

**Nr. 50**

14. Jahrgang  
3. Quartal 1995

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

# **DAZ** **forum**

**Arbeit gegen Larmoyanz  
und Anarchie**

**Unbequeme Wahrheiten  
für 400.000.- DM**

**Fluoridierungsprogramm in  
einem sozialen Brennpunkt  
in Hannover**

**Amalgam-Ersatz in der GKV**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

Das forum feiert Jubiläum:  
**50. Ausgabe**



# 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**

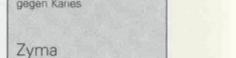
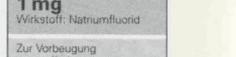
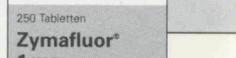
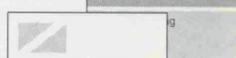
**04680 Zschadraß**



"HEY DOC, GIB  
MIR ZYMAFLUOR"

# Zymafluor®

gegen Karies



## Der Profi für die Prophylaxe.

**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). **Hilfsstoffe:** Crospovidone; Lactose 1 H<sub>2</sub>O; Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,5 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Lutschtbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber NaF oder einem der Inhaltsstoffe. Zusätzliche systemische Fluorid-Anwendung, z. B. mit Trink-/ Mineral-/Tafelwasser. Früh- und Mangelgeborene, solange sie nicht gedeihen. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium, Magnesium, z. B. mit Milch und Milchprodukten, vermindert die Retention von Fluorid im Organismus nicht wesentlich. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.** **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,80. Zymafluor 0,5 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 11,55. Zymafluor 0,75 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 13,40. Zymafluor 1 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 14,95. Stand: 5/95

■ Zyma GmbH 81366 München

Editorial: Das Ende der einfachen Lösungen	181
Arbeit gegen Larmoyanz und Anarchie	185
Wie gehabt	187
Es ist gut, daß es Jubiläen gibt	189
Zahn-ARZT will ich sein	191
Der Berufsstand befindet sich in einer schweren Krise	195
Für Schirbort ist in der Berufspolitik kein Platz mehr	196
Biedermann oder Brandstifter?	197
Unbequeme Wahrheiten für 400.000.- DM	199
Jubiläumsjahr 1995:	
Die 20. Wiederkehr des großen Lamentos	207
Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in der Schweiz	211
Das Märchen vom Karieswunder	217
Fluoridierungsprogramm in einem sozialen Brennpunkt in Hannover	219
Kinderbehandlung in der Praxis	225
Empfehlungen zur Jodmangel- und Kariesvorbeugung	227
Die Zeit nach dem Amalgam	230
Amalgamersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung	233
Ist die Zulassungssperre für (Zahn-)Ärzte verfassungswidrig?	237
Hilfe für das Krankenhaus in Luzk	238
Erfahrungen mit dem Soft-Laser	239
Qualitätssicherung: Die unverstandene Materie	241
Leserbriefe	244
Buchbesprechungen	247
DAZ-Verbandsnachrichten	250
Impressum	252



„...und durch gehts!“



Ein herrliches Gefühl natürliche Hindernisse gemeinsam zu durchdringen und zu zerteilen. Dynamisch durch Kräfte, die sich frei entfalten können. Unaufhaltsam durch dick und dünn – nur gezügelt, wenn man es will. Im Zusammenspiel von Freude, Kraft, Dynamik und Bewegung entstehen unverwechselbare Eigenschaften, die überzeugen. Der Kronentrenner H34 von Komet ist 3 x so schnell im Durchtrennen von Kronen und Brücken aus NE-Metallen, wie vergleichbare Kronentrenner. Effektiv, dynamisch. Ein Gewinn zwischen Freunden. Genauso wie die Spanform. Klein, angenehm.

Praxisorientiert, anwendergerecht, für den besseren Über- und Einblick.

Der Kronentrenner H34, mit ihm läßt sich durchstarten – in der Turbine und im Micromotor. Informationen erhalten Sie von Ihrem Komet-Fachberater oder direkt bei:

GEBR. BRASSELER  
GmbH & Co. KG  
Postfach 160  
D-32631 Lemgo  
Telefon: (0 52 61) 7 01-0  
Telefax: (0 52 61) 7 01-2 89



„Between Friends“



# Editorial

## Das Ende der einfachen Lösungen

Was machen gesellschaftliche Gruppierungen, die unterschiedliche Interessen verfolgen, aber aufeinander angewiesen sind? Sie setzen sich an einen Verhandlungstisch und suchen nach Kompromissen und Lösungen. Bei den Zahnärzten war das in den letzten Jahren anders. Da hatten nicht die besonnenen Diplomaten das Wort, sondern die, die schlichten Gemütern für die komplexen Probleme einfache Lösungen versprochen. Da war die Rede von „Feinden“, mit denen man „Krieg“ führe. Und an Stelle realitätsorientierter Strategien traten Drohungen, Verweigerung, Konfrontation, Boykott und Ausstieg: Mit der Korb-Initiative wurden die Vertragszahnärzte zur gemeinsamen Niederlegung der Kassenzulassung genötigt. Und kein Anlaß war zu gering, um nicht den Gerichtsweg einzuschlagen und trotz eindeutiger Niederlagen bis zur letzten Instanz weiterzuverfolgen (z.B. bei den Begleitleistungen). Am genauesten traf wohl der Kommentar eines ärztlichen Standesfunktionärs: Die Politik der Zahnärzte ist unseriös.

Was dabei herausgekommen ist, ist bekannt: Alle Türen sind zugeschlagen. Auch für berechnete Forderungen ist nirgendwo Verständnis zu finden. Die Zahnärzte stehen als „raffgieriger Erpresser des Sozialsystems“ am Pranger. Und in Hannover führt ein Staatskommissar die Geschäfte der KZV.

Natürlich würde auch ich mich in meiner Praxis wohler fühlen, wenn weder der Staat noch die Krankenkassen in meine

Arbeit hineinredeten, wenn wir nicht diesen riesigen Verwaltungsaufwand hätten – mit mehreren Formularen für einfachste Maßnahmen – und wenn wir nicht bis zu einem halben Jahr auf die Bezahlung von Vergütungen warten müßten. Und selbstverständlich sind auch die Honorarkürzungen der letzten Jahre und erst recht das unnötige Budget von Herrn Seehofer nur schwer zu akzeptieren. Über all dies müßte aber mit Augenmaß, Verantwortungsbewußtsein und Seriosität verhandelt werden, statt in Sozialdarwinismus zu verfallen und die eigene Körperschaft funktionsunfähig zu machen.

Wenn uns irgendjemand wieder ernst nehmen soll, brauchen wir jetzt einen echten Neuanfang. Mit Schirborts Rücktritt allein ist es nicht getan, wenn an dessen Stelle nur ein weiterer Betonkopf aus dem Freien Verband tritt. Vielmehr muß sich die Mehrheit der Kollegen, besonders die, die bisher zu allem geschwiegen und sich nicht einmal an Wahlen beteiligt haben, zu einer grundsätzlichen Neuorientierung in diesem System durchringen. Wer dazu nicht bereit ist, sollte den Mut zur einzigen Konsequenz aufbringen und seine Kassenzulassung niederlegen.

Nur dann, wenn sich die Zahnärzteschaft an den Realitäten orientiert und eine seriöse und kalkulierbare Standespolitik betreibt, besteht die Chance, einen sozialpolitischen Konsens mit akzeptablen Arbeitsmöglichkeiten zu erreichen. Die Wiederaufnahme des „Rundes Tisches“ wäre ein erster Anfang dazu.

