Werkstoffauswahl ist.

Um a priori potentielle galvano-elektrische Effekte und daraus resultierende Korrosionsmöglichkeiten zu minimieren, strebt man eine umfassende prothetische Versorgung mit möglichst nur einem, hochkorrosionsbeständigen und biokompatiblen Legierungssystem an. Dieses System steht, wie bereits oben dargestellt, mit den CoCr-Legierungen zur Verfügung, wobei diese zusätzlich erhebliche technologische und wirtschaftliche Vorteile mitbringen.

„Die Anwendung von CoCr-Legierungen ist universell“ (Siebert). Abb.3 zeigt als Beispiel einen kombinierten Zahnersatz aus CoCr, bei dem die Primär- und Sekundärteile aus DentitanR gegossen wurden. Brücken (11–13) und Kronen (24 und 25, verblockt) wurden keramisch verblendet, der Modellguß ist kunststoffverblendet. Die Detailansicht (Abb.4) zeigt die erodierte Matrize des extracoronaren T-Geschiebes bei 25, Abb. 5 den Modellguß von basal mit der aktivierbaren Geschiebe-Patrize, verblockt durch einen CoCr-Stift.

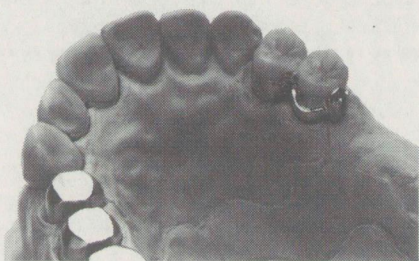


Abb. 4: Extracoronales T-Geschiebe aus CoCr, Detail aus Abb. 3



Abb. 3: Kombierter Zahnersatz aus CoCr

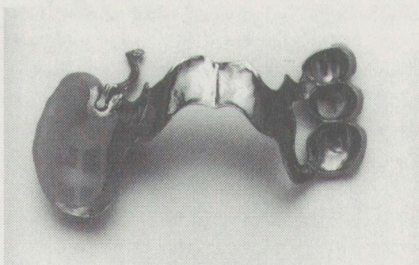


Abb. 5: Aktivierbare Geschiebepatrize aus CoCr, Detail der Arbeit aus Abb. 3

Die Sekundärteile der Konuskronen bei 14, 15 und 16 sind bei dieser Arbeit mit Kunststoff verblendet worden. Es bestehen aber auch lange Erfahrungen mit keramikverblendeten NEM-Konuskronen, denen Lenz, Schindler und Pelka ein ganzes Buch gewidmet haben: „Für keramikverblendete Konusteleskope ist eine Kobalt-Chrom-Legierung der geeignetste Gerüstwerkstoff, da sich dieser Legierungstyp durch einen hohen Elastizitätsmodul und eine hohe Streckgrenze auszeichnet.“

Diese Eigenschaften ermöglichen auch die Reduzierung der Kronen-Wandstärken bei Doppelkronen. Dies ist aus ästhetischen und medizinischen Gründen hervorzuheben.

Gerade bei der Herstellung von Doppelkronen hat auch die erfolgreich praktizierte Aufgießtechnik mit CoCr-Legierungen für die Präzision in der Zahntechnik allgemein Maßstäbe gesetzt.

Zusammenfassung und Ausblick

Edelmetallfreie Legierungen auf CoCr-Basis für festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz sind heute nicht mehr eine ökonomische Alternative zu Edelmetallen, sie sind die bessere Wahl, und zwar

- weil es keine Zweifel an der Körperverträglichkeit gibt,
- weil sie technologische Vorteile haben,
- weil sie wirtschaftlicher sind.

Die Verantwortung für die Legierungsauswahl hat der Zahnarzt. CoCr-Legierungen, die sein Vertrauen verdienen, haben das Siegel „DIN-geprüft“ und werden vom BDZÄK zur Anwendung empfohlen.

(Literatur beim Verfasser)

Dr. J. Lindigkeit
Hartkorkstr. 65
45145 Essen

Was ist Mehrheit? Mehrheit ist Unsinn!

Verstand ist stets bei wenigen nur gewesen.
Bekümmert sich ums Ganze, wer nichts hat?
Hat der Bettler eine Freiheit, eine Wahl? Er muß dem Mächtigen, der ihn bezahlt, um Brot und Stiefel seine Stimme verkaufen. Man soll die Stimmen wägen und nicht zahlen! Der Staat muß untergehen, früh oder spät, wo Mehrheit siegt und Unverstand entscheidet!

F. von Schiller eingereicht von Dr. Wick
gefunden im NZB 3/95

...womit sich Herr Dr. Wick (KZBV-Vorstandsmitglied) von der Mehrheit der Kollegen verabschiedet, die ihn in sein Amt gewählt hat. Ein konsequenter Schritt, da seine Politik von Anfang an die einer verschwindend kleinen Minderheit war – die aber nicht mit der bei Schiller angesprochenen zu verwechseln ist!

D. F.

Famulaturmöglichkeiten

in Zahnarztpraxen bundesweit gesucht.
Chiffre FAMU

Assistentenstelle

an Uni im Bereich Oralchirurgie gesucht.
Chiffre OCH

Titan in der restaurativen Zahnheilkunde

Technische Entwicklungen

M. Bergmann

Das Metall Titan wurde 1789 durch den englischen Geistlichen William Gregor entdeckt, aber 1795 nach den Titanen aus der griechischen Mythologie benannt und zwar durch den deutschen Chemiker Martin Heinrich Klaproth. Dieser Name war gut gewählt, denn das Metall weist einige wünschenswerte und wichtige Eigenschaften auf, wie z.B. niedriges Gewicht im Vergleich zum Volumen, hohe Stärke im Vergleich zum Gewicht, guter Widerstand gegen Ermüdungserscheinungen und Korrosion. Andererseits wurde das Metall erst in den fünfziger Jahren unseres Jahrhunderts verstärkt eingesetzt und zwar bei technischen und medizinischen Geräten, in der Schiff-, Luft- und Raumfahrt, bei der Schmuckherstellung und sogar bei Herzschrittmachern.

Die vorteilhaften Eigenschaften des Titan haben das Metall auch für die Zahnheilkunde interessant gemacht, speziell seit die ausgezeichnete Biokompatibilität durch die seitens des Bränemark Systems erreichten Ergebnisse dokumentiert werden konnte.

Titan ist das vierthäufigste metallische Element und liegt damit neben Aluminium, Eisen und Magnesium. Das Weltvorkommen ist enorm, man schätzt es auf 3000 Millionen Tonnen. Titan wurde 1825 zum ersten Mal durch den schwedischen Chemiker Jöns Jakob Berzelius gewonnen, allerdings nicht in reiner Form. Die gegenwärtig am häufigsten kommerziell genutzte Methode zur Titan-gewinnung wurde durch den amerikanischen Chemiker W. J. Kroll vom U. S. Bureau of Mines entwickelt. Die Kroll-Methode basiert auf der Reduktion von Titan-tetrachlorid

zu Titanmetall mittels Magnesium. Statt Magnesium kann als Reagens auf Natriummetall verwendet werden.

Kommerziell reines Titan ist nach der deutschen DIN-Norm und den amerikanischen ASTM-Standards in vier verschiedenen Abstufungen erhältlich. Sehr geringe Veränderungen im Sauerstoff- (0,12–0,35%) und Eisengehalt (0,20–0,35%) verursachen signifikante Unterschiede in den mechanischen Eigenschaften der Titanarten. Für zahnmedizinische Anwendungen verwendet man im allgemeinen Grad 2.

Neben der Anwendung bei verschiedenen Implantatsystemen wird Titan in der Zahnmedizin auch verstärkt für Inlays, Kronen und Brücken sowie für den Metallguß von abnehmbarem Zahnersatz verwendet. Für diese Anwendungen werden sowohl computergestützte Techniken, z.B. verschiedene CAD / CAM Programme, als auch konventionelle Gießtechniken verwendet (2 – 10).

Ursprünglich war der Einsatz von Titan in der Zahnheilkunde beschränkt auf kalt gearbeitete, getriebene Anwendungen, weil man es für unmöglich hielt, Titan mit der für Zahninlays, Kronen und Brücken erforderlichen Präzision und Qualität zu gießen. Das lag daran, daß Titan einen hohen Schmelzpunkt hat und chemisch sehr reaktionsfreudig ist mit Sauerstoff, Stickstoff, Kohlenstoff und Wasserstoff. Darüber hinaus hat es eine geringe Dichte und kann deshalb mit Bestandteilen des Schmelztiegels reagieren und dadurch Gas produzieren. Durch derartige

Reaktionen werden die mechanischen Eigenschaften des Gusses stark beeinflusst. So ist z.B. die harte, mürbe Oberfläche, die aufgrund der Reaktion mit Sauerstoff entsteht, die sogenannte α -Schicht, wohlbekannt (11, 12). Die hohe Reaktionsbereitschaft von Titan bei erhöhter Temperatur bedeutet, daß Schmelzen und Gießen in einem Vakuum oder in kontrollierter inerter Atmosphäre vonstatten gehen müssen. Weitere Umstände, die das Gießen von Titan erschweren, sind die niedrige Dichte des Metalls, wodurch es schwierig wird, daß das Metall in flüssiger Form in dünnere Schichten fließt, sowie das schnelle Abkühlen aufgrund des großen Unterschiedes zwischen Tiegel und Schmelztemperatur. Dieser letztgenannte Faktor kann die Schrumpfung aufgrund von frühzeitiger Abhärtung des Gußkanals vergrößern und die Zeit, die den Gasen zum Entweichen zur Verfügung steht, verkürzen und dabei das Risiko der beim Gießen entstehenden Porosität vergrößern. (13). Gegen Druck von den Gasen kann zur ungleichmäßigen Ausfüllung von dünnen Bereichen der Form führen.

Neben diesen Schwierigkeiten muß berücksichtigt werden, daß eine Phasentransformation vonstatten geht, wenn Titan die Temperatur von $882,5^{\circ}\text{C}$ erreicht hat. Wenn sich geschmolzenes Titan abkühlt, kristallisiert es zu dicht gepackten Hexagonen in der α -Schicht mit mechanischen Eigenschaften, die vergleichbar sind mit denen von Goldlegierungen der Klasse IV in der weichen, nicht gehärteten Form. Im allgemeinen ist α -Schicht-Titan gut zu schweißen und hat auch bei hohen Temperaturen entsprechende Härte. Die Transformation zur β -Phase mit einer zentrierten Würfel-Kristall-Struktur erhöht die Härte, aber auch gleichzeitig die Sprödigkeit und führt zu einer Veränderung im Volumen. Reines Titan

in einem gemischten α/β -Phasen-Zustand ist normalerweise fest aufgrund der 2-Phasen-Struktur, aber es ist auch schwieriger zu schweißen (12). Die Phasen-Transformation bei $882,5^{\circ}\text{C}$ hat außerdem Einfluß auf das Aufbrennen von Keramik auf Titan-Pfosten, und deshalb wurden spezielle Keramiken mit geeigneter Wärmeausdehnung entwickelt.

Die niedrige Wärmeleitfähigkeit von Titan wirkt sich günstig aus, denn durch Temperaturunterschiede hervorgerufene Irritationen bei Zähnen mit Titan-Inlays und -Kronen sind geringer als bei Restaurationen, die mit Edelmetallegierungen gemacht wurden. Andererseits macht es die niedrige Wärmeleitfähigkeit schwieriger, das Material mit entsprechenden Instrumenten zu bearbeiten.

Welche Anstrengungen wurden unternommen, um die beim Gießen von Titan auftretenden Probleme zu meistern? Es gibt einige zentrifugale und Vakuum-Gießtechniken, für die die benötigten Geräte auf dem Markt sind. Das Schmelzen wird durch Elektrobogen oder durch Hochfrequenz-Induktion herbeigeführt.

Folgend werden uns von Prof. Bergmann sehr anschaulich die verschiedenen Entwicklungen des Titan-Gusses sowie deren Ergebnisse beschrieben. Um den Rahmen des DAZ-forum nicht zu sprengen, wurde der Artikel um diese Abschnitte gekürzt. Die Langversion des Artikels kann bei der forum-Redaktion angefordert werden, ebenso die englische Originalfassung sowie eine ausführliche Literaturliste.

Neben dem Gießverfahren ist die bekannte Protera-Technik eine weitere Möglichkeit, Titanpfosten für den dentalen Bereich herzustellen. Bei dieser Technik wird der Modellstumpf gescannt und Graphit-Elektroden werden mittels einer Fräsmaschine

gefräst. Das Wachmodell einer Kappe oder einer Krone, auf dem Stumpf, wird aus solidem Titan dupliziert. Während die äußere Form gefräst wird, wird die innere Form der Krone durch Funkenerosion herausgearbeitet. Die äußere Oberfläche wird dann poliert oder verblendet. Diese Technik, die mittlerweile teilweise computisiert ist, wird seit mehreren Jahren erfolgreich eingesetzt und gute klinische Erfahrungen liegen vor (20). Das Procera System verwendet kalt bearbeitetes, kommerziell reines Titan; es wird auch zusammen mit dem CAD / CAM System DCS-Titan (Gim-Alldent, Deutschland) verwendet. Dieses Gerät kann den Modellstumpf digitalisieren; mittels eines Computers können dreidimensionale Daten aufbereitet werden und ein Programm für das automatische Fräsen der Kappe durch die dreiachsige CNC-Maschine kann erstellt werden. Mit dieser Vorrichtung können 15 – 16 Einheiten am Tag hergestellt werden, das gilt für Kronen und für bis zu 8-gliedrige Brücken. Bald wird es möglich sein, 26 Einheiten am Tag zu fräsen. Das Gerät ist bereits auf dem Markt und wurde mit viel Interesse aufgenommen.

Ganz neu ist die Möglichkeit, Titankappen mit dem Duret-System zu präparieren. Hierbei handelt es sich um ein anderes CAD / CAM-System, das ursprünglich nur für All-Ceram-Restaurationen gedacht war.

Obwohl das DCS CAD / CAM-System es gestattet, bis zu 8-gliedrige Brücken in einem Stück herzustellen, ist es dennoch erforderlich, einzelne Teile und Abschnitte per Lötverfahren zu verbinden. Titan kann in kontrollierter Atmosphäre gelötet werden, das Lötmaterial ist meist eine Legierung aus Titan, Silber, Kupfer und Palladium. Wenn ein Schweißverfahren bei Zahnprothesenherstellung verwendet wird, wird solange Hitze zugeführt, bis daß der Schmelzpunkt

der zu verbindenden Metallteile überschritten ist, d.h. es wird kein Verbindungsmetall verwendet, obwohl dieses bei speziellen Schweißtechniken angewendet wird. Das Schweißen von Titan hat gegenüber dem Löten Vorteile. Beim Schweißen wird das gleiche, hochgradig biokompatible Material, keine Legierung, verwendet, also wird kommerziell reines Titan für die gesamte Konstruktion eingesetzt, was günstig ist. Sowohl Plasma- als auch Laser-Schweißen wird eingesetzt bei Titankonstruktionen im zahntechnischen Bereich (21), aber zur Zeit wird Laser-Schweißen bei zahnmedizinischen Zwecken bevorzugt (22).