Der DAZ hat 15 Jahre lang Vorschläge erarbeitet und Orientierungen aufgezeigt, die noch immer Gültigkeit haben und realisiert werden können. Unsere Einschätzungen sind von unabhängigen Beratern, die im Auftrag der Bundeszahnärztekammer ein Gutachten erstellten, in weiten Teilen bestätigt worden (Seite 199). Besonders im Bereich der Qualitätssicherung muß dieser Berufsstand endlich die Initiative ergreifen und konkrete eigene Schritte einleiten. Wer leistungsgerechte Vergütung fordert, muß sagen, welcher Leistungsumfang und welcher Qualitätsstandard dafür zu erwarten ist. Auf Angebote wie „Steinzement als Vertragsleistung“ sind jedenfalls keine ernsthaften Reaktionen zu erwarten.

Dieses Heft ist das 50. *forum*, ein Jubiläum, anlässlich dessen eine Reihe von DAZ-Kollegen Bilanz ziehen. Ihre Beiträge auf

den Seiten 185 bis 195 zeugen natürlich auch von Enttäuschung und Resignation, sind aber letztendlich doch vom „Und-Dennoch“ getragen, das die DAZ-Arbeit immer geprägt hat. Wir werden nicht aufhören, unsere Stimme zu erheben und denjenigen ein *forum* zu bieten, die ihre Meinung anderswo nicht artikulieren können. Niemand soll sagen dürfen, er hätte von nichts gewußt und Alternativen hätte es nicht gegeben.

Wir werden uns auch in Zukunft gegen die radikalen und scheinbar einfachen „Lösungen“ stellen und uns für eine patientengerechte Zahnheilkunde, konsequente Prophylaxe und leistungsgerechte Vergütungen in diesem Gesundheitssystem einsetzen. Helfen Sie uns dabei!

Dr. Hanns-W. Hey  
Lindenschmidstr. 44, 81371 München

# ANZEIGE

DR. MED. DENT. NORBERT RAUCH  
ZAHNARZT

## Raum Lippe - Detmold

Angestellte(r) ZA/ ZÄ, freundlich,  
kommunikativ und engagiert,  
zum 1. 8. 95 oder später in eine  
Praxis gesucht, in der Qualität und  
Prophylaxe groß geschrieben werden.

Telefon 05261-170 06 (Praxis) oder  
05261-10825 (Privat)

# 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 · Kleinraigering 66 · 92224 Amberg · Telefon 096 21 / 379-0

# Wir machen den Weg frei



 **Volksbanken Raiffeisenbanken**

# Arbeit gegen Larmoyanz und Anarchie

## Rückblicke – Einblicke – Ausblicke nach 15 Jahren DAZ

Ch. Nielsen

Als ein paar bayerische Kolleginnen und Kollegen vor 15 Jahren den DAZ gründeten, waren Zorn und Idealismus die Triebkräfte, mit denen einer als borniert empfundenen Standespolitik begegnet werden sollte. Was ist daraus geworden? Ist die Politik und Öffentlichkeitsarbeit der Zahnärzte heute intelligenter, flexibler, verantwortungsbeußter? Ist die Glaubwürdigkeit gefestigter, das Image besser? Hat, was hat der DAZ zu einer Konsolidierung beitragen können? Sind damals formulierte Ziele erreicht worden? Haben sich die Anstrengungen gelohnt? – Ja und nein; Bestätigung, Erfolg und Enttäuschung, Wachstum und Stillstand sind die Antworten; wie könnte es auch anders sein in der Politik.

Wohl unstrittig ist, daß die 1979 anvisierten und in der DAZ-Satzung verankerten Ziele „Entwicklung der Prophylaxe und Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“ als zentrale Aufgaben des Standes nicht mehr gezeugnet werden. Impulse des DAZ haben Prozesse ausgelöst, gegen die sich eine Phalanx aus FVDZ, BDZ, KZBV und DGZMK jahrelang mit beispielloser Hartnäckigkeit gesträubt hatte. Heute haben auch chronisch-selbstzufriedene Standesvertreter diese Themen wie selbstverständlich in ihre Sonntagsreden einzuflechten sich angewöhnt. Ohne die Arbeit des DAZ und anderer vorausdenkender Kollegen wären die Bereiche Prävention, Qualitätssicherung und Studienreform noch weit unerledigter als es heute der Fall ist. Wer dies geringerschätzt, hat keine Ahnung von den erkonservativen Kräften innerhalb unseres Berufsstandes.

Die ebenfalls angestrebten Ziele einer neuen berufspolitischen Kultur, eines demokratischeren Stils, einer Vitalisierung der Selbstverwaltung, einer Debatte über die Ursachen und Auswirkungen der Ethik-Krise u.a.m. sind bestenfalls partiell ins Blickfeld geraten. Für diese Themen ein breiteres Problembewußtsein zu wecken, Diskussionen darüber in Gang zu setzen, ist dem DAZ nicht gelungen. Offensichtlich haben wir unsere eigenen Kräfte überschätzt. Unterschätzt haben wir den sog. Individualismus, sprich: die berufspolitische Apathie und zähe Indolenz vieler Zahnärzte. Wir haben die ausgrenzende Wirkung der Wahlordnungen, die alltägliche Zensur der Standesmedien durch den FVDZ für leichter überwindbar gehalten. Wir haben die Pischel-Schirbort-Connection zu lange toleriert, die es mit der „Zahnarztwoche“ (DZW) meisterhaft versteht, eigene Interessen zu lancieren.

Eine Politik des Berufsstandes, die sich an dem alten Grundsatz der „Kunst des Möglichen“ orientiert, findet nicht mehr statt. Neben selbsternannten „grauen Eminenzen“ aus dem Dunstkreis von DZW und „Freiem Zahnarzt“ (DFZ) haben Kollegen das Sagen, die nicht selten ihre solide abgeschlossene Halb- bildung durch einen forschen Fundamentalismus kaschieren. So wird im Namen eines abstrusen Liberalismus hemmungslos Porzellan zerschlagen und der einst nicht schlechte Ruf des Standes auf Dauer ruiniert.

Auf dem Hintergrund dieser dilettantischen Politik haben Medien und Politprofis ein leichtes Spiel. Die Führung der Zahnärzteschaft hingegen wankt zwischen Larmoyanz

und Revolution, zwischen (falscher) Pro-grammatik und Ratlosigkeit, zwischen Kon-servatismus und Anarchie. Ihr fehlt die gesunde Mischung aus energischem Wider-stand gegen die tatsächlichen Unzumutbar-keiten und flexibler Anpassungsfähigkeit an sich ändernde politische Kräfteverhältnisse.

In diesem Szenario, in dem sich das ange-bliche Drei-Säulen-Kartell aus FVDZ, BZÄK und KZBV immer verbissener auf unrea-listische Strategien versteift und dies auch noch mit Brachialgewalt präsentiert, kommt auf den DAZ immer stärker die Aufgabe zu, zusammen mit der IGZ, der VDZM und anderen angeblichen Minderheiten eine vernünftige Debatte in Gang zu halten, Schaden zu begrenzen, Vertrauen zu retten und Ver-bündete zu suchen. Angesichts der herrschen-den Machtverhältnisse und Mentalitäten ist dies nur in kleinsten Schritten zu leisten.

Der DAZ hat sich zu lange gesträubt gegen die Einsicht, mit seinem Potential an Zivil-courage, an Ideen, an gesundheitspolitischen Zielsetzungen und berufsethischen Orien-tierungen immer nur eine Minderheit reprä-sentieren zu können. Der Spagat zwischen gesamtverantwortlichem Handeln und schnellen Nutzeffekten für die Praxen hat den DAZ und seine Vorstände oft genug bis zur Zerreißprobe belastet. Knallharter Lobby-ismus wäre allemal ergiebiger und beque-mer gewesen.

Manche Erwartung an den DAZ wurde auch enttäuscht. Den einen war praxisnahe Fortbildung wichtiger, berufspolitische Ini-tiativen aber zu riskant – und vice versa. Andere suchten nicht mehr (und nicht weni-ger) als den kollegialen Austausch über Praxisprobleme. Gerade Kolleginnen haben sich nicht selten wieder zurückgezogen, wenn es galt, sich gegen wenig zimperliche Aktio-nen der politischen Gegner zu engagieren.

Das ist besonders schade! Zu oft haben wir uns aber auch zu Schärfen und Polemiken provozieren oder hinreißen lassen; unseren Zielen hat dies nicht immer gedient.

Freilich braucht sich der DAZ aller Schwä-chen, allen Anfechtungen und Vergeb-lichkeiten zum Trotz über seine Rolle nicht zu grämen. Seine Orientierungen sind rich-tig, Kompetenz und Glaubwürdigkeit sind unbestritten. Jedenfalls ist dies die fast ein-hellige Resonanz aus der nachdenklichen Kollegenschaft, der Politik und den Kran-kenkassen. Entscheidend ist, daß sich aus der Zahnärzteschaft selbst ein über Tag und Tellerrand hinausdenkendes kritisches Po-tential artikuliert und an der sozial- und gesundheitspolitischen Debatte teilnimmt.

Der Rückblick auf 15 Jahre DAZ wäre deshalb falsch, wenn er nur Frustration und Resignation signalisieren würde. Als inzwi-schen etablierter Berufsverband spielt er eine kleine, aber nicht unwichtige Rolle im standespolitischen Kräftefeld. Nicht mehr Zorn und Idealismus, sondern Augenmaß, Gespür für realisierbare Reformen, gute Kontakte und die Kompetenz seiner Mitglie-der sind das Kapital, mit dem der DAZ seine berufspolitische Arbeit leistet.

Hat sich alles gelohnt? Die verplanten Wochenenden, die bisweilen schlaflosen Nächten mancher Aktiver, die Berge beschrie-benen Papiers, die Informationsflut, die ge-legentlichen Konflikte – auch in den eigenen Reihen? Ja, die Arbeit war wichtig und nicht umsonst. Nicht ohne Absicht steht das A im DAZ für „Arbeit“. Sie ist der Preis der Frei-beruflichkeit, der Preis für kollegiale Solida-rität, der Preis für die Chance, politische Pro-zesse aktiv mitzugestalten. Mit weniger Ein-satz wäre der DAZ sprach- und einflußlos geblieben – und das ist er nun wirklich nicht!

Dr. Christian Nielsen  
Lindenschmitstr. 44, 81371 München

# Wie gehabt!

Ch. Bolstorff

Wer erinnert sich nicht mit Emotion an die Vorbereitungsphase des GSG 93, schließlich leiden wir alle täglich in den Praxen unter diesem Gesetzeswerk. Offiziellen zahnärztlichen Sachverstand konnte das Ministerium nicht erfragen, die Ständesvertreter hatten sich verweigert. Der FVDZ hatte mit der „Alles oder Nichts-Politik“, mit dem unseligen Korb, mit der extremen Scharfmacherei, mit dem Abschotten vor unserer Gesellschaft, die Zahnärzteschaft ins absolute Abseits gebracht. Das Ergebnis ist der Kollegenschaft hinreichend bekannt.

Als das Kind im Brunnen lag, begann man 1993 nachzudenken und nach der Phase der Schuldzuweisungen an alle anderen außer sich selbst, wuchs die Einsicht, daß in Politik und Gesellschaft nur etwas zu erreichen ist, wenn man mit denen auch redet, Einfluß nimmt und Kompromisse zur Konsensfindung als einzige Möglichkeit anerkennt. Das ließ uns alle hoffen, daß 1995 eine neue Denkungsart die Zahnärzteschaft an der Entscheidungsfindung des GNG 96 beherrschen wird.

Nun, Mitte 1995, ist wieder ein Scherbenhaufen erkennbar; der Wolf hatte, für viele nicht anders erwartet, wohl nur Kreide gefressen. Die Scharfmacher des FVDZ hatten die Enttäuschung der Kollegenschaft über das GSG, angereichert mit phantasievollen Dolchstoßlegenden gegen „Splittergruppen“, genutzt und die hohen Positionen in den Körperschaften erklommen. Die „Politrambos“ Gutmann, Schirbort und Co. ließen keine Chance aus, die Zahnärzteschaft öffentlich ins Abseits zu führen. Ich denke hier an die öffentliche Diskussion über das Bud-

get kurz vor den Wahlen und den „vertragslosen Zustand“ in Niedersachsen. Dort hat Schirbort den Karren bewußt vor die Wand laufen lassen, um ein Exempel zu statuieren. Leider hat solch ein Vorfall bundesweit Signalwirkung, was Schirbort natürlich wissen mußte (man gönnt sich ja als Extremist sonst nichts).

Auch nach innen wurde nicht nach Konsens gesucht, der Runde Tisch wurde bei erster Gelegenheit gekippt. Es blieb das Vertrags- und Wahlleistungskonzept, von dem man wußte, daß es so nicht durchsetzbar sein wird. Natürlich wurden alle anderen standespolitischen Kräfte auf hinlänglich bekannte Art diskriminiert. Ihnen wurde das FVDZ-Konzept vorgelegt, Mitdenken oder gar Mitsprache war nicht erwünscht. Nun wird es keinen überraschen, daß die Politik andere Wege geht, als der FVDZ es will. Wie gehabt ist die Reaktion, man verweigert sich beleidigt, das logische Ergebnis, wenn man zu keinem Kompromiß fähig und willens ist. Das GNG 96 wird uns einschneidende Maßnahmen bescheren, die ohne offiziellen zahnärztlichen Sachverstand zustande kommen. Eine fürchterliche Vision, die jeder Realist 1993 hatte, wird Wirklichkeit, wie gehabt! Nur mit Funktionsträgern, die ihre Rolle in unserer Gesellschaft realistisch einschätzen, wird sich dieser Berufsstand am eigenen Schopfe aus dem selbstgewählten FVDZ-Sumpf herausziehen können. Das muß sich die Zahnärzteschaft endlich hinter die Ohren schreiben, ich bin da Pessimist, wie gehabt!!

„Wie gehabt“ könnte man eigentlich die standespolitischen Flops der letzten 25 Jahre mit großer Regelmäßigkeit überschreiben.

Das *forum* war stets voll von diesem Mahnungen, geändert hat das leider wenig. Zu verantworten hat der FVDZ die Flops, *forum* darf darüber – Gott sei Dank – unabhängig berichten. Dafür gebührt Anerkennung und

Dank und Glückwunsch zum Jubiläum. Dennoch, es ist selten so ernst gewesen in der zahnärztlichen Standespolitik, wie gehabt!

Dr. Christian Bolstorff  
Habelschwerdter Allee 27, 14195 Berlin

## Milchprodukte stärken Immunsystem und können auch Karies vorbeugen

München (sto) Milch enthält alle lebensnotwendigen Nährstoffe und ist das einzige Nahrungsmittel, das von der Natur zur Deckung des Bedarfs eines Organismus über längere Zeit vorgesehen wurde, wie Professor Dr. Jürgen Schrezenmeir von der Bundesanstalt für Milchwissenschaft in Kiel bei einem Symposium in München berichtet hat

Nach Angaben des Forschers werden der Milch und Milchprodukten verschiedene neue positive Eigenschaften zugeschrieben. So entstünden aus den Milchproteinen während der Verdauung oder durch Fermentation unter anderem auch Opioide und Peptide mit blutdrucksenkender, gerinnungshemmender und immunstabilisierender Wirkung. Die Mikroorganismen, die zur Fermentation von Milch bei der Herstellung bestimmter Sorten von Joghurt oder Kefir genutzt werden, produzierten Probiotika, berichtete Schrezenmeir, Leiter des Instituts für Physiologie und Biochemie der Ernährung an der Bundesanstalt für Milchwissenschaft.

Der hohe Kalziumgehalt von Milch und Milchprodukten beuge auch der Osteoporose vor. Zusätzlich habe besonders Käse auch eine

kariesprophylaktische Wirkung. Käse reduziere den Zahnbelag, schütze vor dem Säureangriff und wirke antimikrobiell. Die geringere Abnutzung von Kauflächen und eine Reduktion von Karies durch den Genuß von Käse sei nachgewiesen. Diese Effekte seien umso ausgeprägter, je geringer der Laktose-/Milchsäuregehalt und je höher der Caseingehalt des Käses sei, sagte Schrezenmeir.