Sjögren et al (23) benutzte einen pulsierenden Neodymium-YAG Laser zum Schweißen. Er überprüfte dann Dehn- und Reißfestigkeit sowie die Nahteigenschaft der lasergeschweißten Verbindungen. Die Schweißtiefe war etwa 1 mm. Die Ergebnisse zeigten, daß bei Einhalten von bestimmten Vorgaben beim Schweißen mechanische Eigenschaften erzielt wurden, die günstiger waren als die bei Kontrollstücken, die mittels Goldlegierungen gelötet worden waren.

Da die Ästhetik heutzutage in der Gesellschaft eine wichtige Rolle spielt, sind Keramik-Metall-Arbeiten für Kronen und Brücken sehr wichtig. Wenn man deshalb bei festsitzenden Konstruktionen mit Titan arbeitet, ist es notwendig, speziell dafür entwickelte Keramikmassen zur Verfügung zu haben. Die Phasentransformation von Titan bei 882,5°C führte zur Entwicklung von Keramiken mit niedrigem Brennwert, die zum Aufbrennen auf Titankappen gedacht sind. Viele Probleme, die beim Aufbrennen von Keramik auf kommerziell reines Titan entstehen, sind bereits gelöst. Aber aus offensichtlichen Gründen liegen noch keine langfristigen klinischen Daten vor über Titan-Keramik-Restaurationen. Allerdings wurden

vielversprechende Ergebnisse aus einer klinischen Studie über einen Zeitraum von 26 – 30 Monaten veröffentlicht (24).

Ein sehr interessantes Problem ist die Frage, ob die Stärke der Verbindung zwischen Titan und der Keramik beeinflusst wird durch Unreinheiten in der Oberfläche von gegossenem Titan im Vergleich zu maschinell bearbeitetem Titan. Diese Fragestellung wurde durch Dérand und Herö (1992) untersucht; sie benutzten zwei verschiedene Keramikmassen. Die Oberfläche von gegossenen Titanstücken wurde auf zwei Weisen bearbeitet, damit unterschiedliche Verunreinigungsniveaus erreicht wurden, bevor Porzellan aufgebracht wurde. Die Ergebnisse ergaben keine Unterschiede in der Verbindungsstärke. Auch gab es keinerlei Unterschiede in der Haftung zwischen sorgfältig gesandstrahlten Gußstücken und gehämmertem Titan. Es gab jedoch signifikant schlechtere Haftung bei schwach gesandstrahlten Gußstücken und bei Teilen, die mit sogenannten GoldverbindungsmitteIn, bearbeitet worden waren. Die Verunreinigungen im Oberflächenbereich der Gußmodelle wurden zurückgeführt auf Kontakte zur Einbettmasse während des Aushärtens (25). Das

weist darauf hin, daß eine dünne Oberflächenschicht (50 – 100 µm) entfernt werden muß, bevor die Keramik aufgetragen und gebrannt wird.

Zusammenfassend ist es erforderlich, daß weitere Studien zu Titan und bestimmten Titanlegierungen erstellt werden. Hierbei handelt es sich sowohl um technische als auch um klinische Studien. Da Titan viel kostengünstiger ist als konventionelle Legierungen in der Zahnmedizin, gibt es die Möglichkeit, die Gesamtkosten zu reduzieren, falls die Labortechnik ebenfalls preiswerter gemacht werden kann, z.B. durch die Verwendung von Pudermetallurgie oder CAD / CAM. Da beide Techniken in der Zahnheilkunde existieren, jedoch noch nicht zu den routinemäßig durchgeführten Verfahren zählen, gibt es die Möglichkeit für das am besten biokompatible zahnmedizinische Metall, nämlich Titan, sich in der Zukunft als das für zahnmedizinische Anwendungen vorrangig verwendete Material zu erweisen.

*Prof. Dr. Maud Bergmann
Umeå Universität,
Schweden*

Krankenhäuser wurden um fünf Prozent teurer

Wiesbaden (AP) – Die deutschen Krankenhäuser haben 1993 rund 92 Milliarden Mark gekostet – fünf Prozent mehr als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt am Freitag mitteilte, stiegen die Kosten je Pflegetag sogar um neun Prozent auf 446 Mark. Die höchsten Kosten je Pflegetag hatte Hamburg mit 613 Mark, die niedrigsten Sachsen mit 354 Mark. Zwei Drittel der Krankenhauskosten entfielen auf Löhne und Gehälter des Personals. Die Kosten je Beschäftigten steigen vor allem wegen der steigenden Tarife in Ostdeutschland um 6,8 Prozent, die Sachkosten um vier Prozent.

Stuttgarter Nachrichten 11-03-95

AIDS ein relevanter Faktor der Gesundheitskosten

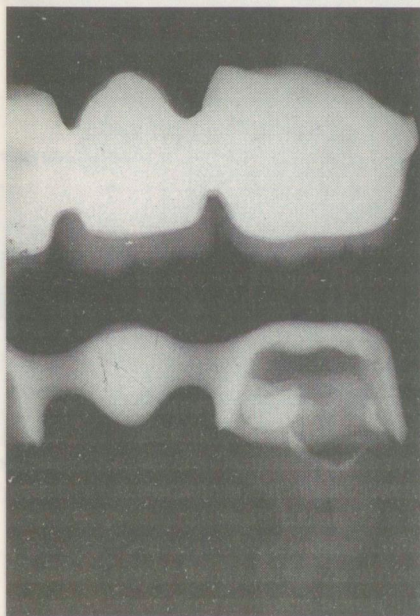
Inzwischen haben die privaten Krankenversicherungen ihre Zahlen aus 1993 ausgewertet. Demnach entfielen 3% der Gesamtkosten für stationäre Behandlung von Männern auf AIDS-Kranke. Damit hat sich AIDS – mit einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr auf das 2 1/2-Fache vorgeschoben auf Platz 8 der Kostenfaktoren im Gesundheitswesen. Der Kölner Epidemiologe Prof. Jürgen Weyer vermutet ähnliche Verhältnisse im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen. Die Konsequenz kann nur lauten: Umfassende Aufklärung und Vorbeugung bei uns und Unterstützung entsprechender Programme in der Dritten Welt (Zahlen entnommen aus DER SPIEGEL 27.3.1995)

Das durchsichtige Titan

Da es allgemein noch wenig vertraut ist, möchte ich hier das Röntgenbild von einer Titan-Restauration und einer herkömmlichen Goldrestauration zeigen. Die Titanbrücke erscheint durchscheinend, es lassen sich innerhalb der Krone bei dem Zahnstumpf Karies, Überkappungsmaterial, Zementreste und Hohlräume darstellen, auch ist das Gußgefüge gut auf Lunkerbildung zu kontrollieren. So bietet uns das Titan neue Möglichkeiten der Diagnosefindung und Qualitätssicherung.

(Anmerkung: in eine Titanbrücke wurde extraoral ein extrahierter Zahn eingefügt, um diese Röntgen-Möglichkeit zu demonstrieren)

U. Happ, Hamburg



Happ

**Fachkunde für
Zahnarzhelferinnen**

Geräte, Instrumente, Materialien

Lehrbücher
für
Gesundheitsdienste

3. überarb. Auflage, Sommer 1994

**Fachkunde für
Zahnarzhelferinnen**

Geräte, Instrumente, Materialien

Von Dr. med. dent. Ulrich Happ

1990. 192 Seiten.
ISBN 3 470 42632 - 5

Das Lehrbuch richtet sich vor allem an auszubildende Zahnarzhelferinnen. Es gibt einen Überblick über die vielseitige Tätigkeit eines Zahnarztes und seiner Mitarbeiter bzw. seiner Mitarbeiterinnen.

Die Stoffauswahl orientiert sich an der seit 1.8.1989 gültigen bundeseinheitlichen Ausbildungsordnung sowie am Rahmenlehrplan für die Berufsschulen.

Der Stoff gliedert sich in die Hauptkapitel:

- Der zahnärztliche Behandlungsplatz
- Röntgen
- Hygiene, Desinfektion und Sterilisation
- Arzneimittel
- Konservierende Zahnheilkunde,
- Zahnärztliche Chirurgie
- Zahntechnische Arbeiten
- Kieferorthopädie
- PA-Behandlung

Kiehl-Verlag

Unsere aktuellen
**Berufshaftpflicht-Angebote
für Zahnärzte!**

Kennen Sie günstigere Konditionen?

**Schicken Sie uns
den Antwortcoupon.**

**Sie erhalten
umgehend einen
individuellen
Vorschlag.**

**NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13-17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 97 355 124



**Wenn Sie ambulant
behandeln:**

DM 376,-*

Für diesen Beitrag wird geboten:

- Deckungssummen von
DM 2.000.000 pauschal für Personen- und
Sachschäden und
DM 100.000 für Vermögensschäden
- Sachschäden an gemieteten Praxisräumen
- Abwässerschäden
- Mitversicherung der von Patienten und
Besuchern eingebrachten Sachen.

*** Stand: 1. April 1995
zuzüglich 15 % Versicherungssteuer**

Antwortcoupon

Bitte ausschneiden und einsenden an: NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte • Sedanstraße 13-17 • 50668 Köln.

Bitte senden Sie mir Ihren Vorschlag zur Berufshaftpflicht-Versicherung!

- Ich bin tätig als Zahnarzt und behandle
 nur ambulant
 ambulant und stationär mit
_____ Belegbetten
- niedergelassenen seit _____
- Ich habe bereits eine Haftpflicht-Ver-
sicherung abgeschlossen, bitte sprechen
Sie mich spätestens im _____
19 _____ wieder an.

Absender nicht vergessen

Aktuelle Bewertungstabelle

für die Indikationsbereiche der drei biokompatiblen Legierungstypen

Heute hat die Titan-Technologie zur Herstellung zahnärztlicher Restaurationen die Edelmetall-Technologie mit Sicherheit ein-

geholt und in bezug auf das Indikationspektrum, insbesondere in Kombination mit der Implantatprothetik, bereits überholt.

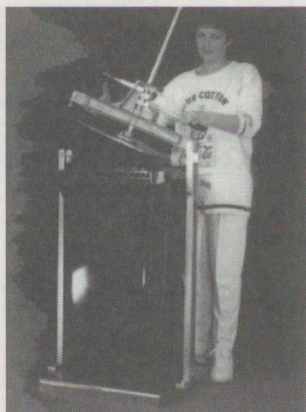
Anwendungen	Titan	Au-Leg.	Co/Cr-Leg.
Gußfüllungen	+	++	-
Kronen	+	++	+
Brücken VMK	+	++	++
Brücken KST-Verblendung	++	+	++
Klebebrücken	++	-	++
Adhäsivelemente (Teilprothetik)	++	-	++
Prothesengerüste	+	+	++
Konstruktionselemente (incl. Stege, Magnete)	++	++	+
Kfo-Elemente	+	-	++
Stifte / Schrauben	++	++	++
Implantate	+++	-	+
Beurteilung	18	12	17

Vorgetragen von Prof. Dr. Wirz am 5.4. '95 auf dem 6. Dental-Titan-Symposium, Hamburg
Veranstalter: Dentaurum

Herstellertip

Dipl. Ing. Hommel hat sich der Müllberge angenommen, die sich auch in unseren Praxen anhäufen, und eine sehr einfache Vorrichtung entwickelt, mit der sie sich komprimieren lassen. Wenn diese Presse auch kein direkter Beitrag zur Schonung der Umwelt ist, so schont sie doch unsere Entsorgungskosten ohne weitere Ressourcenverschwendung. Diese Müllpresse ist für ca. 300.-DM in mobiler Version zu haben bei:

Hommel-Umwelttechnik
Agnes Bernauer Str. 232
81241 München



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

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

**Schmid und Paula · Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg · Tel. 0941/791521**

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

Gruppenprophylaxe in Berlin – ein Vorbild?

E. Reihlen

Am 18.11.1994 fand in Berlin zum 5jährigen Jubiläum des Prophylaxeseminars das 2. Berliner Prophylaxe-Symposium statt. Frau Dr. Erika Reihlen vom ÖGD Berlin informierte über das Konzept der Gruppenprophylaxe.

Es gibt einen alten lateinischen Spruch: *Tempora mutantur et nos mutamur in illis*.

Die Zeiten ändern sich, und wir uns in ihnen. Gerade auf die Anerkennung zahnmedizinischer Prophylaxe im Deutschland der letzten 15 Jahre trifft das zu. Ich erinnere mich, daß Anfang der 80er Jahre ein Berliner Kollege vom Davoser Fortbildungskongreß zurückkam, wo er die Individualprophylaxe in der Praxis vertreten und demonstriert hatte, und einer seiner Zuhörer hatte ihm auf die Wandtafel seines Prophylaxestandes den Spruch geschrieben: „Schlagt die Prophylaxe tot, denn die Karies bringt uns Brot.“

Damals haben auch manche praktisch tätige Kollegen die Prophylaxe mit Kindergruppen als kindischen Firlefanz abgetan. Das ist vorbei. Die Prophylaxe hat in allen Ausfächerungen unseres Fachgebietes Einzug gehalten und umfaßt die Spanne von der Jugendzahnpflege bis zur Alterszahnheilkunde. Sie hilft vorbeugen und Qualität sichern. Das Vorbeugesymbol Zahnbürste ist längst aus dem engen Rahmen der Zahnmedizin herausgetreten. Jüngstes Beispiel: die Broschüre des *bayerischen Innenministeriums* mit dem Titel „Bitte stören“. Medizinisch würden wir sagen: „Bitte intervenieren“. Geworben wird um Aufmerksamkeit, Zivilcourage bei der Verhinderung von Straftaten. „Vorbeugen ist besser“, heißt es auf dem Deckblatt. Symbol dafür: die Zahnbürste. Und was das Verhältnis von Individualprophylaxe und Gruppenprophylaxe betrifft, da halten wir es mittlerweile mit der Devise

eines auf diesem Gebiet sehr verdienstvollen Kollegen aus der Schweiz. Martin Büttner, Leiter der Schulzahnklinik Basel, sagte 1988 in einem Hearing des Deutschen Bundestages: „Gruppenprophylaxe legt den Grund dazu, was Individualprophylaxe im späteren Alter verfeinert.“

Seit 1.01.1990 ist das Gesundheitsreformgesetz in Kraft. Zum ersten Mal ist die Gesundheitsförderung gesetzlich verpflichtend geworden. Der §21 Sozialgesetzbuch V (SGB V) „Verhütung von Zahnerkrankungen“ befaßt sich mit dem für uns in diesem Zusammenhang wichtigen Begriff der Gruppenprophylaxe.