Die atherogene Wirkung von Milchfett sei in der Vergangenheit wahrscheinlich überschätzt worden. Die gesättigten Fette erhöhten zwar Cholesterin und LDL, aber auch das HDL. Im Vergleich dazu enthalte Margarine deutlich weniger gesättigte Fette. Beim Härtungsprozeß der Pflanzenfette könnten jedoch Transfettsäuren entstehen, die nicht nur den Cholesterin- und den LDL-Spiegel erhöhen, sondern auch das HDL senken, sagte Schrezenmeir. Die mehrfach ungesättigten Fette in Pflanzenölen oder Fisch wirkten zwar günstig auf Cholesterin, LDL und HDL, könnten aber leicht oxidieren und damit atherogen werden.

Ärzte-Zeitung  
9.6.1995

Wer hat Interesse an  
**Kollegen-Kontakten**  
im Raum Duisburg? Chiffre 47447

**Weiterbildungsstelle**  
in qualitätsorientierter KFO-Praxis gesucht.  
Chiffre 97080

## Es ist gut, daß es Jubiläen gibt – forum Nr. 50 oder warum für mich die 23 die Nr. 1 war.

R. Eisenbrandt

Liebe *forum*-Redaktion, herzlichen Glückwunsch zum Heft 50. Vielen Dank für dies liebgewordene, aus dem Einerlei der üblichen Fachzeitschriften wohlthuend abweichende handliche Heft.

Es ist gut, daß es Jubiläen gibt, denn man muß doch einmal innehalten und zurückdenken. Dabei merkt man dann doch, wie die Zeit rast, sich vieles, auch die eigene Person verändert hat.

Das erste *forum*-Heft (Nr. 23 IV/88) hielt ich irgendwann im Herbst '89 in der Hand. „Verstehen Sie diesen Artikel?“ fragte mich mein damaliger Oberarzt in einer Karl-Marx-Städter Ambulanz. So richtig kam ich auch nicht klar mit den angesprochenen Problemen, es ging nämlich um das Thema „Qualitätssicherung ist Honorarsicherung“. Autor war ein gewisser Kollege Nielsen aus München. Verstanden hatte ich so ungefähr, daß die Zahnärzte Qualität liefern und eventuell sich selbst entsprechende Mindeststandards setzen sollten und dafür aber eine entsprechend den Möglichkeiten in einem sozial abgestimmten Gesundheitssystem gute Honorierung fordern dürfen und müssen.

Eigentlich war dies logisch, wie sollte es sonst sein? Was ich mit meinen äußerst spärlichen Informationen (Westfernsehen, Äußerungen von Bekannten, die mal „drüben“ waren) überhaupt nicht auf einen Nenner brachte, war die Frage – Wieso machen sich ‚Westärzte‘ solche Gedanken? Die hatten doch alles, was sich ein Zahnarzt nur wünschen kann. Man braucht doch nur in die Fachzeitschriften (DZZ, Quintessenz, ZWR) zu schauen – Implantate, Lichtturbine, rich-

tige Endo- oder PA-Instrumente, Kofferdam, Cerec...

Wieso Probleme mit der Qualität?

Und die Sache mit dem Honorar? Die verdienen doch schon jetzt ein Vermögen: so 7 – 25.000 DM im Monat und das bei einem Kurs von 1:10 (DM: Mark der DDR).

Wieso also Probleme mit dem Honorar?

Ich wollte es dann genauer wissen, denn es war auch schon absehbar, daß es so nicht mehr weitergehen würde mit der DDR. Auf einer der letzten Seiten des Hefes fand ich Adressen und habe einen ehrfurchtsvollen Brief an einen echten West-Zahnarzt (Kollegen Diewald) geschrieben.

Es ging dann Schlag auf Schlag. Zuerst ein äußerst netter Brief aus Regensburg, die regelmäßige Übersendung des *forums*, eine Einladung nach Köln zur Ratssitzung März '90, die legendäre DAZ-Veranstaltung in Chemnitz, der Praxistag zu Himmelfahrt in der Praxis Hey / Nielsen / Wohlgemuth, mein DAZ-Beitritt, der Weg in die eigene Praxis und die entsprechenden politischen Umbrüche.

Inzwischen ist man selber ein „West-Zahnarzt“, es existiert eine zugegebenermaßen stille, aber stabile Chemnitzer Studiengruppe, die vorwiegend auf der fachlichen Schiene läuft. So ca. alle 2–3 Monate gibt es einen Studiengruppenachmittag / -abend.

Also ein Happy End, was mit einem *forum*-Heft vor noch nicht einmal sechs Jahren begann?

Ich denke schon, daß wir eine positive Bilanz ziehen können. Bei allen Dingen, die

uns allen das Leben schwer machen und oft genug die Freude am Beruf trüben (Bürokratie, eingeschränkte Therapiefreiheit, GSG und Nachfolgegesetze, die Standespolitik, wobei ich hier denke, daß sich die „Ostvertreter“ wohltuend von so manchem „Westvertreter“ abheben (siehe Ratssitzung Leipzig mit Dr. Lüddecke und Dr. Albani –

Präsident und Vize der LZÄK Sachsen) die leidige Amalgamproblematik ..., überwiegen die positiven Aspekte

Nicht zu vergessen, das wohl wichtigste – die Kontakte und der Dialog zwischen Ost und West und die entstandenen Freundschaften.

Dr. Ralf Eisenbrandt

Markusstr. 8, 09130 Chemnitz

---

## Vorankündigung: DGP tagt vom 7.–9. September 1995 in Bremen

**Gesteuerte Gewebe-Regeneration (GTR) als Generalthema der Jahrestagung / Erstmals Industrieausstellung und -forum angegliedert**

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) findet vom 7.–9. September 1995 in Bremen statt. Im Mittelpunkt steht eine praxisrelevante Standortbestimmung zur gesteuerten Gewebe-Regeneration (GTR).

Als Referenten konnten weltweit führende Experten wie Th. Karring und K. Warrer, Århus / Dänemark, sowie J. T. Mellonig, San Antonio / USA, gewonnen werden. Tagungsthemen sind auszugsweise: „News of GTR: Resorbierbare und nichtresorbierbare Membranen“, „Rezessionsdeckung mit GTR“, „Einsatz von Wachstumsproteinen in der parodontologischen Regeneration“ und „Autologes und homologes Knochentransplantat in der GTR“.

Die Jahrestagung der DGP wird durch eine Industrieausstellung und ein Industrieforum ergänzt. Das Rahmenprogramm enthält einen Begrüßungsabend im berühmten Bremer Ratskeller und eine DGP-Party mit Buffet und Tanz im Borgfelder Landhaus. Die Mitgliederversammlung findet am ersten Kongreßtag (7.9.) um 17.15 Uhr statt.

Tagungsprogramme und weitere Auskünfte können angefordert werden beim DGP-Büro unter Tel.: 089 / 91 30 51, Fax: 089: 089 / 91 54 oder beim DGP-Präsidenten Prof. Dr. W. Krüger unter Tel.: 0551 / 39 28 78, Fax: 0551 / 30 83 68.

Im letzten *forum* wurde das Programm der Eröffnungsveranstaltung des diesjährigen Tages der Zahngesundheit am 20.9.1995 in München vorgestellt.

### Hierzu eine Korrektur:

Der bei der ersten Planung vorgesehene Vortrag von Frau Prof. A. Borutta zum Thema „Gerostomatologischer Betreuungsbedarf im internationalen Vergleich“ entfällt!

### Stellenausschreibung

Eine Schweizer Dental-Firma sucht eine/n Zahnarzt/-ärztin als Leiter/in ihrer Abteilung „Clinical Research“.