Um es gleich an den Anfang zu stellen, da viele mit dem Begriff der **Gruppenprophylaxe** wenig anfangen können: Gruppenprophylaxe ist Prophylaxe in Gruppen, ist zahnmedizinisch-pädagogische Unterweisung und praktisches Tun für die Zahngesundheit dort, wo Gruppen anzutreffen sind, in Kindergärten und Schulen, Tagespflegestellen, Miniclubs, Elterninitiativ-Kindertagesstätten (EKT's) und Behinderteneinrichtungen. Gruppenprophylaxe ist eine medizinisch-pädagogische Gemeinschaftsaufgabe. Sie dient der Schaffung von Zahnbewußtsein und legt Grund für die Individualprophylaxe.

Gruppenprophylaxe gibt es in Berlin nicht erst seit Gründung der LAG. Seit Beginn dieses Jahrhunderts haben wir in Berlin eine organisierte öffentliche Jugendzahnpflege,

in früheren Jahrzehnten allerdings mehr sekundärpräventiv orientiert.

Wir Jugendzahnärzte haben natürlich die seit Mitte der 70er Jahre einfach nicht mehr zu übersehenden Erfolge der Schweizer und skandinavischen Primärprävention aufmerksam zur Kenntnis genommen. Uns hat es geärgert, in der FAZ zu lesen, die Jugendzahnpflege sei tot. Uns haben Gesundheitsminister Norbert Blüms Aussagen, wir seien Weltmeister im Zahnersatz, aber die Ausgaben für die Prophylaxe lägen nahe Null, gereizt.

Wir registrierten

- die WHO-Ziele 2000 zur Mundgesundheit (u.a. höchstens 3 DMF-Zähne bei den 12-jährigen, oder: 50% der 5- bis 6-jährigen sollten kariesfrei sein),
- die Entschleunigungen von Gesundheitsministerkonferenzen,
- das Kindergartenobleutekonzept von Bundeszahnärztekammer und Krankenkassen,
- Prophylaxekonzepte der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde (DGZMK),
- die Grundsätze der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) usw.

Diese alle sind Grundlagenpapiere der 80er Jahre, ohne gesetzliche Relevanz, aber die fachliche Notwendigkeit in sich bergend, Schweizer und skandinavische Prophylaxewege zu beschreiben.

Einige zahnärztliche Kollegen/Kolleginnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) machten Fortbildung in der Schweiz. Inzwischen sind viele von uns weitergebildet zu Zahnärzten für öffentliches Gesundheitswesen. Wir fingen im Rahmen unserer Dienstaufgaben mit der praktischen Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen

einfach an und gewannen mit den Jahren Fachkompetenz.

Flächendeckend haben wir das Zähneputzen im Kindergartenbereich eingeführt, und wir führten die Fluoridtablettenvergabe wieder ein. Einige prophylaxe-engagierte niedergelassene Kollegen aktivierten in ihrer Praxis die Individualprophylaxe. Im Jahre 1984 gründeten Zahnärztekammer, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Freie Universität (Fachbereich Zahnmedizin und Fachbereich Erziehungswissenschaften) ohne gesetzlichen Auftrag eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) zur Förderung der Zahngesundheit. Mit dieser LAG konnten wir nicht viel bewegen, sie war finanzschwach und ohne Strukturqualität. Aber wir waren mit unseren Aktionen, Diskussionsveranstaltungen im Internationalen Congreß Centrum ICC, Schulwettbewerben, ein Aufmerksamkeitsfaktor auf unserem Gebiet, und der Zahnputzbrunnen, den unser jetziger LAG-Vorsitzender Dr. Nachtweherst in seinem Anhänger, dann auf seinem Buckel transportierte, war bei Gesundheitstagen stadtbekannt.

Als einen großen Schritt nach vorn für die Gesundheit allgemein und die Zahngesundheit im besonderen ist die bundesgesetzliche Verpflichtung zur Gesundheitsförderung im SGB V zu werten, seit 01.01.1990 in Kraft, novelliert mit Datum 01.01.1993. § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe) verpflichtet Krankenkassen, Zahnärzteschaft und zuständige Stellen in den Ländern, eine **Rahmenvereinbarung** (RV) zu schließen und mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen gemeinsam und einheitlich Zahnerkrankungen der bis zu 12-jährigen zu verhüten und sich an den Kosten zu beteiligen, Kariesrisikoprogramme für die betreffenden Kinder eingeschlossen. In Zahlen bedeutet dies nach Vereinigung unserer Stadt derzeit konkret: ca. 108.000 in Einrichtungen anzutreffende

Kinder zwischen 3 und 6 Jahren und ca. 230.000 Schulkinder zwischen 6 und 12 Jahren = insgesamt rund 340.000 Kinder. (Aktuelle Betreuung: 108.000 Kindergarten- und 58.000 Kinder der Vorklassen und ersten Klassen).

Die im Gesetz vorgeschriebene Rahmenvereinbarung, ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, ist hier in Berlin seit Juli 1990 in Kraft. Die Präambel dieser Rahmenvereinbarung nennt nicht nur die Vertragspartner, die Ziele, die Zielgruppe und die gewichtigen grundlegenden Gruppenprophylaxekonzepte von DAJ, Bundesärztekammer und Krankenkassen.

Die Präambel der Berliner Rahmenvereinbarung macht auch Dampf. Sie verpflichtet auf die unverzügliche und effektive Umsetzung des gesetzlichen Auftrages in vertrauensvoller Zusammenarbeit der Partner und betont das Wirtschaftlichkeitsgebot. §3 RV verweist auf das Neutralitätsgebot, verbietet also bei der Durchführung der LAG-Maßnahmen Werbung der einzelnen Beteiligten für sich.

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sind: Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzverhärtung, Ernährungsberatung, Mundhygiene, Spezialprogramme für das erhöhte Kariesrisiko. Diese Maßnahmen stehen sowohl im SGB V als auch in der Berliner Rahmenvereinbarung.

Zielgruppe sind die bis zu 12-jährigen in Kindergarten und Schule. Der Einbezug der im sozialen Umfeld der Kinder Verantwortung tragenden Erwachsenen, Eltern, Erzieher, Lehrer, wird für notwendig erachtet, gleichermaßen die Abstimmung mit den Verwaltungen für Jugend und Schule.

Mitwirkende am Prophylaxeprogramm (§§4 und 5 der RV) sind außer der Geschäfts-

führung und dem Sekretariat geschultes, von der LAG unbefristet angestelltes Personal mit in der Regel der Grundausbildung der Zahnärzthelferin. Unsere in der Gruppenprophylaxe fortgebildeten Zahnärzthelferinnen arbeiten an Vormittagen und werden in Anlehnung an den BAT (VII/VI) bezahlt. Weiterhin wirken mit einige Zahnärzte mit Honorarverträgen und die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) der 23 Stadtbezirke, immerhin ca. 60 Teams von Zahnärzten/-ärztinnen und Zahnärzthelferinnen aus dem ÖGD.

Zur Erläuterung: Einen Teil ihrer Pflichtaufgaben bringen die Zahnärztlichen Dienste in das Prophylaxekonzept der LAG ein, indem sie pro Jahr ca. 100.000 Kindergarten- und 230.000 Schulkinder der Klassen 1 bis 6 untersuchen. (ca. 8.000 Kindergartenkinder werden durch Honorarzahnärzte der LAG untersucht) Die Karies-Risikodiagnostik ist eingeschlossen. Bei Behandlungsbedürftigkeit erhalten die Eltern eine Benachrichtigung mit der Aufforderung, mit ihrem Kind die Praxis ihres Hauszahnarztes aufzusuchen.

Die ZÄD erbringen über die Reihenuntersuchungen hinaus einen Teil der Gruppenprophylaxe, d.h. die vorhandenen Strukturen des öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes werden für gesetzlich vorgeschriebene Gesundheitsmaßnahmen vom privaten Verein LAG genutzt. Das hat große Vorteile, wie wir sehen werden.

In der Rahmenvereinbarung ist eine **Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen** vorgesehen (LAG).

Diese LAG als gemeinnützigen Verein, Anstellungsträger und Zuwendungsempfänger, haben wir 1990 gegründet. Mitglieder sind die Vertragspartner der Rahmenvereinbarung, 8 Krankenkassen, die Zahnärzte-

kammer und das Land Berlin. Den Vorsitz hat ein Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer, nicht ihr Präsident.

Die Geschäftsstelle der LAG ist in der Zahnärztekammer angesiedelt. Gearbeitet wird nach einem Organisationskonzept und einem jährlich neu zu beschließenden Prophylaxeprogramm. Das kostet Geld, Personalmittel, Sachmittel. Die **Finanzierung** tragen alle Beteiligten, Krankenkassen, Zahnärztekammer und Land Berlin. Die finanzielle Hauptlast liegt bei den Krankenkassen. Die laufenden Mittel für die Personalkosten der LAG (Geschäftsführung und Büro, Honorarzahnärzte, ca. 50 in der Gruppenprophylaxe geschulte Zahnarzhelferinnen) und die Sachkosten werden von Krankenkassen und Zahnärztekammer durch im voraus zu leistende Umlagen erhoben.

Spätestens hier muß ich eine Bemerkung zur Bezeichnung unserer in der Gruppenprophylaxe geschulten Zahnarzhelferinnen machen. „Prophylaxehelferin“ können wir unsere Fachkraft nicht nennen, denn zahnmedizinische Prophylaxehelferinnen (ZMP's) werden in der Individualprophylaxe eingesetzt. „Prophylaxe-Assistentin“ geht nicht, „Prophylaxe-Beraterin“ trifft nicht. Auch „Prophylaxe-Pädagogin“ ist vorgeschlagen worden.

Ich halte eine eindeutige Bezeichnung für unsere geschulten und qualifizierten Helferinnen für geboten. Weil es derzeit keinen besseren Vorschlag gibt, nenne ich sie **Gruppenprophylaxehelferin**.

Zurück zur Finanzierung. Die Personalkosten der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD für die LAG trägt das Land Berlin. Sie sind Durchlaufposten im LAG-Haushalt (bei 60 Teams, anteilig für ihre Prophylaxetätigkeit innerhalb der derzeit betreuten Altersgruppen eine Summe von ca. 1,5 Mio. DM). Der Gesamthaushalt 1994 beträgt 4,1 Mio DM.

Der **LAG-Haushalt 1994** ohne den Durchlaufposten Land Berlin liegt bei ca. 2,6 Millionen. Die Ausgaben pro Kind, bezogen auf den Gesamthaushalt, liegen in diesem Jahr bei gut DM 24,- (4,1 MIO: 166.000 Kinder). Damit stehen wir gut da, verglichen mit Modellrechnungen und Zahlenangaben aus anderen Regionen.

Die Maßnahmen und die Leistungen, die in diesen Summen stecken, werden dokumentiert (Maßnahmendokumentation), hausintern und für die DAJ. Die DAJ hat dazu ein System erarbeitet. Sie ist es auch, die die Ergebnisse aller deutschen LAG's zusammenfaßt.

Mit der Dokumentation der Prophylaxeergebnisse aus zahnärztlichen Befunden (**Befunddokumentation**) wollen wir Berliner, so wie es einige LAG's vor uns schon getan haben, im nächsten Jahr beginnen. Hier ist über die DAJ ein bundesweit abgestimmtes System einer Repräsentativerhebung erarbeitet worden, so daß demnächst bundesweit Vergleichbarkeit hergestellt ist.

Wir haben beim Start der LAG eine solche Erhebung nicht durchgeführt. Deshalb fließt das Mehr an Zahngesundheit, das die LAG erarbeitet, in die Zahlen der zahnärztlichen Jahresleistungsberichte des ÖGD mit ein. Dort zeigt sich sehr deutlich, daß die Zahl der naturgesunden Gebisse aller Altersstufen seit Jahren stetig steigt. Ich nenne eine Gesamtzahl: die Rate der naturgesunden Gebisse der Schüler allgemeinbildender Schulen (Berlin West) hat sich von 1982–1992 fast verdoppelt. (Anstieg von 10,8% auf 19,1%, siehe auch Jahresleistungsbericht der Zahnärztlichen Dienste 1992, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit.)

Zurück zu unseren Gruppenprophylaxehelferinnen.

Menschen mit Sachkenntnis, Ausstrahlung, Einsatzwillen und Liebe zu Kindern sind

unser größter Reichtum. Auf ihre zahnmedizinische, prophylaktische, pädagogische und psychologische **Fortbildung** legen wir großen Wert. Für die Zahnarzhelferinnen, die bei uns arbeiten wollen, steht am Anfang ein vierwöchiger Schulungskurs mit insgesamt knapp 90 Stunden in den Gebieten Zahnanatomie, Oralpathologie, Hygiene, Psychologie im Kindesalter, Kieferorthopädie, Individualprophylaxe, Ernährung, Zahnschmelzstabilisierung, Reihenuntersuchung und Dokumentation, Karteiführung, Zahngesundheitsvorsorge kindgerecht, LAG-Organisation und Konzept.

In die **vierwöchige Schulung** eingebaut sind zwei Wochen Hospitationen zur praktischen Prophylaxe mit Kindergruppen und Nachgespräche. Ausgeführt werden diese Hospitationsprogramme zum Teil in den Zahnärztlichen Diensten, zum Teil im Prophylaxeraum der LAG selbst. Die vierwöchige Schulung wird mit einem ausführlichen Prüfungsgespräch abgeschlossen. Die in der Prophylaxe geschulten Helferinnen bekommen ein Zertifikat. Haben sie ihre Arbeit bei uns aufgenommen, so erfahren sie ab und an, je nach Notwendigkeit mehr oder weniger, Supervision durch erfahrene Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle. Einmal im Jahr organisieren wir eine eintägige Fortbildung mit auswärtigen Referenten. Zweibis dreimal nehmen alle Gruppenprophylaxehelferinnen unter Anleitung an Teamsitzungen in kleinen Gruppen teil. All dies ist gegenseitige Information, ist Erfahrungs- und Ideenaustausch, bewirkt Lernprozesse und dient der Sicherung und Erhöhung der Arbeitsqualität. Regelmäßige Sprechtag in der Geschäftsstelle sind darüber hinaus eingeführt zur Koordination der Arbeit und zur Überprüfung der Tätigkeitsnachweise. Auch Kontrolle muß sein. Von Zeit zu Zeit werden Mitarbeiterinnen auch bei der Arbeit selbst

überprüft (Hospitationen), z.B. bei Beschwerden aus Einrichtungen oder dem Wunsch nach Höhergruppierung.

Fast alle unsere derzeit 50 Gruppenprophylaxehelferinnen arbeiten im **Außen-dienst**. Sie werden zu mehreren, örtlich mit Kontinuität, in den einzelnen Stadtbezirken eingesetzt, so daß sie Bezugspersonen für die Kinder und die Einrichtungen werden. Keine von ihnen hat im Dienst einen eigenen Schreibtisch, auch in den Zahnärztlichen Diensten nicht, die sie oft koordinierungshalber aufsuchen. Sie sind fachlich, aber nicht räumlich integriert. Schwierigkeiten, die wir, der ehrenamtliche LAG-Vorstand und die Geschäftsführung, auf andere Weise ausgleichen müssen. Auch in dem Zusammenhang sind Sprechtag und Teamsitzungen wichtig, aber ebenso z.B. eine Einladung in eine gesundheitsbezogene Theateraufführung oder zu einem erinnernden Betriebsausflug.

Das inhaltliche Konzept der LAG – unter Einbezug des ÖGD – sieht pro Gruppe/Klasse und Jahr eine zahnärztliche Reihenuntersuchung mit angegliederter Prophylaxe vor und drei Wiederholungsübungen. Dabei stand das Marthaler'sche (Prof. Dr. Thomas Marthaler, Orale Epidemiologie und Präventivzahnmedizin, Universität Zürich) Modell Pate, das sechs Prophylaxeimpulse, teils von zahnärztlicher, teils von pädagogischer Seite erbracht, vorsieht. Die LAG Berlin inklusive ÖGD kommt viermal im Jahr und wir ermuntern Erzieher und Lehrer, ihrerseits für die Zahngesundheit tätig zu werden.

Vier zahnmedizinische Impulse im Jahr macht, medizinisch-pädagogisch gesehen, Sinn. Wir verhehlen nicht: dieses Viermal-im-Jahr im Schuljahresrhythmus mit seinen Ferienzeiten bei den Schulkindern auch wirklich zu erbringen, erweist sich rein zeitlich

als problematisch. Wir wollen unser wohl-durchdachtes Konzept nicht ohne Not beschneiden, müssen es allerdings in die Realität des Schulalltags einpassen. Das wird vermutlich Konsequenzen haben in der Häufigkeit der LAG-Besuche in der Schule. Dieses wiederum können wir – falls es dazu kommt – um so leichter Herzens tun, wenn die ab 6 Jahre alten Kinder mehr und mehr von ihrem Recht Gebrauch machen, die über die gesetzliche Krankenversicherung finanzierten IP-Positionen in der Zahnarztpraxis in Anspruch zu nehmen.

Im Mittelpunkt jedes Prophylaxebesuches stehen Zahnpflegeübungen mit der **Flächensystematik KAI** (Kauflächen/Außenflächen/Innenflächen) in altersgerechter Sprache, mit dem Wissen, was von der Konzentration und der Motorik her Kindern bestimmter Altersgruppen abverlangt werden kann. Diese Methode KAI zu nennen, ist übrigens die Idee eines Schülers der Dunant-Grundschule in Steglitz (Berlin Steglitz) vor vielen Jahren. Beim Einbimsen der Zahnflächen-systematik und der mehrfachen Wiederholung der drei Begriffe Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen, sagte dieser Schüler plötzlich: "Das ist ja KAI!" Ich fand die Idee so überzeugend, daß ich sie weitertransportiert habe. Nun ist sie auf Plakaten und Lesezeichen abgedruckt, manche LAG's haben sie übernommen. Aber das Wichtigste: Ganz Berlin übt nun ab Kindergartenalter nach derselben Flächensystematik die Zahnpflege ein, und gleichgültig, ob und wann die Kinder später etwas von der Basstechnik erfahren, die drei Flächen sind es immer wieder, die gereinigt werden müssen, in welcher Reihenfolge, spielt letztendlich keine Rolle.

Gebißmodell, kindgerechte Arbeitsmaterialien, Spiele, Kinderzahnbursten werden zu jeder Gruppenprophylaxe mitgebracht.

Praktiziert werden Trocken- und Naßputz-übungen. Der Rahmen um die Zahnputz-technik wird natürlich interessant und abwechslungsreich gestaltet. Bilderbücher, Kasperlepuppen kommen zum Einsatz, Ernährung und Fluorid kommen zur Sprache, Variationen gibt es viele.

Die LAG hat ein **Stufenkonzept**: Kindergartenbetreuung, danach die Schule bis zur 6. Klasse. Die Flächendeckung im Kindergartenalter ist nun erreicht (ca. 108.000 Kinder). Ab nächstem Frühjahr werden auch die Zweitkläßler in die Betreuung aufgenommen. Jede Stufe bedeutet ein Mehr an Kosten für Personal und Verwaltung, und ein Mehr an Koordination und Kooperation. Dies macht Arbeit und Mühe, der LAG und dem ÖGD, da all dies mit den Pflichtaufgaben der öffentlichen Jugendzahnpflege koordiniert werden muß, wenn ein – pädagogisch gesehen – vernünftiger Jahresrhythmus entstehen soll.

Der so beschriebene normale LAG-Alltag mit Kindergarten- und Schulbesuchen, den Terminvereinbarungen und den innerbezirklichen Koordinierungen ist nicht alles, was die LAG leistet. Die Tätigkeit der Geschäftsstelle erstreckt sich z.B. auch auf die Beratung von Erziehern und Lehrern, die Materialbeschaffung, Schriftverkehr, die Planung und die Durchführung von **Öffentlichkeitsarbeit**. Die LAG beteiligt sich an Bürger- und Schulfesten und natürlich Tagen der Zahngesundheit in der Öffentlichkeit. Bei diesen Anlässen haben wir wegen sichtbarer und hörbarer „action“ an Zahnputzbrunnen und Kariestunnel immer viel Zulauf. Unsere Tage der Zahngesundheit in Berlin hatten bisher immer einen Sonderakzent. Vor vier Jahren luden wir ein an das längste Frühstücksbuffet der Welt. Ein anderes Mal nahmen wir uns im Berliner Zoo das Thema Tierzähne – Menschenzähne vor.

Voriges Jahr feierten wir einen ganzen Tag zusammen in einer großen Berliner Behinderteneinrichtung. Vor zwei Monaten beim Tag der Zahngesundheit 1994 war es der Schutz des Zahnschmelzes durch Fluoridüberzug, den wir verglichen mit dem Schutz von Steinen und Denkmälern durch Acrylharze. Zähne, hart wie Stein – dieses Thema wurde im Ägyptischen Museum abgehandelt, und wie Nofretete sich die Zähne putzte, spielte als Aufhänger dabei eine Rolle.

Es geht lebendig zu in der LAG Berlin. Mir selber ist in den vier Jahren ihrer Existenz klar geworden: Daß wir in kurzer Zeit so weit vorangekommen sind in der Flächendeckung und der Solidität unserer Arbeit in der Gruppenprophylaxe, hat damit zu tun, daß

1. es einen flächendeckend organisierten Zahnärztlichen Dienst mit Personal- und Ortskenntnis aller Einrichtungen gibt, der der LAG die Türen öffnet,
2. die Berliner Zahnärztekammer nicht nur hinter der Individual-, sondern auch hinter der Gruppenprophylaxe steht.

Bei beiderseitigem und gegenseitigem Bemühen ist das **Miteinander von Zahnärztekammer und ÖGD** gelungen, und die Nutzung vorhandener Strukturen hat den Aufbau neuer Notwendigkeiten beschleunigt. In dem Sinne kann ich den Niedergang oder das Nichtvorhandensein der öffentlichen Jugendzahnpflege in anderen Regionen und Bundesländern nur bedauern. In dem Sinne will ich die Empfehlung an Kommunen und Länder richten, ihre präventiv orientierten Gesundheitsprogramme auch umzusetzen, z.B. Stellen in der öffentlichen Jugendzahnpflege zu schaffen bzw. zu erhalten.

Schaffung eines Zahnbewußtseins, verbesserung der Mundgesundheit ist das große Ziel, das nur in vielfältiger Teamarbeit erreicht werden kann. **Woran wir ständig arbeiten, ist**

- die Qualität abwechslungsreicher Arbeit durch Fortbildung, Teamsitzungen, Erfahrungsaustausch,
- die Verwirklichung neuer Stufen des Prophylaxekonzeptes, bis wir das Gesetz erfüllt und von unten nach oben auch die 12-jährigen erreicht haben,
- die Ausfüllung/Erweiterung von Personal mit den dazu notwendigen grundsätzlichen Berechnungen und Qualifizierungen.

Es geht nicht alles glatt. Wie bei anderen, so auch bei uns. Hier sind Personalflektuation, langdauernde Erkrankungen, aber auch die ab und an auftretenden Kooperationschwierigkeiten zu erwähnen. Es gibt sie zwischen ÖGD und Gruppenprophylaxehelferinnen, zwischen LAG-Zentrale und ÖGD. Das liegt an Personen und Institutionen, der Verzweigkeit der Organisation und der Fülle ihrer Aufgaben.

Was uns aktuell als **neue Aufgabe** beschäftigt, ist

- die Ausstattung unserer Geschäftsstelle mit EDV,
- die Fortbildung von Erziehern/Erzieherinnen auf dem Gebiet der Zahngesundheitsförderung. Dazu werden Angebote stadtbezirkbezogen gemacht,
- das Angebot von Zahngesundheitsförderung in der Erzieherausbildung. Dazu haben wir Kontakt mit dem Berliner Koordinator für die Erstellung sozialpädagogischer Rahmenpläne aufgenommen,
- die Fluoridierung von Schulkindern
- die Entwicklung und Umsetzung von Programmen für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko, wovon 25–30% der untersuchten Kinder betroffen sind. Zum **Kariesrisiko** haben Zahnärzte der Praxis, der Universitäten und des ÖGD Konzepte entwickelt.

„**Intensivprophylaxe in Gruppen für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko**“ heißt das

Programm mit Elterngespräch, Ernährungsberatung, professioneller Zahnreinigung und Fluoridierung mehrmals im Jahr. Die Kinder werden bei der Reihenuntersuchung aufgrund hoher Kariesraten nach von Hochschullehrern entwickelten Kriterien herausgefiltert. Wer z.B. mit 3 Jahren ein nicht mehr kariesfreies Gebiß hat, zählt zu den Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Die Karies tritt polarisiert auf.

Wenige Kinder haben viel Karies, viele haben wenig oder keine Karies. Die massiv von Karies betroffenen Gebisse bedürfen sowohl der zahnärztlichen Behandlung als auch der bedarfsgerechten professionellen Intensivprophylaxe-Betreuung.

Das Intensivprophylaxeprogramm muß nun verwirklicht werden. Zu Beginn seiner Umsetzung haben wir Fragen: Wo erreichen wir die meisten Kinder? Wie verzahnen wir die „normale Gruppenprophylaxe“ und die Intensivprophylaxe, so daß sie gute Akzeptanz finden? Beteiligen sich die, die es wirklich nötig haben? Bleiben die Gruppen bei der Stange? Werden niedergelassene Zahnärzte sich beteiligen? Gelingt es uns, mit ihnen zusammen endlich einen höheren Sanierungsgrad der Kindergebisse zu erreichen?

Fest steht bei uns in Berlin, daß die ersten Schritte in der Intensiv-Gruppenprophylaxe der Öffentliche Gesundheitsdienst tun wird. Im Kindergartenbereich wird begonnen. Der ÖGD wird einen Teil der Intensivprophylaxe und der Kinderbehandlung übernehmen, aber ohne niedergelassene Kollegen wird es nicht gehen.

Die Honorierung ihrer intensivprophylaktischen Bemühungen soll aus dem LAG-Haushalt finanziert werden mit Vergütungsvereinbarungen in Anlehnung an die Gebührenpositionen IP 1-IP4.

Als Fazit ziehe ich

- Es beflügelt, an einer Aufgabe mitzuwirken, die just ihre Zeit hat.
- Die Zahngesundheit steigt in allen Altersstufen.
- Flächendeckende Gruppenprophylaxe in Berlin für die bis zu 12-jährigen, mit mehrfachen Wiederholungsübungen im Jahr, ist im Aufbau und auf qualitativ gutem Wege.
- Gruppen-Intensivprophylaxe für die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko wird allen sozialmedizinisch engagierten Zahnärzten, nicht nur in Berlin, viele Anstrengungen abverlangen.
- Zahnärztliche Kinderbehandlung bedarf der Intensivierung.
- Die Zusammenarbeit der in der Rahmenvereinbarung beschriebenen Partner, Krankenkassen, Zahnärzteschaft und Land Berlin, ist von Vertrauen getragen, was sich in den Vorstandswahlen der LAG vor ein paar Monaten niederschlug.
- Der ÖGD erweist seine Fähigkeit zu Kooperation und Innovation.
- In unserer Landesarbeitsgemeinschaft, in der Geschäftsführung, in den Gremien, wird mit viel Engagement gearbeitet. Unsere Mitarbeiterinnen sind in Kindergärten und Schulen willkommen.
- Die LAG Berlin ist darüber hinaus ein gutes Beispiel dafür, wie Menschen aus Ost und West durch Engagement und die gemeinsame Arbeit zusammenwachsen.

Neulich sagte uns ein Fachmann für Organisationsplanung: „Sie sind ein mittelständisches Unternehmen“, und dann fragte er: „Was wollen Sie als LAG erreichen, was ist Ihr Produkt?“

Die Antwort ist nicht schwer. Was und wen wir wollen, sind aufgeweckte selbstbewußte Kinder, die von ihrer Gesundheit nicht nur etwas oder viel wissen, sondern auch etwas

dafür tun, die frühzeitig altersgemäße Eigenverantwortung lernen und von zu Hause, von Kindergarten und Schule, von ihren Zahnärztinnen und Zahnärzten ernsthaft und liebevoll Unterstützung erfahren.

Dies alles wird ein Mehr an Zahngesundheit bringen, auch über die Kindheit hinaus, und dies alles ist für alle Beteiligten eine unend-

liche Geschichte, zu der es Zeit, Geduld, Geld und immer wieder des Neubeginns bedarf.

Schweizer und skandinavische Kollegen haben uns den Weg gewiesen. Die LAG Berlin ist auf gutem Wege.

Dr. Erika Reihlen
Schloßstr. 80, 12154 Berlin

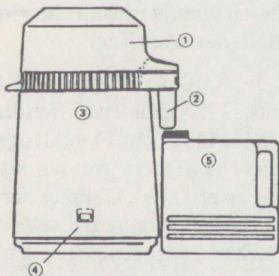
Lesertip

Durch das regelmäßige Sterilisieren im Autoklaven benötigen wir große Mengen destilliertes Wasser. Besonders durch den Einsatz mancher Schnellsterilisatoren steigt der Verbrauch erheblich – auch ist zu deren Erhalt wirklich destilliertes und nicht nur das häufig angebotene entmineralisierte Wasser angebracht.

Jochen Bremer aus Frankfurt weist uns auf nebenstehend abgebildete einfache Destilliervorrichtung *eco-water* hin. Dieses robuste Gerät destilliert uns für ca. 0,30 DM Energiekosten einen Liter Wasser und kostet in der Edelstahlversion 361,75 DM + MwSt.

Es ist zu erhalten bei:

**Firma Vitacron,
Postfach 1147, 82133 Olching
Tel.: 08142-30013**



- ① Oberteil mit Kühlaggregat
- ② Auslauf-Kammer mit Carbon-Nachfilter
- ③ Heizungsteil mit Edelstahlkessel, alle Verbindungen aus Edelstahl
- ④ Ein/Aus-Schalter
- ⑤ 4-Ltr.-Vorratsbehälter (kühlschrankgeeignet)

Buchbesprechung

Voyage

Claude Sieber

145 Seiten, 243 Abb., 32 x 24,5cm,
Quintessenz Verlag, München, DM 280.–

Verlassen wir mit Claude Sieber den gewohnten Blickwinkel bei der Betrachtung natürlicher Zähne. Lassen wir uns ein auf die faszinierende Wirkung von Lichtleitung, Lichtreflexion und Lichtabsorption durch Schmelz und Dentin.