Wenn Sie interessiert sind, fordern Sie nähere Infos an bei Maria T. Gervasi GEHRIG Partner, Executive Consultants AG, Schaffhauserstr. 21, Postfach, CH-8042 Zürich, Tel. 013629100, Fax 013615474.

# Zahn-ARZT will ich sein!

T. Ropers

„Zahnheilkunde als ärztlich-soziale Aufgabe“ hieß mein erster größerer Artikel, den ich vor 12 Jahren bei den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ veröffentlichen durfte, nicht etwa, weil die Redaktion der „ZM“ gern DAZ-lerische Gedanken publizierte, sondern weil ein Kompensationsgeschäft zur Wiedergutmachung anstand, denn ein Vizepräsident des BDZ hatte weite Passagen aus einem *forum*-Artikel ohne Quellenangabe für seine eigene ZM-Publikation abgeschrieben.

Als damaligem Pressereferenten des DAZ war mir klar, mit welchen Machtstrukturen im Kölner Zahnärzthehaus zu rechnen war:

Der KZBV-Chef war ein knallharter, vom „Freien Verband“ ins Rennen geschickter Falke, um in der Bundeskörperschaft die jeweiligen Forderungen des FVDZ durchzusetzen. Einmal im Amt, konnte er sich von der völligen Undurchführbarkeit der Pläne seines Vereins im Spannungsfeld der Sozialpolitik sofort überzeugen, erfuhr eine Läuterung zum Pragmatiker und wurde kompromiß- und politikfähig, wonach für eine gewisse Zeit im Sinne des Sicherstellungsauftrages auch perspektivische Gedanken zur Situation der Zahnheilkunde nicht verboten waren. Die Redaktion der „ZM“ konnte dann in engen, auch selbst auferlegten Grenzen, einen Hauch von Altliberalismus erkennen lassen. Bis es der Führungsriege des „Freien Verbandes“ ganz unerträglich wurde: Man demontierte dann den eigenen Mann im Vorsitz der KZBV, schickte ihn in die Wüste, um einen neuen Hardliner ins Amt zu hieven...

Dieser Vorgang wiederholte sich einige Male, und der rechtswidrige, unglaubliche Herrschaftsanspruch des privatrechtlichen Vereins in den Körperschaften öffentlichen Rechts, die ja notwendigerweise überparteilich sein müssen, wurde mir in mehreren Telefonaten und Gesprächen mit (Chef-)Redakteuren der Körperschaftsblätter mit oft weinerlicher Stimme bestätigt.

Seit der Ära Schirbort ist das nun anders: Die Gleichschaltung der Körperschaften und ihrer Medien wird mit eisernem Besen betrieben, flankiert vom privaten Blatt „DZW“, das nicht berichtet oder kommentiert, sondern selbst aktiv Politik betreibt. Gemeinnutz oder soziale Verantwortung können als Maximen der neuen Körperschaftspolitik beim besten Willen nicht mehr ausgemacht werden, weswegen der Staat den Sicherstellungsauftrag wohl bald von den KZVen auf die Krankenkassen übertragen dürfte.

Schirbort fordert die Solidarität der Schafe für die Wölfe in der Kollegenschaft ein, wanner das „Gefängnis“ des Kassenzahnarztstatus sprengen will: In Wirklichkeit zerstört er einen Schutzzaun, denn er weiß ja, daß die Hälfte der Herde in freier Wildbahn nicht überleben wird.

Groß herauskommen sollen und werden dann auch die kräftigen Tiere, die bereits innerhalb des geschützten Stalles den anderen das Futter weggefressen hatten.

Diese Zahnarztgruppe ist bestens vorbereitet. Liest man die täglich ins Haus flatternden „Fortbildungsangebote“, läßt sich schnell erkennen, daß mehr als die Hälfte nicht mehr

fachliche Fortbildungsinhalte, sondern Imaging und Marketing vermitteln will. Statt: „Wie kann ich besser helfen und heilen?“ also „Wie kann ich besser verkaufen und kassieren?“

Besser läßt sich die Politikunfähigkeit der Schirborts wohl nicht illustrieren: Mülleemann auf dem Titelblatt der „ZM“! Der lauteste Opportunist einer sterbenden Partei der Besserverdienenden als Hoffnungsträger für die Zahnärzte!

Ich habe Zahn-ARZT gelernt, was impliziert, daß den leidenden Menschen, die meine Hilfe suchen, erst einmal geholfen werden muß. Stattdessen will man mich zum Verkäufer von Heilbehandlung degradieren,

ohne soziale Verpflichtung. Dieser Staat hat aber schon Parasiten genug, und ich will dabei bleiben, nie einem Patienten etwas zu verkaufen, was er nicht wirklich braucht.

Ich bin froh und glücklich darüber, in und mit dem DAZ zahn-ÄRZTLICHE Gesinnungsfreunde zu haben, die auch in diesen Zeiten nicht resignieren in der Bemühung, ordentliche sozial verträgliche Ausübung der Zahnheilkunde zu ermöglichen. Das warme, offene Klima im DAZ, die Unempfindlichkeit gegenüber Merkantilismus und Machtstreben, werden mich die Zukunft ertragen lassen.

Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 4,  
21720 Steinkirchen

### Auch in diesem Jahr wieder: 25. September – „Tag der Zahngesundheit“



Auch in diesem Jahr heißt es rund um den 25. September wieder „Gesund beginnt im Mund“. Dann nämlich ist „Tag der Zahngesundheit“. Im gesamten Bundesgebiet sind wieder Aktivitäten zum Thema Zahngesundheit in Vorbereitung. Mit vielen bunten Ideen will der Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“, ein Gremium aus Spitzenverbänden der Zahnärzte und Kinderärzte, des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes und der Gebietskörperschaften, der Krankenkassen sowie der Industrie und des Fachhandels, eine breite Öffentlichkeit zum Nachdenken über die Wichtigkeit gesunder Zähne anregen.

Es bleibt den Akteuren überlassen, die jeweiligen Zielgruppen für die Aktivitäten vor Ort herauszugreifen. Da aber der ältere Mensch und seine zahnmedizinische Versorgung in den Zahnarztpraxen immer mehr an

Bedeutung gewinnt, empfiehlt der Arbeitskreis „Tag der Zahngesundheit“, diesen Patientenkreis besonders zu berücksichtigen.

Die diesjährige Auftaktveranstaltung findet am 20. September 1995 in München statt, und zwar in der Universitätszahnklinik in der Goethestraße. Neben Grußworten und Aspekten der Zahngesundheitsförderung aus der Sicht der Zahnärzte und Krankenkassen steht bei den Fachvorträgen der Schwerpunkt „Alterszahnheilkunde“ im Vordergrund. Bei den Referaten geht es um Fragen wie die Versorgung älterer Menschen in Heimen und Probleme der Zahnerhaltung im Alter. Auch das soziokulturelle und psychosoziale Umfeld sowie die praktische Umsetzung von Alterszahnheilkunde werden mit einbezogen.

# 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

# 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.*

# Der Berufsstand befindet sich in einer schweren Krise

G. Ebenbeck

Die DAZ-Gründung vor 15 Jahren in Regensburg war notwendig, um die verkrusteten und undemokratischen Strukturen der zahnärztlichen Standesführung aufzubrechen und neue, sinnvolle Wege für den gesamten Berufsstand aufzuzeigen.

Unsere Ziele und Vorschläge sind heute so aktuell wie vor 15 Jahren.

Der DAZ hat auf den Gebieten der Qualitätssicherung, der Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe, der Gesundheits- und Sozialpolitik Hervorragendes geleistet. Die dramatische Entwicklung der letzten Jahre bestätigt, wie notwendig es gewesen wäre, die Grundsätze und Empfehlungen des DAZ umzusetzen.

Wir haben den Willen der Kollegenschaft, wirkliche Veränderungen durchzuführen, unterschätzt. Es fehlt an Mut, Phantasie und an der Bereitschaft zum Engagement. Die Folge ist, daß sich der Berufsstand in einer schweren Krise befindet und ein Ausweg nicht in Sicht ist.