Der Autor, Keramiker und Fotograf, zeigt anhand von Schnittbildern die Bedeutung des Lichtspiels bei der Wirkung natürlicher Zähne. Die Analyse dieser fotografischen Studien führt zu einem neuen Verständnis bei der Verarbeitung dentalkeramischer Massen. Er führt das Spiel mit Licht und Farbe bei der Darstellung von Landschaften zu verschiedenen Tageszeiten fort. Seine Begeisterung eröffnet uns die Vielfalt und Schönheit der bearbeiteten Materie.

Ästhetik und Keramik in einer neuen Dimension – als Herausforderung bei der Nachbildung menschlicher Zähne mit künstlichen Materialien.

C.W.

Jodiertes und fluoridiertes Speisesalz bewahrt vor Kropf und Karies

Empfehlungen der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde zur Jodmangel- und Kariesvorbeugung

Wer seine Familie und sich selbst wirkungsvoll vor Jodmangelkrankheiten und Karies schützen will, sollte im Haushalt jodiertes und fluoridiertes Speisesalz verwenden. Diese Empfehlungen, die von der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde jetzt veröffentlicht wurden, gelten für alle Haushalte, die an Trinkwasser mit einem Gehalt von weniger als 0,7 Milligramm Fluorid je Liter angeschlossen sind. Das sind in Deutschland die Mehrzahl aller Haushalte. Wird im Haushalt zum Würzen der Speisen kein fluoridiertes Speisesalz benutzt, sollten zum Schutz vor Karies Fluoridtabletten eingenommen werden.

Seit 1992 ist in Deutschland, einem traditionellen Jodmangelgebiet, zur Verwendung im Haushalt außer jodiertem auch jodiert-fluoridiertes Speisesalz im Handel. Jodsalt ist schon relativ lange auf dem Markt und wird von großen Teilen der Bevölkerung verwendet, wie die Professoren Karl Bergmann aus Berlin und Friedrich Manz aus Dortmund in der Fachzeitschrift „Der Kinderarzt“, dem Organ des Berufsverbandes für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, berichten.

Eine regelmäßige Fluoridzufuhr, z.B. durch Fluoridtabletten oder fluoridiertes Jodsalt, ist neben der richtigen, möglichst zuckerarmen Ernährung und der regelmäßig betriebenen Mundhygiene eine dritte, eigenständige Möglichkeit der Kariesprophylaxe. Diese werde derzeit in der Bevölkerung allerdings noch wenig genutzt, obwohl gerade sie das Kariesrisiko deutlich senken kann, so die Ernährungskommission. Allerdings sind bei

Säuglingen und Kleinkindern einige Besonderheiten zu beachten.

Für Säuglinge gilt: Da zur Zubereitung von Säuglingsnahrung kein Speisesalz verwendet wird, kann fluoridiertes Salz nicht zur Verbesserung ihrer Fluoridversorgung beitragen. „Auch nach Umstellung des Speisesalzverbrauchs im Haushalt auf fluoridiertes Jodsalt wäre diese Altersgruppe auf die kombinierte Vitamin D-Fluoridtablettenprophylaxe angewiesen“, betont die Ernährungskommission.

Bei Kleinkindern ergibt sich folgendes Bild: Nach übereinstimmenden Untersuchungen nehmen Kleinkinder im Alter von ein bis zwei Jahren durchschnittlich mit der Nahrung rund zwei Gramm Kochsolt am Tag zu sich. Davon wird jedoch nur ein Drittel mit dem im Haushalt verwendeten Salz zugeführt. Über diese 0,6 Gramm Speisesalt mit einem Fluoridgehalt von 0,25 Milligramm je Gramm Salt erhalten Kinder somit zu Hause täglich etwa 0,15 Milligramm Fluorid. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt aber für Kinder von ein bis zwei Jahren eine Gesamtfluoridaufnahme von 0,5 bis 1,5 Milligramm am Tag.

Erfolgt die Kariesvorbeugung bei Kleinkindern über Fluoridtabletten, werden täglich etwa 0,25 Milligramm Fluorid zugeführt. Folglich ist bei Kindern von ein bis zwei Jahren mit einer Überschreitung der empfohlenen Fluorid-Obergrenze selbst dann nicht zu rechnen, wenn entgegen den Empfehlungen sowohl kombinierte Vitamin D-Fluoridtabletten verabreicht werden als auch im Haushalt zusätzlich fluoridiertes Jodsalt verwendet wird.

Allgemein empfehlen die Experten der Ernährungskommission, bei einer Verwendung von fluoridiertem Jodsalz im Haushalt auf die zusätzliche Einnahme von Fluoridtabletten zu verzichten. Dagegen kann diese innerliche Prophylaxemaßnahme durch äußerliche

Fluoridanwendungen sinnvoll ergänzt werden. Kinder im Vorschulalter sollten zu diesem Zweck fluoridhaltige Kinderzahnpasten benutzen. Für Schulkinder und Erwachsene werden fluoridhaltige Zahnpasta, Gelees oder Spüllösungen empfohlen. *IfK*



Buchbesprechungen

Deutscher Zahnärztekalendar 1995

320 S., Carl Hanser Verlag, 56.- DM

In der Verlagsankündigung ist zu lesen, daß „der Deutsche Zahnärzte Kalender es vor allem dem praktischen Zahnarzt erleichtern soll, sich einen Überblick über die wichtigsten Fortschritte und Erkenntnisse in seinem Fachgebiet zu verschaffen.“ Ob dazu fast ausschließlich Beiträge aus der Hochschule taugen, vor allem, wenn es z.B. um die Therapie riesiger, der Klinik vorbehaltenen, Zysten geht, um das parodontologische Gutachten oder „Europäische Medizinprodukt-Regelwerke“ – das sei dahingestellt. Interessanter sind da schon die Beiträge über die Veneertechnik, die Problematik der Füllungsmaterialien bei Milchzahnkaries und das Burn-out-Syndrom, welches letzteres über kurz oder

lang, mehr oder minder schwer jeden von uns einmal befällt.

Nützlich erscheinen vor allem für den Praktiker die Stellungnahmen der DGZMK zu den wichtigsten Themen (z.B. Pulpaschutz unter Komposit-Restaurationen, zur Cp-Behandlung, zum Amalgam, zum Bleaching etc.), eine Darstellung des state-of-the-art und ein Beitrag zur Qualitätssicherung, weil diese Stellungnahmen mit Sicherheit auch in Gutachten einfließen.

Alles in allem auch diese Ausgabe eine hilfreiche Lektüre, nicht zuletzt durch den Anhang mit Bücherschau und Zeitschriftenverzeichnis, allerdings zum gestiegenen Preis von DM 56.- *H.H.*

Praxisorganisation

Andreas Frodl

70 Seiten, 19 Abb., Thieme Verlag DM 79.-

Ein kleiner Band, der in komprimierter Form Antworten auf Fragestellungen der Organisation und Verwaltung geben will.

Mit Hilfe von zahlreichen Beispielen und praktischen Anwendungsmöglichkeiten werden Tips und Ratschläge für eine erfolgreiche Praxisführung vermittelt. Fragenkataloge sol-

len helfen, Schwachstellen in der eigenen Praxis zu erkennen und mit den angebotenen Problemlösungen zu beseitigen.

Empfehlenswert am ehesten als Orientierung für Berufsanfänger. Der Preis erscheint jedoch angesichts des Informationsgehaltes zu hoch. *c.w.*

Würzburg feiert „Jahr der Wissenschaft“

Über 100 wissenschaftliche Kongresse, Fachtagungen und Symposien werden 1995 das „Jahr der Wissenschaft“ prägen, das die Universität Würzburg anlässlich der hundertsten Wiederkehr des Jahrestages der Entdeckung der Röntgenstrahlen feiert. Es beginnt offiziell mit der Auftaktveranstaltung zum Röntgenjahr am 13. Februar 1995, verbunden mit der Eröffnung einer über das Jahr andauernden Röntgen-Ausstellung in der Würzburger Residenz.

Die lange Kette der wissenschaftlichen Veranstaltungen findet im wesentlichen ihren Abschluß mit der Feier am Jahrestag der Entdeckung der Strahlen. Diese zentrale Veranstaltung am 8. November 1995 wird ein Festakt der Universität sein, der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Physikalischen Gesellschaft, der Deutschen Röntgengesellschaft, der Gesellschaft für Medizinische Physik und der Physico Medica in Würzburg durchgeführt wird. Insgesamt werden 1995 mehrere tausend Wissenschaftler verschiedenster Fachrichtungen aus dem In- und Ausland in Würzburg erwartet. Sie beschäftigen sich vor nationalen und internationalen Auditorien schwerpunktmäßig mit hochaktuellen Fragestellungen der Röntgenphysik, der Röntgenmedizin, aber auch mit wissenschaftlichen Themen, die nicht direkt in Bezug zum Röntgenjahr stehen, dieses aber zum Anlaß nehmen, Würzburg als Tagungsort zu wählen.

Der Schwerpunkt liegt neben einer Vielzahl von Jahrestagungen verschiedenster Gesellschaften auf den wissenschaftlichen Tagungen in den Bereichen Medizin sowie Physik und Astronomie. Daneben finden Kongresse verschiedener Wissenschaftsrichtungen zu Themen statt, bei denen Röntgenstrahlen in den Bereichen Biologie, Chemie und Geowissenschaften eine bedeutende Rolle spielen. Höhepunkt internationaler Veranstaltungen sind u.a. die „International Conference on Neurodegeneration“ (März), die Tagung der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Physik (Mai), ein internationales Kolloquium „Stellar X-Ray Astronomy across the HR-diagram“ anlässlich des 100. Jahrestages der Entdeckung der X-Strahlen (Juli) oder die „3. International Conference on Magnetic Resonance Microscopy“ (August).

Daneben halten ihre Jahres- bzw. wissenschaftlichen Tagungen 1995 in Würzburg u.a. ab die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (Mai), die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie, die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie oder auch die Bundesärztekammer zum Thema „Methoden der bildgebenden Diagnostik“.

Nähere Informationen:

Pressereferat der Universität Würzburg
Sanderring 2, 97070 Würzburg
Tel. 0931/31750, Fax 0931/17840

Streit unter Zahnärzten

Hannover – Innerhalb der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) bildet sich eine Opposition gegen den Vorsitzenden Karl Horst Schirbort. Das teilte die Arbeitsgemeinschaft Niedersächsischer Zahnärzte mit. Der Grund: Der KZVN-Chef hatte mit Patienten Privatzahlungen vereinbart, um Kürzungen aus der Gesundheitsreform auszugleichen.

NWZ vom 28.3.95

Ersatz von Amalgam nicht voll von der Kasse

Kassel (Reuter) – Wer sich von einem Zahnarzt alle Amalgam-Füllungen herausnehmen und statt dessen andere Materialien einsetzen läßt, hat auch dann keinen Anspruch auf volle Kostenersatzung durch die Krankenkasse, wenn er eine Amalgam-Allergie hat. Das Bundessozialgericht entschied, im Krankenversicherungsrecht werde nicht nach Ursachen gefragt. Im übrigen gehe auch ein „gewisses Restrisiko“ zu Lasten des Patienten. (Az. 1 RK 7/94) SZ

100 Jahre Röntgenstrahlen – Ausstellung im Mittelpunkt des Röntgenjahres

Über 100 wissenschaftliche Kongresse, Fachtagungen, Symposien und Vortragsreihen werden 1995 das „Jahr der Wissenschaft“ prägen, das die Universität Würzburg anlässlich der hundertsten Wiederkehr des Jahrestages der Entdeckung der Röntgenstrahlen feiert. Es beginnt offiziell mit der Auftaktveranstaltung zum Röntgenjahr am 13. Februar 1995, verbunden mit der Eröffnung einer über das Jahr andauernden umfassenden Röntgen-Ausstellung in der Würzburger Residenz. Den Festvortrag zur Auftaktveranstaltung wird Nobelpreisträger Klaus von Kitzing halten. Das Röntgenjahr, zu dem die Universität auch eine offizielle Röntgenmedaille herausbringt, geht mit dem Festakt zum 100. Jahrestag der Entdeckung der Strahlen am 8. November zu Ende.

Die Ausstellung „100 Jahre Röntgenstrahlen“ wird in sechs Räumen des Martin-von-Wagner-Museums der Universität in der Würzburger Residenz bis etwa Mitte November 1995 zu sehen sein. Röntgen hat in seinem Testament dem Physikalischen Institut der Universität Würzburg und teilweise dem Deutschen Museum München die von ihm benutzten Apparate vermacht. Diese wertvollen Gegenstände sind das Herzstück der umfassend angelegten, einmaligen Konzeption dieser Ausstellung, zu der außerdem Leihgaben aus ganz Europa zusammengetragen wurden. Sie gibt anhand von Originaldokumenten, Fotos, alten Geräten, die Röntgen selbst benutzt hat, sowie didaktischen Modellen zu seinen Experimenten Auskunft über sein Leben und seinen Entdeckung der alles durchdringenden Strahlen, die ein weltweites Echo ausgelöst hat und Röntgen berühmt machte, wie die

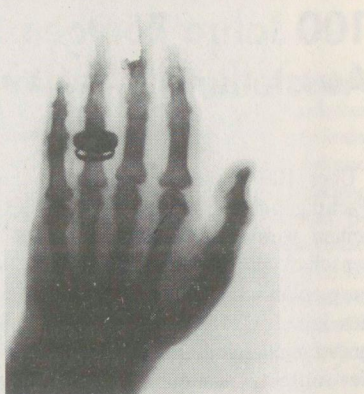
zahlreichen Ehrungen, u.a. der erste Nobelpreis für Physik, aber auch die sehr rasche Anwendung in der Medizin bekunden. In der Folgezeit wurden für Arbeiten mit Röntgenstrahlen 19 Nobelpreise verliehen. Sie und ihre Thematiken sind in die Ausstellung integriert. Auf dem Gebiet der Atomphysik führte Röntgens Entdeckung direkt und indirekt zu zahlreichen Erkenntnissen, beispielsweise zur Postulierung des Elektrons oder zur Entdeckung verschiedener Elemente. Die Entdeckung der Röntgeninterferenz – mehrere Originalapparaturen werden dazu ausgestellt – wies den Weg zur Strukturaufklärung der kristallinen Stoffe. Eine Vielzahl weiterer Ausstellungsstücke zeigen mit Röntgenstrahlen thematisch zusammenhängende Arbeiten und Erkenntnisse in anderen Bereichen von Naturwissenschaften und Medizin, die mit Nobelpreisen gewürdigt wurden. Die Entwicklung der medizinischen Anwendung wird anhand einiger alter Röntgengeräte und Dosimeter sowie des Strahlenschutzes dargestellt. Die Herzkatheterung und die Computertomographie werden als Beispiele besonders herausragender mit Nobelpreisen geehrten Entwicklungen behandelt.