Neben allen Fehlentwicklungen wiegt der Verlust, durch konstruktive Auseinandersetzung mit den Vertragspartnern positive Ergebnisse für den Berufsstand und die zahnärztliche Versorgung zu erzielen, am schwersten.

Sowohl unsere Standesvertreter, als auch die Mitarbeiter der Gesetzlichen Krankenversicherung haben durch Inkompetenz den

letzten Rest an Selbstverantwortung und Fähigkeit zur Selbstverwaltung verspielt und somit immer härtere und teilweise unsinnige Entscheidungen der politischen Ebene provoziert. Nicht einmal auf einen neuen zeitgemäßen PAR-Vertrag konnten sich die Zahnärzte und Krankenkassen trotz jahrelanger Gesprächsrunden einigen.

Ein möglicher Ausweg aus der verfahrenen Situation kann nur darin liegen, Verantwortung und Kompetenz zurückzugewinnen. Dies geht aber nur mit Kolleginnen und Kollegen, die über den Tellerrand der Zahnheilkunde hinauszuschauen bereit sind und die soziale Verantwortung erkennen, die untrennbar mit unserem Berufsstand verbunden ist.

Wir sind nämlich nicht nur verantwortlich für das, was wir tun, sondern auch für das, was wir geschehen lassen.

Möge sich der Berufsstand besinnen und die Scharfmacher und Dilettanten abwählen, die uns in diese Sackgasse geführt haben.

Dem DAZ und seinen aktiven Mitstreitern wünsche ich weiterhin viel Erfolg. Der Zahnärzteschaft kann man nur eine qualifizierte, sozialverpflichtete Standesführung wünschen.

Dr. Gerd Ebenbeck  
Hochweg 25  
93049 Regensburg

## DAZ-Presserklärung: Für Schirbort ist in der Berufspolitik kein Platz mehr

Nachdem der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Dr. K.H. Schirbort im Herbst 1994 die Vertragszahnärzte zur Beschränkung auf Notfallbehandlungen für den Rest des Jahres aufforderte, hatte der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschland, Schirbort den Rücktritt nahegelegt. Diese Forderung wurde seinerzeit vehement als „Verrat“, als „Dolchstoß“ und „Unkollegialität“ zurückgewiesen.

Eine erneute Boykott-Variante Schirborts als (gleichzeitiger) Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsens (KZVN), weder an Schiedsamtverhandlungen teilzunehmen noch ab 1.7.1995 die Krankenversichertenkarten der GKV-Patienten zu akzeptieren, hat nun zur Einsetzung eines Staatskommissars in Niedersachsen geführt. Diese Entwicklung ist der denkbar nachteiligste Zustand der zahnärztlichen Selbstverwaltung, die damit praktisch eingestellt wird. Gleichwohl hat Schirbort die

sen Schritt provoziert und sieht sich dabei unterstützt durch eine radikale Minderheit des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Der DAZ wertet dies als Offenbarungseid einer Berufspolitik, die über keine Gestaltungsgeschweige denn Verhandlungskompetenz verfügt. Der rücksichtslos vollzogene Ausstieg aus sozialpolitischen Bindungen mußte mit Recht die Ersatzvornahme des niedersächsischen Sozialministeriums auslösen.

Der DAZ hält diese Entwicklung für verhängnisvoll. Erneut wurden nicht nur gesundheitspolitische Risiken und wirtschaftliche Schwierigkeiten für die Vertragspraxen heraufbeschworen, sondern zugleich auch das Ansehen aller Zahnärzte beschädigt. Nach diesem bewußt provozierten Eklat als Höhepunkt einer Dauerkrise führt kein Weg mehr an einem grundsätzlichen Neuanfang zahnärztlicher Berufspolitik vorbei, in der Kollegen wie Schirbort keinen Platz mehr haben. Sein Rücktritt war schon im Sommer 1994 überfällig!

Dr. Nielsen

## Aufklärungs-Offensive zur Füllungstherapie

Exakt zum richtigen Zeitpunkt und auf die zwingend notwendige Patienten-Beratung zur Füllungstherapie abgestimmt, erscheint eine neue Aufklärungs-Initiative des Zahnärztlichen Fachverlages, Herne. Für das Beratungsgespräch in der Praxis wurde das „Chart-System Füllungstherapien“ als Unterstützung der professionellen Patienten-Aufklärung entwickelt. Und aus der Überlegung, daß nicht alle Entscheidungen unmittelbar in der Praxis fallen, wird ergänzend zum Chart-System die siebenteilige Broschüren-Serie „Kompakt-Info Ess-Klasse“ angeboten. Mit ihrer Hilfe kann sich der Patient auch zu Hause noch einmal mit den Füllungs-Alternativen Gold, Keramik, Kunststoff, Compomer, Composite,

Amalgam und Glasionomermzement auseinandersetzen. Neben den Informationen über Indikation, Material, Aufwand, Haltbarkeit und Herstellung ist der „springende Punkt“ in beiden Aufklärungs-Medien eine Bewertungsskala für das jeweilige Material und zusätzlich in den Broschüren ein Gesamtüberblick zu allen Füllungswerkstoffen

Bezugsadresse:  
zfv Zahnärztlicher Fach-Verlag  
Mont-Cemis-Str. 5  
44523 Herne  
Tel.: 0 23 23 / 59 31 41  
Fax: 0 23 23 / 59 31 55

# Biedermann oder Brandstifter?

L. Albers

Das bedarf dann doch eines Kommentars: Wenn der Vorsitzende der Verwaltungsstelle Oldenburg der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsens die Wogen im „niedersächsischen Zahnärztestreit“ zu glätten versucht, indem er in einem Anzeigenblatt vom „Sturm im Wasserglas“ redet, und dazu tatsächlich behauptet, der Sozialminister sei der eigentliche Übeltäter, weil er Termine verschwitzt habe, dann muß wohl doch daran erinnert werden, daß es eben der nämliche Dr. Mahnken war, der auf der Landesversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte den Antrag gestellt hatte, die Kampfmaßnahmen wenigstens ein Vierteljahr zu praktizieren, weil es sonst „zu unübersichtlichen Verhältnissen in der Öffentlichkeit“ kommen würde.

Diese Zweigleisigkeit ist nur schwer zu überbieten. Da wird intern Öl ins Feuer geschüttet, um den Konflikt so richtig auf die Spitze zu treiben und wohl auch, um dem neuerworbenen Vorstandsposten die Rechtfertigung zu verleihen. Öffentlich aber wird den Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenkassen eine Scheinsicherheit vorgespiegelt mit abwiegelnden Pressererklärungen.

Es ist dies ein Beispiel für viele, weshalb es möglich ist, daß Ständesvertreter der Ärzte-

schaft ihren derzeitigen zahnärztlichen Kollegen in Niedersachsen die notwendige Seriosität absprechen. Keine Frage, es gibt Gründe genug, Ungerechtigkeiten unseres Gesundheitssystems zu beklagen, ja auch Zorn zu empfinden, aber es genügt eben nicht, recht zu haben – wer möchte schon als „Rechthaber“ gelten – sondern, worauf es in der Politik ankommt ist, recht zu behalten. In Niedersachsen wurden schon seit zwanzig Jahren immer wieder Drohungen ausgestoßen. Jetzt haben die Schirborts und Wicks ihre Ankündigungen wahrgemacht, in der absurden Illusion befangen, über 90% der Kollegen stünden hinter ihnen. Solche Realitätsferne ist nur damit zu erklären, daß sich diese Gruppe seit langem nur mit sich selbst unterhält.

Dem Sozialminister Hiller ist uneingeschränkt zuzustimmen, wenn er darauf hinweist, daß die Zahnärzte, die das bestehende Gesundheitssystem nicht mittragen möchten, es dann auch bitte schön verlassen sollten. Hinzuzufügen wäre, sie sollten wenigstens den Anstand besitzen, nach katastrophalen politischen Mißerfolgen ihr Mandat zurückzugeben.

Dr. Lutz Albers

Brakmannsweg 1, 26122 Oldenburg

## Assistentenstellen

in qualitäts- und patienten-orientierten Zahnarztpraxen bundesweit gesucht. Meldungen bitte an DAZ-Geschäftsstelle Köln.

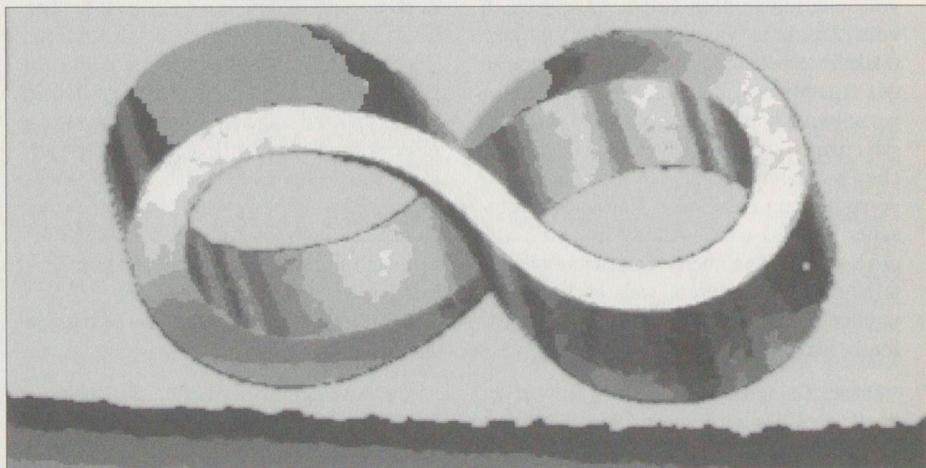
## Zahnarzt, 28, sucht Stelle

in weiterbildungsberechtigter oralchirurgischer oder MKG-Chirurgie-Praxis oder Abteilung bundesweit. Tel. 0234/37269

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 21/16 36-24 52

 **CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

# Unbequeme Wahrheiten für 400.000.– DM

## Alte DAZ-Vorschläge in der Studie einer Unternehmensberatung

K. Müller

In diesem *forum*-Heft gibt es einige Artikel, die sich mit der Frage nach der Daseinsberechtigung und Wirkung des DAZ beschäftigen. Dabei mögen einige Autoren zu pessimistischen Ergebnissen gelangt sein. Wenn man 15 Jahre lang zu verschiedenen Themen anderer Meinung ist, bleibt die Frage nicht aus, ob der Vorwurf von Tunnelblick und Wagenburgmentalität sich nicht auf einen selbst richten müßte. Es kann ja gut sein, daß nicht die anderen die Geisterfahrer sind! Da wäre es hilfreich, wenn eine unabhängige und kompetente Institution um eine Analyse gebeten werden könnte. Nur – solch Rat ist wahrhaft teuer und kostet weit mehr als einen Jahresetat des DAZ. Die Ressourcen von BZÄK oder KZBV würden da schon eher reichen, nur die haben eben keine Selbstzweifel, wie wir ja alle wissen. Zumindest insoweit hätte sich das Vorurteil des Alt-DAZ'lers nur bis zum vorigen Jahr halten dürfen. Seit Anfang '95 nämlich halten unsere Standesführer eine solche Analyse in der Hand, respektive in wohlverschlossenen Aktenschränken. Sie heißt, Strategiekonzept „Unternehmen Zahnheilkunde“ – ‚Umfeldentwicklungen und Kernstrategien‘, und kommt aus einer großen und bekannten Unternehmensberatung. Es ist hier nicht meine Absicht, darüber zu spekulieren, welcher Leidensdruck zu einer solchen Maßnahme geführt haben mag, vielmehr werde ich die Ergebnisse dieser Studie zusammenfassend berichten und ein wenig kommentieren. In der Vorbemerkung weisen die Berater auf die notwendige Vertraulichkeit im Umgang mit ihrer Analyse hin. Im Schlußsatz heißt es:

*In der Außendarstellung – sowohl gegenüber der Öffentlichkeit als auch gegenüber den vertretenen Zahnärzten – kann es opportun sein, verallgemeinernde oder abweichende Darstellungen zu geben.*

Begründet wird dies so:

*Das Papier skizziert Einschätzungen, Zielsetzungen, Maximalpositionen, mögliche Kompromiß- und Rückfallpositionen und konkrete Maßnahmen, deren Preisgabe bzw. Veröffentlichung die Verhandlungsposition beeinträchtigen würde.*

Gute Gründe, möglicherweise auch für uns, ein solches Papier vertraulich zu behandeln. Haben wir auch getan, nur mittlerweile kennt von der ‚Zahnarztwoche‘, über den Freien Verband bis zu allen möglichen anderen eine solche Anzahl von Menschen dieses Papier, daß es jetzt an der Zeit ist, nach den Nutzenwendungen zu fragen, die man daraus zu ziehen gedenkt. Dieser Artikel wird einen Tag vor dem Termin geschrieben, an dem möglicherweise in Niedersachsen ein Kommissar in die KZVN einziehen wird – da müssen wir schon einmal nachschauen, was von den 400 000.– Mark teuren Ratschlägen hängengeblieben ist. Gleich am Anfang – im Überblick – steht der Kernsatz:

*Die staatliche Reglementierung des Gesundheitswesens wird weiter zunehmen. Ein grundlegender Wechsel im Sinne der Zahnärzteschaft erscheint derzeit nicht erreichbar*

und danach, zur Vertiefung:

*1. Die Politik überlagert die Einzelinteressen aller Beteiligten im Gesundheitswesen*

2. Die für die Zahnärzteschaft ungünstigen Entwicklungen in bezug auf regulierende Eingriffe, Marktentwicklung, Honorarniveau und Wettbewerb werden sich weiter verschlechtern
3. Die Politik wird das Gesundheitswesen zukünftig noch stärker unter den Zielen Versorgungssicherung und Kostendämpfung steuern und regulieren
4. Die Politik wird versuchen, durch Zielvorgaben, Steuerungsmechanismen und Budgetvorgaben die behaupteten Rationalisierungspotentiale zu erschließen
5. Nach Einschätzung von Mummert + Partner überlagern die Ziele und Maßnahmen der Politik als unveränderliches Faktum die strategischen Überlegungen der Zahnärzteschaft.

Wenn das alles so ist, was bleibt uns dann übrig, als mit allem was wir haben für die Erhaltung einer leistungsfähigen Zahnärzteschaft zu kämpfen? Wozu dann noch Bemühen um Konsens in unserem und der Patienten Interesse? Dazu weiter unten bei den empfohlenen Kernstrategien. Zu den oben genannten Kernsätzen führen Mummert + Partner dann im einzelnen aus, wie sich die Entwicklung ihrer Einschätzung nach vollziehen wird.

Daraus einige Zitate:

Zu 1:

- im Bereich der GKV direkt
- im Bereich PKV/GOZ durch Preisregulierung
- im Bereich Beihilfe durch Annäherung an die Systematik der GKV

Der Bereich PKV (ohne Beihilfe) wird im Volumen weiter zunehmen, dabei aber verstärkt Kostenziele verfolgen.

Der Bereich Beihilfe wird im Volumen langfristig stark zurückgehen, gleichzeitig massiven Kostensenkungseingriffen unterliegen.

Zu 2:

Die gesundheitliche Grundversorgung wird... nicht der individuellen Eigenverantwortung überlassen, das schließt höhere Selbstbeteiligungen und Wahlleistungen nicht aus.

Allerdings wird die Bereitschaft der Patienten, für höherwertige medizinische Leistungen Zuzahlungen zu leisten, insbesondere bei den Beziehern höherer Einkommen zu nehmen.