Weniger bekannt als das Röntgen von Gemälden und Mumien ist die Untersuchung von Funden aus der Eisenzeit und dem Devon mit Röntgenstrahlen, womit – wie die Ausstellung deutlich zeigen wird – grundlegende Erkenntnisse gewonnen werden können. Den Abschluß der Dokumentation bildet ein Blick in den Himmel. Aufgrund von Messungen mit dem Satelliten ROSAT wurde erkannt, daß es mehrere Tausend Sterne gibt, die Röntgenstrahlen aussenden.

Der Festakt am 8. November 1995 in der Neubaukirche wird gemeinsam begangen mit der Deutschen Physikalischen Gesellschaft, der Deutschen Röntgengesellschaft, der Gesellschaft für Medizinische Physik und der Physico-Medica. Diese „Fixpunkte“ der Programmplanung sind aber längst nicht alles, was zu diesem säkularen Ereignis vor 100 Jahren von der Universität als „dem geistigen Ursprungsort“ der Feierlichkeiten geplant ist. 1995 wurde von Universitätspräsident Prof. Dr. Theodor Berchem zum „Jahr der Wissenschaften“ in Würzburg ausgerufen.

Dabei geht es nicht nur um die Darstellung der Röntgenstrahlen in den Naturwissenschaften und der Medizin. Vielmehr sind alle anderen Wissenschaften aufgerufen, an einem großen Veranstaltungsreigen der Universität für das Jahr 1995 teilzunehmen und ihre Aktivitäten einfließen zu lassen, so daß dies eine Visitenkarte über die Forschungs- und Tagungsaktivitäten der Universität werden wird. Meldungen für rund 100 wissenschaftliche Veranstaltungen im Universitätsbereich liegen inzwischen vor. Insgesamt werden 1995 mehrere tausend Wissenschaftler verschiedenster Fachrichtungen aus dem In- und Ausland in Würzburg erwartet. Sie beschäftigen sich vor nationalen und internationalen Auditorien schwerpunktmäßig mit hochaktuellen Fragestellungen der Röntgenphysik, der Röntgenmedizin, aber auch mit wissenschaftlichen Themen, die nicht direkt in Bezug zum Röntgenjahr stehen, dieses aber zum Anlaß nehmen, Würzburg als Tagungsort zu wählen.

Der Schwerpunkt liegt neben einer Vielzahl von Jahrestagungen verschiedenster Gesellschaften auf den wissenschaftlichen Tagungen in den Bereichen Medizin sowie Physik und Astronomie. Daneben finden Kongresse verschiedenster Wissenschafts-



Hand des Anatomen Geheimrat Professor Albert von Koelliker, aufgenommen mit X-Strahlen von W. C. Röntgen am 23. Januar 1896

richtungen zu Themen statt, bei denen Röntgenstrahlen in den Bereichen Biologie, Chemie und Geowissenschaften eine bedeutende Rolle spielen.

Höhepunkte internationaler Veranstaltungen sind u.a. die „International Conference on Neurodegeneration“ (März), die Tagung der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Physik (Mai), ein internationales Kolloquium „Stellar X-Ray Astronomy across the HR-diagram“ anlässlich des 100. Jahrestages der Entdeckung der X-Strahlen (Juli) oder die „3rd International Conference on Magnetic Resonance Microscopy“ (August).

Im Laufe des Jahres 1995 werden drei Röntgenpreise vergeben. Die Preisträger werden jeweils im Rahmen von wissenschaftlichen Veranstaltungen in den entsprechenden Fakultäten (Medizin, Biowissenschaften, Physik und Kristallographie) vorgestellt. Die vom Universitätsbund aus dem Fonds „Jubiläumsspende der mainfränkischen Wirtschaft“ und der „Dipl.-Ing.-Walter-Preh-Stiftung“ gestifteten drei Preise zu je 50 000 DM werden im Rahmen des Festaktes am 8. November '95 an die Preisträger überreicht.

Medizinisches Qualitätsmanagement

Von der Bundesärztekammer (BÄK) wird ein Lehrgang „Medizinisches Qualitätsmanagement“ für Ärzte entwickelt. Dies beschloß der Vorstand der BÄK in seiner Klausursitzung im Juni 1994. In diesem Lehrgang sollen unter anderem folgende Lernziele vermittelt und trainiert werden:

- Kenntnisse der Verfahren, rechtlichen Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung
- Erwerb kommunikativer und organisatorischer Kompetenzen als Gruppenmoderator (z.B. von Qualitätszirkeln)
- Umgang mit den Methoden des medizinischen Qualitätsmanagements in der ambulanten und stationären Versorgung.

Zielgruppen:

Moderatoren von Qualitäts- und Fortbildungszirkeln, zur Weiterbildung ermächtigte Ärzte, Koordinatoren von ambulanten und stationären Qualitätssicherungsmaßnahmen, sowie alle am medizinischen Qualitätsmanagement interessierten Ärzte, davon insbesondere Ärzte in Weiterbildung, die durch die erfolgreiche Teilnahme an einem solchen Lehrgang die von der Weiterbildungsordnung verlangten Kenntnisse und Fertigkeiten im Qualitätsmanagement nachweisen.

Um den einzelnen Zielgruppen gerecht zu werden, ist eine Strukturierung des Lehrganges entsprechend der unterschiedlichen Interessenschwerpunkte geplant. Dabei ist derzeit folgende Struktur in der Diskussion: Die Bereiche „Grundlagen der medizinischen Qualitätssicherung“ sowie „Gestaltung und Moderation medizinischer Bildungsmethoden“ sollen in einem Grundkurs angeboten werden, der sich an alle interessierten Ärzte, insbesondere an Moderatoren von Qualitäts- und Fortbildungszirkeln richtet. Zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten können in Aufbaukursen erarbeitet werden, in denen umfassend das Qualitätsmanagement in der ambulanten bzw. stationären Versorgung behandelt wird. Es ist daran gedacht, eine bundeseinheitliche Lehrmaterialsammlung zu erstellen und in der Reihe „Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung“ zu publizieren.

Auftakt des Ärztekammer-Lehrgangs „Medizinisches Qualitätsmanagement“ bildete das Fachsymposium der Bundesärztekammer „Problemorientiertes Lernen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung“ in Würzburg am 9. und 10. September 1994.

Aus: BÄK-Intern, Aug. '94

Rekordzahlen bei den Ärzten

Ende 1994 waren insgesamt 326.760 Mediziner bei den Landesärztekammern gemeldet, davon knapp 110.000 niedergelassen. Dies bedeutet einen Zuwachs um ca. 9.000 Ärzte im vergangenen Jahr.

Quelle: DIE WELT 11.3.1995



**Geben Sie Ihre Anzeigen
immer rechtzeitig auf!**

**Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:**

29. Mai 1995





Buchbesprechungen

Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin **Mit einem Überblick über Studienreformprojekte und Studienreformvorschläge** **Eberhard Göbel, Sven Remstedt (Hrsg.)**

184 S., 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage,
Mabuse Verlag, Frankfurt / Main, 24.80 DM, ISBN 3-929106-02-7
Mabuse Verlag, Postfach 900647, 60446 Frankfurt / Main,
Tel: 069 / 70 50 54 oder Fax: 069 / 70 41 52

Mitte der 90er wird es, wenn man die Zeichen der Zeit richtig zu deuten weiß, nach 25 Jahren wieder eine Gesamtreform des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland geben. Es geht dabei um die Frage, wie die ÄrztInnen für das Jahr 2000 ausgebildet werden sollen. Die derzeit größten Schwierigkeiten bestehen jedoch darin, sich einen Überblick über die Reformlandschaft zu verschaffen (Überblick über Experimente, laufende Projekte sowie studentische Initiativen).

Neue Wege zu beschreiten, bedeutet für alle an diesem Prozeß beteiligten Personen (Medizinstudierende und Lehrende gleichermaßen) immer auch eingefahrene Gleise zu verlassen und über den eigenen Tellerrand schauen zu können. Neues schafft Unruhe und auch Verunsicherung. Der Leitfaden zur Studienreform für Human- und Zahnmedizin von Dr. Eberhard Göbel (Mitarbeiter in der Forschungsstelle Zeitgeschichte am Institut für Geschichte der Medizin an der Freien Universität Berlin) und von Sven Remstedt (Arzt und Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Reformstudiengang am Universitätsklinikum Rudolf-Virchow an der Freien Universität Berlin) soll helfen, sich in dieser Zeit des Umbruchs informieren und orientieren zu können.

Sie haben im ersten Teil zusammengestellt, was es an erprobten und geplanten Studienprojekten (von studentischen Anamnesegruppen, Orientierungseinheiten für StudienanfängerInnen, Ethik in der Medizin über Hausbesuchsprogramme in der Allgemeinmedizin, einzelne Praktikaverbesserungen in der medizinischen Ausbildung bis hin zur Medizinischen Fakultät der Privatuniversität Witten-Herdecke) gibt.

Viele Studierende, Ärzte und Hochschullehrer haben mit eigenen Beiträgen über „ihr“ Reformprojekt zur Vielfalt dieses Leitfadens beigetragen. Von überregionalem Interesse sind vor allem die Beiträge von Gero Bühler und Harald Strippel, im zweiten Teil des Buches.

Gero Bühler, engagierter Medizinstudent und Studienreformer aus Leipzig, beschreibt aus seiner Sicht das Medizinstudium in der DDR und skizziert seine Wendeerlebnisse seit 1989 an der Leipziger Medizinischen Fakultät.

Harald Strippel, Zahnarzt und engagierter Studienreformer in der Zahnmedizin, beschreibt seinerseits die Studienreformentwicklungen in der zahnmedizinischen Ausbildung. Seine Analysen und Berichte verdeut-

lichen, daß es parallele Entwicklungen in den Bereichen Human- und Zahnmedizin gibt.

Im Teil 3 haben sie die neuesten Reformvorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheitsbeamten der Bundesländer sowie Vorschläge des kleinen und feinen Wissenschaftsrates, Beratergremium der jeweiligen Bundesregierung und natürlich das Vorhaben des Reformstudienganges „Berliner Modell“ stichwortartig zusammengefaßt. Darüber hinaus findet der Leser eine „Kleine Geschichte der Approbationsordnung für Ärzte“ von 1970 bis 1994, mit einer stichwortartigen Charakterisierung der seither erfolgten sieben Novellierungen. Göbel / Remstedt geben praktische Tips für Medizinstudierende, wie Mensch „reformfreundige Hochschullehrende“ als Partner für neue Reformprojekte ausfindig machen kann. Sie

machen Mut und regen Medizinstudierende dazu an, auf die Lehrenden zuzugehen.

Ein umfangreicher Anhang enthält Hinweise über die wichtigsten Treffen und Tagungen von AusbildungsreformerInnen im Medizinbereich, gibt einen Überblick über einschlägige Publikationen, Archive und Literaturdatenbanken zur Ausbildung von ÄrztInnen. Lesetips und eine Rubrik „Wen muß Menschen kennen?“ schaffen die Voraussetzungen zum selbständigen Weitermachen.

Ein Überblick über die Aufbaustudiengänge „Public Health / Gesundheitswissenschaften“ von der Berliner Medizinjournalistin Rosemarie Stein runden diesen informativen Leitfaden durch das Labyrinth der Reform des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland ab – kurzum ein „Ariadnefaden“ für StudienreformerInnen. H. S.

Ästhetische Seitenzahnrestorationen

Zahnfarbene Inlays und Onlays

David A. Garber, Ronald E. Goldstein

Quintessenz Verlag Berlin 1994, ISBN 3-87652-381-8, 158.– DM

Der Quintessenz Verlag legt immer wieder Prachtexemplare von Fachbüchern vor; wieviel ärmer wären unsere Praxisbibliotheken ohne diese Bände. Und doch verbirgt sich hinter aller editorialer Üppigkeit bisweilen nur magerer Inhalt.

Diesen Eindruck vermittelt die deutsche Ausgabe der Arbeit zweier US-Professoren mit angegebener „Privat-Praxisadresse“, die ihr Steckenpferd in der Eingliederung von Keramik-Inlays gefunden haben. Die Fotoserien sind vorzüglich, auch der Keramiker ist sichtlich ein Köhner. Die dargestellten klinischen Situationen freilich, die Indikationen und Präparationen stimmen eher skeptisch.

Alles sehr elitär, weit weg von hiesigen Prinzipien und Möglichkeiten und eben keine wirkliche Amalgam-Alternative, wie behauptet. Sympathisch immerhin, daß auch die Nachteile der Keramik aufgelistet werden (S. 29). Der Text nervt bisweilen durch betonte „Idiotensicherheit“, die schon wieder unverständlich wird. Überraschende Ungereimtheiten, wenn auch „Dentin mit 37% Orthophosphorsäure geätzt“ wird (S. 92). Selbst kleinste Kavitäten werden keramisch versorgt, während Nachbarzähne (hoffentlich nicht!) unbekümmert unversorgt bleiben. Man wird den Eindruck nicht los, daß die Autoren aus Begeisterung über die eigene Perfektion jede konzeptionelle Systematik einer (Quadran-

ten-) Sanierung verpassen könnten. Dies ist umso irritierender, als ja durchaus pragmatische konservierende Varianten zur Verfügung stehen: In weiteren Kapiteln werden Glaskeramik-Systeme, Kompositinlays, adhaesiv-befestigte Brücken und direkt gefräste Keramik-Inlays (CAD / CAM-Systeme) kurz abgehandelt, was für einen ersten Überblick taugen mag.

In der Danksagung erfahren wir, daß Mrs. Paetzhold „das Manuskript erneut getippt“

hat, und auch Mrs. Smith „immer wieder mit Schreiarbeiten beschäftigt war.“ Die Autoren teilen über sich selbst mit, daß sie „die Zeit, dieses Buch zu schreiben, ihren Familien gestohlen“ hätten. – Da ist was dran! Hat sich's gelohnt?

Facit: Edel aufbereitet, schöne Bilder, repräsentativer Hochglanz – aber ziemlich verzichtbar! Auch die Bücher-Budgets sind schließlich enger geworden.

c.n.

Das 3-Stufen-Konzept

K.-D. Hellwege

160 Seiten im Ringordner, farbiges Bildteil,

3,5"-Diskette mit Musterbriefen und Kostenübersichten

DM 246.– zzgl. MwSt., Verpackung, Versand

zu beziehen über: K.-D. Hellwege, Hauptstraße 17, 67742 Lauterecken

Das 3-Stufen-Konzept von K.-D. Hellwege ist als Fahrplan für eine effiziente Patientenführung im Bereich Mundhygiene gedacht. 3 Stufen bedeutet hier: den Patienten erfassen, ihn führen und motivieren sowie betreuen. Die präventiven Behandlungsvorschläge werden folgenden Indikationen zugeordnet:

- kariesfreie Gebisse
- kariesgefährdete Gebisse
- kieferorthopädisch behandelte Gebisse
- parodontitisgefährdete Gebisse
- karies- und parodontitisgefährdete Gebisse

Je nach Versichertenzugehörigkeit (GKV/PKV) und Altersgruppe werden persönliche Anschreiben in Form von Musterbriefen für die einzelnen Zielgruppen vorgestellt. Diese können, um persönliche Patientendaten ergänzt, sofort ausgedruckt oder getippt werden.

Der Patient erhält so in der ersten Sitzung ein Anschreiben, in dem Behandlungsvor-

schläge und Indikationen erläutert werden, sowie einen Kostenvoranschlag und entsprechende Merk- bzw. Infoblätter (z.B. zur Fissurenversiegelung). Hellwege bietet ein klar gegliedertes Konzept an, welches schnell umsetzbar ist.

Über die textliche Gestaltung der Anschreiben mag man jedoch diskutieren. Formulierungen wie „Ja, ich bin bereit, in die Zahngesundheit meines Kindes DM... zu investieren“ oder „Ja, ich möchte keine Parodontitis mehr“ mögen manchem Patienten denn doch ein wenig bevormundend erscheinen.

Das 3-Stufen-Konzept ist sicherlich eine systematische, gut umsetzbare Hilfe im Bereich der zahmedizinischen Prophylaxe. Ob jedoch eine ausreichende Motivation des Patienten zur Prophylaxe über Anschreiben und Merkblätter zu erreichen ist, erscheint mir fragwürdig.

C. W.

Lexikon der Zahnmedizin

Hoffmann-Axthelm
Quintessenz-Verlag 1995

und

Wörterbuch Zahnmedizin

Lautenbach
Dausien Verlag für Zahnmedizin 1992

Wenn man die Qualität eines Lexikons beurteilen möchte, dann vergleicht man es am besten mit einem anderen und schlägt in beiden Büchern eine Anzahl wichtiger und weniger wichtiger Begriffe nach. Bei den hier beschriebene Lexika handelt es sich um recht verschiedene Bücher, das eine „Wörterbuch Zahnmedizin“, doppelt so umfangreich (und gewichtig!) wie der „Hoffmann-Axthelm“, und theoretisch – medizinisch – wissenschaftlicher orientiert als dieser. Daß man z.B. Bass-Technik in beiden weder unter Bass- noch unter Putztechnik, Zahnputztechnik oder Zahnreinigung findet, sonder schließlich unter Zahnbürsttechnik, ist für den geduldig Suchenden noch zu verschmerzen. Daß man aber im „Lautenbach“ nichts findet über Still-

mann- und Chartertechnik, Zuckerteekaries, Baby Bottle-Syndrom, Salzfluoridierung, Laser-Techniken, Bränemark, GTR, Bleichen oder Bleaching, Speicheltests, Cerec, Ceram etc., das halte ich für einen Mangel, vor allem, wenn dieses Buch sich über Exotica wie das Gorham-Stout-Syndrom mit vollen 35 Zeilen verbreitet.

Natürlich kann man beide Lexika nur stichprobenartig lesen. Und da ist der Hoffmann-Axthelm einfach praxis- und zeitnaher (z.B. beim Thema Amalgam, wo die Tatsache, daß es auch kritisch beurteilt wird, wenigstens erwähnt ist), kürzer und hilfreicher und deshalb, wenn man wählen soll, empfehlenswerter.

H. H.

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Leserbriefe

Liebe Frau Kollegin Lange,
zu Ihrem Artikel des letzten forums (Nr. 48)
möchte ich kurz Stellung beziehen.

Sie berichten in dem Artikel „IUZ – Sein oder Schein“ über Ihre Teilnahme an der IUZ-Reihe in Niedersachsen. Naturgemäß habe ich dort nicht teilgenommen, wohl aber am IUZ in Nordrhein.

Der Artikel suggeriert, im IUZ werde der „Sanfte Ausstieg“ aus der GKV vorbereitet, es ginge vorrangig um eine Steigerung des Praxisumsatzes und Sie haben einen echten Ansatz zur Qualitätssicherung vermisst. Natürlich spielen auch Geld eine Rolle, wer aber „hohe Qualität zu hohen Kosten erzielt, gibt nur sein Unvermögen an die Kunden weiter“.

Im Bereich Nordrhein finden sich ebenfalls fachlich ansprechende Themen, die aber mitnichten immer von abrechnungstechnischen, juristischen oder betriebswirtschaftlichen Aspekten dominiert werden. Und wenn darüber gesprochen wird, so ist es doch nur legitim.

Insgesamt wird das breite Spektrum moderner Zahnmedizin dargeboten. Daß inzwischen viele mögliche Therapien nicht mehr im BEMA enthalten sind, zeigt doch nur die Notwendigkeit einer solchen Weiterbildung. Und daraus ziehe ich für mich den Schluß, daß es ethisch nicht verantwortbar ist, diese Weiterbildung nicht wahrzunehmen. Die Vorträge zeigen zahnmedizinisch sehr gute Behandlungen – diese mit den eigenen Ergebnissen zu vergleichen und sich selbst ggf. zu korrigieren, das ist doch gerade der Sinn von Weiterbildung; und auch nur so kann langfristig Qualitätssicherung betrieben werden.

Natürlich muß dann auch über die Kosten gesprochen werden. Genau daran krankt ja unser System, daß jahrelang nicht über die notwendigen Gebühren gesprochen wurde und wir zwischen Gebührenabsenkungen (Prothetik) und Nicht-Erhöhungen (GOZ) betriebswirtschaftlich in die Enge getrieben werden. Und natürlich besteht unser Patientenklientel nicht nur aus jungen, privat versicherten Menschen, denen eine umfassende Zahnerhaltung zusteht. Nur kann man doch nicht, nur weil sich von mir aus nur eine Minderheit diese Zahnmedizin leisten kann oder will (!), das Niveau der Zahnmedizin darauf abstellen. Nach meiner Auffassung haben alle Patienten das Recht darauf, umfassend über die Möglichkeiten der Zahnmedizin aufgeklärt zu werden, alles andere wird unseren Patienten nicht gerecht. Inwieweit sie diese Zahnmedizin dann wünschen, steht auf einem anderen Blatt.

Und ob man dann dieses Konzept in der eigenen Praxis versucht umzusetzen, wie man es macht und zu welchen Gebührensätzen – dies ist Gott sei Dank noch jedem Zahnarzt selbst überlassen.

Damit ich nicht falsch verstanden werde: auch ich habe zu einigen Referenten eine erhebliche Distanz, würde viele Dinge so nicht machen. Trotzdem aber bin ich froh, diese IUZ belegt zu haben. Und diese Freude kommt meinem Patienten durch eine bessere Behandlung, meinen Mitarbeiterinnen mit mehr Spaß an der Arbeit, mir mit mehr Freude am Beruf und mehr Ausgeglichenheit zugute. Dies ist ein mentaler Vorgang – und von daher kann ich über Ihr Zitat „Wer hohe Qualität zu hohen Kosten erzielt, gibt nur sein Unvermögen an den Kunden weiter“ nur den Kopf schütteln.

Dr. Abel

**Betr. „Abgezockt“ – forum 47, S. 264
und forum 48, S. 64**

Sehr geehrter Herr Kollege Hey,

Sie haben sicherlich recht mit der Feststellung, daß die simple Begründung „weit überdurchschnittliche Präzision“ zumindest hinterfragt werden darf. Und die Meinung, daß die Abdingung bei adäquater Gegenleistung auch gerechtfertigt sein kann, scheint uns ja ebenfalls gemeinsam zu sein.

Ich erreiche jedenfalls mit dem Faktor 2,3 oder auch 3,5 keine Stundenhonorierung von beispielsweise 275.–DM (entsprechend dem Honorar Ihres zitierten Chirurgen)! Daß ich mit weniger zufrieden wäre (wenn man mich damit zufrieden sein ließe und ich nicht ständig auch noch *dafür* kämpfen und begründen und rechtfertigen müßte!), ist eine andere Sache.

Und ich wäre dankbar dafür, wenn jemand mit gestrenger Miene die Beachtung des durchschnittlichen Praxis-Satzes von (für alle Praxen ruhig über einen Kamm geschorenen) DM 200.– einfordern würde, wenn wir uns nach einem Inlay dann auch wieder mit den vierjährigen Privatpatienten beschäftigen, mit vierjährigen gesetzlich Versicherten oder auch deren Eltern, die uns für die Position einer 01 eine halbe Stunde mit den gerade anstehenden Fragen in Atem halten – Oder? Bevor ich zwei Inlays präparieren darf, muß ich jedenfalls immer einen Haufen Gold-Kunststoff-Amalgam-Gespräche *kostenlos* erbringen (*los* bin ich *die Kosten* in dieser Zeit leider nicht).

Im übrigen sehe ich die direkten Einkommens-Vergleiche Arzt/Zahnarzt weiterhin als prinzipiell bedenklich an, auch wenn sie sich für krasse Einzelfälle vielleicht einmal aufdrängen. Herr Seehofer hat das ja, wie gesagt, sehr schön vorgemacht und unsere Gesellschaft hat sich leider genauso entwickelt, wie ich es vor drei Jahren in einer Kirchenzeitung als bange Vorahnung formuliert habe:

von einer Wohlfahrt- und Überflußgesellschaft hin zu einer Neid- und Mißgunstgesellschaft. Und kaum, daß die KZBV sich zuende aufgeregt hat, daß die Einkommen der Zahnärzte völlig überhöht dargestellt werden, geht sie hin und rechnet vor, daß *die Zahntechniker*, also die mit ihren 300 000 DM vor Steuern...

Gut. Wir werden noch mehr davon erleben. Ich bin mit meinen nach Kinderfreibetrag noch zu versteuernden 43 389 DM (1994) ein Spitzenverdiener der Nation und alles, was ich mit meinem Schreiben erreichen wollte, war, mein schlechtes Gewissen zu beruhigen, weil ich, gerade als ich Ihren Artikel las, darüber nachdachte, daß ich Klasse II Kunststoff-Restaurationen *state-of-the-art* eigentlich nicht mehr für achtzig Mark anbieten kann. Und das ärgert mich, besonders, wenn ich an zu erwartende Briefwechsel mit Beihilfestellen und „amalgamgeschädigten“ Lehrern denke...

Auf einer Fortbildung über Adhäsivtechnik stellte uns der hochengagierte und kompetente Referent seine Arbeiten der letzten 10 Jahre vor und ich denke, daß seine mit hohem Aufwand erbrachten Restaurationen, selbst in der projektionstechnisch gegebenen Riesenvergrößerung als Dia an der Wand auch nach 7 Jahren noch makellos, mit dem 6-fachen Satz berechnet, immer noch ethischer sind als die lustlos auf Krankenschein hingekachelten Sozialfüllungen mit dem Hinweis, daß „Kunststoff eben nur zwei Jahre hält.“ Und das ist der Punkt! Wenn wir uns aber einig sind, daß z.B. dieser Flensburger Kollege keinen Angriffspunkt dafür bietet, in der *forum*-Rubrik „Abgezockt“ zu erscheinen, nur weil der Faktor 3,5 deutlich überschritten wurde, dann hat der wechselseitige Austausch unserer Argumente ja alle Mißverständnisse ausgeräumt. Was mich freut.

Dr. R. Völker
26215 Wiefelstede

DAZ-Verbandsnachrichten

DAZ-Infos aus den letzten Monaten

In Berlin hat sich wegen des einseitig junge Praxen benachteiligenden Honorarverteilungsmaßstabs eine Initiativegruppe gebildet, die inzwischen unter dem Namen „Berliner Initiative Zahnarzt-Zukunft“ (BIZZ) an die Öffentlichkeit tritt. Am 20.1.1995 luden sie und weitere Gruppen, u.a. der DAZ, ein zu einer Podiumsdiskussion zum Thema „Chaos oder Neubeginn – Zahnärztliche Standespolitik an der Schwelle zur 3. Stufe der Gesundheitsreform“. Dr. Roland Ernst, DAZ-Vorsitzender, hielt das Eingangsreferat (Auszüge daraus in diesem *forum* auf S. 100 ff.); mit ihm auf dem Podium saßen Ex-KZV-Chef Dr. Klaus Degner, Prof. Dr. Harald Mau, Stellv. NAV-Virchowbund-Vorsitzender, und Dr. Rolf Schlömer von VDZM. Die Veranstaltung ließ die inhaltlichen Gemeinsamkeiten der oppositionellen zahnärztlichen Gruppierungen sowie Bereitschaft und Fähigkeit zu gemeinsamem Handeln erkennen. Ebenso deutlich wurde jedoch, wie schwierig es werden wird, bei Politik und Öffentlichkeit neues Vertrauen und Befürworter für zahnärztliche Reformvorschläge zu gewinnen.

Für den DAZ folgte am nächsten Tag eine Ratssitzung zu aktuellen Fragen der Verbandspolitik und eine mehrstündige Diskussion mit Frau Dr. Reiher, Toxikologin am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BIAM) und zusammen mit weiteren Fachleuten zuständig für die Verfahren zur Bewertung der gesundheitlichen Risiken von Amalgam. Das Ergebnis der Gespräche paßte zu den bisherigen Verlautbarungen des Bundesinstituts: Bereits der „Verdacht einer möglichen Schädigung“ ist Grundlage dafür, Indikationseinschränkungen

ins Auge zu fassen und durchzuführen. Handfeste neue Aussagen gibt es derzeit nicht; der Image-Verlust des Amalgam hält jedoch an. So hat sich inzwischen nach Degussa mit Heraeus ein weiteres großes Dentalunternehmen aus der Amalgamproduktion zurückgezogen. Solange Kavitäten gefüllt werden müssen, kann der Zahnarzt sich der Problematik allerdings nicht entziehen, und da läßt ihn das BIAM ziemlich allein und bleibt die Antwort schuldig auf die Fragen nach den Nebenwirkungen der Amalgam-Alternativen und nach ihrer Einbindung in den GKV-Leistungskatalog.

Ende 1994 wurden in Berlin Kammerwahlen durchgeführt. Über die von DAZ-Vorstandsmitglied Dr. Bellmann angeführte Liste kamen sieben NAV-Virchowbund- und DAZ-Mitglieder in die Kammerversammlung, von der Liste mit Dr. Stefan Zimmer, DAZ-Prophylaxe-Referent, wurden zwei Mandatsträger in die Kammer gewählt. Nach nicht gerade einfachen Verhandlungen konnte im Januar ein neuer Kammervorstand gebildet werden mit Dr. Löchte an der Spitze. **Als seine Stellvertreterin wurde Dr. Annette Bellmann gewählt, die damit zugleich bundesweit als erste Frau ein so hohes Körperschaftsamt bekleidet.**

Im Februar 1995 verabschiedeten die zahnärztlichen Körperschaftsgremien auf Bundesebene und der FVDZ ihr „Konzept Vertrags- und Wahlleistungen“ (kurz: VW-Modell). Kurzfristig erging an die Fachgesellschaften und die berufspolitischen Verbände die Einladung zu einer „Informationsveranstaltung“ in Köln am 22.2.1995. Der DAZ verfaßte eine kritische Stellungnahme, abgedruckt in diesem *forum* auf

den Seiten 89 ff Sie wurde bei der Kölner Veranstaltung vorgetragen und in Pischels Zahnarztwoche böswillig kommentiert. Wenige Tage später, am 3.3.1995, hatten die Vertreter von BZÄK und KZBV Gelegenheit, ihr VW-Modell Minister Seehofer vorzutragen. Entgleisungen von FVDZ-Vertretern wie bei den GSG-Anhörungen in 1992 unterblieben zum Glück dieses Mal. Seehofer machte deutlich, daß er nach Möglichkeit Budgetierung vermeiden will und auch nicht auf Einkaufsmodellen beharrt, wenn ihm bessere Alternativen offeriert werden. Klar ist jedoch, daß das VW-Modell nicht unverändert akzeptiert werden wird; insbesondere möchte das Gesundheitsministerium den Vertragsleistungsrahmen für die Patienten auf dem jetzigen Niveau festschreiben. Wie die Wahlleistungen definiert werden, darüber gibt es noch keinen Konsens. Die Diskussion geht weiter – auch mit dem Sachverständigenrat, dessen Bericht in den nächsten Monaten erscheint.

Mehr und mehr bekommen Studenten und junge Zahnärzte die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes zu spüren und fordern mit Recht die Unterstützung der schon etablierten Kollegen und der Berufsverbände ein (so z.B. die Fachschaft Münster in einem Brief an den DAZ). Zusammen mit BIZZ hat der DAZ kürzlich in einer Presseerklärung auf den GSG-bedingten Abbau von Assistentenstellen hingewiesen, der sowohl unerträglich für die betroffenen Auszubildenden ist, als auch letztlich eine qualifizierte zahnmedizinische Versorgung gefährdet. Im NAV-Virchowbund hat sich bereits ein Arbeitskreis für arbeitslose Ärzte gegründet (Kontakt Dr. Kindt: Tel.: 02845/2315). Für den DAZ steht das Thema weiter auf der Tagesordnung, Kontaktperson ist der Referent für die Belange von Studenten und Assistenten: Rainer Seemann, Brückenstr. 10, 10179 Berlin, Tel.: 030/2795895.

Am 11.3.1995 stand eine DAZ-Ratssitzung in Leipzig auf dem Programm. Mehr als sonst bei

solchen Treffen üblich gab es Gelegenheit, sich die Stadt Leipzig anzusehen samt ihren eindrucksvollen historischen Bauten, verfallenden Villen und den gigantischen Zeugen des Baubooms der letzten Monate, z.B. im neuen Messegelände und seiner Umgebung. Trotz eines langen Abends in Auerbachs Keller mit Verjüngungstrunk und Ritt auf dem legendären Faust-Faß war man am nächsten Morgen bei der Ratssitzung konzentriert bei der Sache. Dr. Lüddecke, BZÄK-Vize und Präsident der sächsischen Zahnärztekammer, sowie sein Stellvertreter Dr. Albani erläuterten ausführlich die Situation in den neuen Bundesländern. Mit besonderer Aufmerksamkeit wurde Dr. Lüddeckes Bericht vom Gespräch mit Seehofer (3.3.1995 – s.o.) verfolgt. Beide Kammervertreter begrüßten ausdrücklich die kritische Begleitung der Körperschaftspolitik durch den DAZ.

Die programmatische Arbeit im DAZ geht weiter – insbesondere das Konzept zum Bereich Prophylaxe soll weiter ausgefeilt werden. Bezüglich der Gruppenprophylaxe gibt es noch eine Reihe offener Fragen, die erst einmal verbandsintern diskutiert werden sollen. Wer sich hier beteiligen will, kann sich an unseren Prophylaxe-Referenten Dr. Stefan Zimmer (Tel./Fax 030/8023651) wenden. Grundsätzlich gilt, daß man fairerweise erst dann eine starke Eigenverantwortung und finanzielle Beteiligung der Patienten in der prothetischen Versorgung fordern kann, wenn durch funktionierende (Gruppen-)Prophylaxe jeder die Chance zur Erhaltung seiner Zähne gehabt hat. Die Realität der präventiven Maßnahmen in Schulen und Kindergärten ist jedoch – von einigen wenigen Regionen abgesehen – mehr als traurig. Daß die Krankenkassen sich hierzu Gedanken machen, ist nicht verwunderlich. Das interessante Papier des AOK-Spitzenfunktionärs M. Ohlrogge „Versorgungsdefizite abbauen, Pauschalgebühren einführen“ ist in der DAZ-Geschäftsstelle Köln (02 21 / 97 300 545) anzufordern.

Zur Prophylaxe, zu den GKV-Weiterentwicklungskonzepten, zur Qualitätssicherung wird der DAZ in den nächsten Monaten Arbeitsgespräche organisieren und/oder an Konferenzen anderer Veranstalter teilnehmen. Weitere Impulse für die berufspolitische (und auch für die fachliche) Arbeit sind zu erwarten von der gemeinsam mit VDZM in Frankfurt organisierten Tagung am 6./7.5.1995 (siehe Rückseite dieses Heftes) und von der DAZ-Jahreshauptversammlung am 6.–8.10.1995 in Brühl bei Köln, bei der eine öffentliche Veranstaltung zur aktuellen Berufspolitik und eine Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen anstehen.

Kennen Sie den Spruch: „Wer heute den Kopf in den Sand steckt, knirscht morgen mit den Zähnen.“? Zähneknirschende Zahnärzte – nein danke. Dann doch lieber vorbeugen – durch Engagement im DAZ. Sie sind herzlich zum Mitmachen eingeladen.

Mit freundlichen Grüßen
Irmgard Berger-Orsag, Geschäftsführerin

Letzte Meldung zum Amalgam:

Kurz vor Drucklegung dieser Ausgabe wurde bekannt, daß das BIAM (oder BfArM = Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) die lange angekündigte Gebrauchsinformation über Amalgam mit sehr weitgehenden Indikationsbeschränkungen verkündet hat. Erste Kommentare (BZÄK, KZBV) sprechen vom **Aus der Amalgamtherapie**. Leider steht uns der Originaltext der Gebrauchsinformation noch nicht zur Verfügung. Es ist zu bedauern, daß das BIAM ihre eigene Regel 4.5 (siehe S. 122 in diesem *forum*) gegen den Rat der Wissenschaft verläßt und uns zu plastischen Alternativmaterialien verpflichtet, dessen mechanischen und insbesondere medizinischen Langzeitwirkungen nicht adäquat erforscht sind.

U. Happ, Hamburg

KURS- ANKÜNDIGUNG

Adhäsivprothetik

Grundlagen, klinische und labortechnische Arbeitsschritte

Praktischer Arbeitskurs
für das Praxisteam:
Zahnarzt, Zahntechniker,
Zahnarztassistentin

Termin:

06. / 07. Oktober 1995

Ort:

Oberrotweil im Kaiserstuhl
(Nähe Freiburg)

Zahnarzt Hans Bodirsky
Bahnhofstr. 3 · 79235 Vogtsburg
Tel. 076 62 - 755 · Fax 8617

Termine

DAZ-Mitglieder und forum-Leser/innen sind eingeladen, auch die Veranstaltungen des NAV-Virchowbundes (=NAV-VB) zu besuchen; nähere Infos erhalten Sie über Tel. 0221/973005-0. Zu den übrigen Terminen informiert Sie die DAZ-Geschäftsstelle (Tel. 0221/973005-45).

- 6.5.'95, 9-17 h Regensburg / Uni-Klinikum, kleiner Hörsaal:
Jahrestagung des DDHV mit Fachreferenten und Dentalausstellung
(Infos: Tel. 0941 / 8 78 66, Fax 09 41 / 89 31 31)
- 6.5.'95 Köln: Seminar des NAV-VB: „**Wege zur maßgeschneiderten EDV**“, Beitrag für Mitglieder: 80.- DM, Nichtmitglieder: 120.- DM
(Anmeldungen unter Tel. 02 21 / 97 30 05-0)
- 6./7.5.'95 6.5.'95 Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim:
Gemeinsame DAZ-VDZM-Frühjahrstagung mit berufspolitischem und Fortbildungsteil (Referenten: Klaus Kirschner, SPD-Bundestagsfraktion, zum Thema: „**Standpunkte der SPD zur aktuellen Reformdiskussion im Gesundheitswesen**“ und Prof. Jean-François Roulet, Humboldt-Universität Berlin, zum Thema „**Möglichkeiten und Grenzen des Amalgamsatzes**“
7.5.'95 DAZ-Ratssitzung
- 9.-11.5.'95 Dresden/Deutsches Hygiene-Museum: Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte und des Bundesverbandes der ZÄ des ÖGD unter dem Motto:
„**Das Gesundheitsamt und seine Partner**“
- 13.5.'95 Dortmund: Hauptversammlung d. NAV-VB-Landesverbandes Westfalen-Lippe
- 19./20.5.'95 Frankfurt / Sheraton Flughafen-Hotel: Jahreskongreß der Intern. Health Care Foundation und der LZÄK Hessen zum Thema: „**Vision der Präventiven Gerodontologie**“ mit in- und ausländischen Referenten, Begrüßung: Prof. Löst und Dr. Witzel
- 30.6. / 1.7.'95 Zoetermeer / Niederlande: Gemeinsame Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie und der AG „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ in der DGZMK
- 20.9.'95 München / Uni Zahnklinik: Eröffnungsveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1995, Themenschwerpunkt: „**Gerodontologie**“
- 23.9.'95 Rostock oder Vietgest: Hauptversammlung des NAV-VB-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern
- 25.9.'95 Bundesweiter **Tag der Zahngesundheit 1995**
- 30.9.'95 Wettenberg: Landeshauptversammlung d. NAV-VB-Landesverbandes Hessen
- 6.-8.10.'95 Brühl bei Köln / Hansa-Hotel, Römerstraße 1: **DAZ-Jahrestagung** mit öffentlicher Veranstaltung zu aktuellem berufspolitischem Thema sowie Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen
- 21.10.'95 Weimar / KV: Hauptversammlung des NAV-VB-Landesverbandes Thüringen
- 3.-5.11.'95 Berlin: **Bundeshauptversammlung des NAV-VB** mit öffentlicher Veranstaltung

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-Orsag, Dr. Ulrich Happ,
Dr. H.-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: 2.500 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
zugesichert 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 -preise,
Platzierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber
usw. gibt unsere Anzeigenpreisliste 6. Bitte
anfordern bei Dr. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a,
93053 Regensburg.
- **Satz:** Brack, Bruderwöhrdstraße 4
93055 Regensburg, Tel., Fax: 09 41 / 79 20 43
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold
Kötzingenstr. 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 „der niedergelassene arzt“ des NAV-Virchowbundes.

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 Service-möglichkeiten. 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 Fluoridspeisesalz 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. Edeltraut Jakobczyk, Spremberger Straße 13, 12627 Berlin, Tel./Fax 030/9915108 o. 030/5612573

Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstraße 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, Thomas Murphy, Poppenbütteler-Chaussee 45, 22397 Hamburg, Tel. 040/6074151, Fax 6074152

Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404/4455, Fax 09404/5290

Oldenburg, Dr. Rolf Tödttmann, Oldenburgerstraße 291, 26180 Rastede, Tel. 04402/928811, Fax 928831

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

Schleswig-Holstein, Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43, 24217 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

Anmeldung

Hiermit melde ich mich zur Frühjahrstagung am 6./7.5.'95 an.

Ich bin

- niedergelassener Arzt angestellter Zahnarzt Student
 DAZ-Mitglied NAV-Mitglied Nicht-Mitglied

- Ich komme bereits am Freitagabend zum Treff in der Weinstube.
 Ich nehme nur am Samstag, 6.5.'95 teil.
 Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung am Sonntag 7.5.'95 teil.

Ich würde gerne

- als Nichtmitglied mehr Infos über den DAZ erhalten.

Meine Adresse / Tel.Nr./Fax Nr.:

An den

**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax: 0221/7 39 12 39

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Geb.-Datum: _____

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- | | |
|---|----------|
| <input type="radio"/> Stud./cand. med. dent. | 12,- DM |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 120,- DM |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 90,- DM |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 360,- DM |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 180,- DM |
| <input type="radio"/> ZÄ/ZA im Ruhestand | 60,- DM |

Datum, Unterschrift _____

- Ich interessiere mich für den Gruppenversicherungsvertrag des DAZ mit der CENTRAL Krankenversicherung

An den

**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax: 0221/7 39 12 39

Frühjahrstagung von DAZ und VDZM 6./7. Mai 1995 in Frankfurt

Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24, Frankfurt Main/Bornheim

Fr. 5.5.95, 20.00 Uhr

Gemütlicher Auftakt

in der Weinstube "Im Hinterhof"

Egenolfstr. 17, 60316 Frankfurt-Nordend, Tel.: 069/435044

Sa. 6.5.95, 10.00 - 13.00 Uhr

MdB Klaus Kirschner, Bonn, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion

Standpunkte der SPD zur aktuellen Reformdiskussion im Gesundheitswesen

Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion über die Reform des Gesundheitswesens stehen derzeit die Vorstellungen der Regierungskoalition. Dennoch ist bereits jetzt klar, daß die SPD mit ihrer Mehrheit im Bundesrat erheblichen Einfluß auf das zu erwartende Gesetzgebungsverfahren nehmen wird.

Sa. 6.5.95, 14.00 - 18.00 Uhr

Prof. Dr. Jean-François Roulet, Berlin, Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin, Charité

Möglichkeiten und Grenzen des Amalgamersatzes

Die anhaltende Amalgam-Diskussion zwingt jede Zahnärztin und jeden Zahnarzt dazu, Alternativen zu diesem Füllungswerkstoff anzubieten.

Sa. 6.5.95 ab 20.00 Uhr

Kollegiales Beisammensein

"Im Paulaner", Rotlintstr./Ecke Vogelbergstr., 60316 Frankfurt-Nordend.

So. 7.5.95, 9.00 - 13.00 Uhr

DAZ-Ratssitzung . Zeitgleich Mitgliederversammlung der VDZM (Freunde und Gäste sind eingeladen).

Tagungsbeitrag:

80 DM für Zahnärzte (Nicht-Mitglieder)
60 DM für Zahnärzte (Mitglieder)
40 DM für Studenten (Nicht-Mitglieder)
20 DM für Studenten (Mitglieder)

Anmeldung:

Geschäftsstelle des DAZ im NAV-Virchowbund
z.H. I.Berger-Orsag, Belfortstr. 9, 50668 Köln,
Tel. 0221/9730005-45, Fax 0221/7391239 oder
VDZM-Geschäftsstelle, Kölnstr. 198, 53111
Bonn, Tel. 0228/693327, Fax 0228/690474

Bitte benutzen Sie für Ihre Anmeldung die umseitige Karte.