Die Zahl der Anbieter zahnärztlicher Leistungen wird die geldwirksame Nachfrage weiterhin übersteigen, dadurch wird die Position der Zahnärzte und der Zahnärzteschaft weiter geschwächt.

Grundlegende Veränderungen in der Finanzierungsform der GKV... sind eher unwahrscheinlich.

Zudem ist nicht zu erwarten, daß sich das Finanzvolumen der GKV und insbesondere der Anteil für zahnärztliche Leistungen nachhaltig erhöht.

Zu 3:

Das bestehende Versorgungsniveau wird trotz steigenden Leistungsbedarfs... und sinkender Honorare sowie einer Neuausrichtung der Gesundheitsziele (u.a. Gesundheitsförderung und Prävention) solange wie möglich beibehalten.

Neben der Versorgungssicherung wird die Kostendämpfung bei Forcierung des Qualitätssicherungsgedankens zum herausragenden Ziel...

Dabei wird die Umsetzung der Kostendämpfung auf die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen übertragen, die Politik wird „nur noch“ die Ziele setzen und die Instrumente bereitstellen.

Zu 4:

...Weitestgehende Beibehaltung des Leistungskatalogs.

*Punktueller Erweiterung und Neu-Priorisierung des Leistungsspektrums*

### **Kostendämpfung**

- Festhalten am Ziel der Beitragssatz-Stabilität...
- Partielle Ausweitung der Selbstbeteiligung zur Finanzierung und Nachfragesteuerung.
- Beibehaltung einer wie auch immer gearbeteten Form der Deckelung ... (globale Deckelung, praxisbezogene D., kopfbezogene D.; Heranziehung der Leistungsträger zur ex-post-Deckung von Kassendefiziten)
- Einführung von Wettbewerb zwischen den Leistungsträgern (Einkaufsmodelle als Kostensenkungshilfe)

Zu 5:

*... Trotz der absehbaren Probleme der Finanzierung des Gesundheitssystems werden die derzeitigen Regeln... noch auf längere Sicht bestehen bleiben.*

*Das Gewicht der Zahnärzteschaft (und ihrer etwaigen Verbündeten) reicht nicht aus, um den ... Richtungswechsel im Gesundheitswesen durchzusetzen.*

Soweit die – niederschmetternde – Analyse. Was hat Mummert+Partner nun im Köcher, um uns aus dem Dilemma zu helfen? Über der Vorbemerkung zu den empfohlenen Strategien steht:

*Die entwickelten Kernstrategien stehen zum Teil im Gegensatz zu den bisherigen Standpunkten des Berufsstandes und erfordern eine grundlegende Positionsneubestimmung.*

*Die Kernstrategien orientieren sich an den Interessen des Berufsstandes als Ganzes*

*Gegensätze zu bisherigen Positionen der Zahnärzteschaft entstehen durch unterschiedliche Einschätzung*

- der Durchsetzbarkeit bestimmter Maximalanforderungen
- des Verhältnisses von Vor- und Nachteilen des bestehenden GKV-Systems im Hinblick auf die Interessen des Berufsstandes.
- der Erfolgsaussichten einer Kooperationsstrategie gegenüber der Politik.

*Die Zahnärzteschaft sollte versuchen, durch konstruktive Teilnahme am politischen Prozeß die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der sich abzeichnenden Handlungsziele ... zu beeinflussen, auch wenn ein grundlegender Richtungswechsel nicht erreichbar ist.*

Ob die Herren Schirborth und Gutmann jetzt noch weitergelesen haben? Nun folgt eines jener Diagramme, wie sie Sozio- und Politologen so gerne zeichnen lassen. Es ist aber so inhaltsreich, daß ich versucht habe, es wiederzugeben (s. folgende Seite).

Nun folgt ein Überblick, der die Wahlleistung als Mittel der Honorarausweitung außerhalb des Kostendirigismus sieht. Dabei sollte der GKV-Leistungskatalog allenfalls geringfügig eingeschränkt werden, um das vorhandene GKV-Budget nicht zu gefährden. Es wird als notwendig bezeichnet, daß Wahlleistungen, auch wegen der „Vollkasko-Mentalität“, versicherbar sind. Die Versicherung von Wahlleistungen sollte in der PKV und/oder GKV erfolgen, u.a. wegen der höheren Marktausschöpfung. Das Wahlleistungskonzept müsse von den Zahnärzten so umgesetzt werden, daß für die Politik kein Handlungsdruck zu regulierenden Eingriffen entstehe. Die Beibehaltung des GKV-Leistungskataloges wird u.a. deshalb für wichtig gehalten, weil sonst das Risiko von anteiligen Budgetverlusten bestünde. Die höherwertige GOZ würde den mengenmäßigen Nachfrageentfall bei Kür-

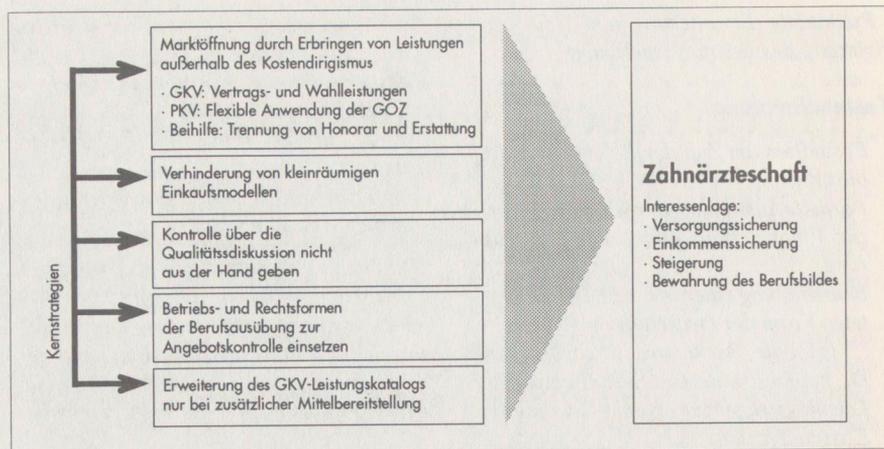


Abb. 1: Zur Wahrung ihrer Interessen muß die Zahnärzteschaft auf das politische Umfeld mit fünf Kernstrategien reagieren

zungen des GKV-Kataloges nicht nachhaltig überkompensieren können. Eine Kürzung der GKV-Leistungen in größerem Umfang sei politisch nicht durchsetzbar.

Das nächste Kapitel befaßt sich mit Bedingungen, die die Vermarktung von Wahlleistungen begünstigen könnten. Vermarktungskonzepte, Leistungsbeschreibung und Anerkennung der Leistung sollten von Kammern und Verbänden unterstützt werden. Drei Kernsätze zu Vertrags- und Wahlleistungen zitiere ich wieder wörtlich:

*Die Ausweitung der Kostenerstattungsregelung auf alle Versicherten ist zentrale Voraussetzung für die Umsetzung des Wahlleistungskonzepts.*

*Das Wahlleistungskonzept muß von den Zahnärzten so umgesetzt werden, daß für die Politik kein Handlungsdruck zu regulierenden Eingriffen entsteht.*

*Die Qualität im Bereich Vertragsleistungen darf gegenüber der Entwicklung in der Zahnheilkunde nicht zurückbleiben.*

Mummert + Partner sehen also durchaus eine Chance in der Kopplung von Kostenerstattung und Wahlleistung. Unmißverständlich ist aber die Warnung vor einer ungebremsten Expansion in den unregulierten Markt zu Lasten der gesetzlich Versicherten. Kühlschränke für Eskimos sind also ebenso kontraproduktiv wie Autos ohne TÜV zum Listenpreis.

### Der privat Zahnärztliche Bereich

In diesem Abschnitt wird mit vielen Sätzen zunächst einmal dazu aufgefordert, die vorhandene GOZ flexibler (also über den Mittelsatz hinaus) anzuwenden. Dies sichere die Kalkulierbarkeit der Kosten für PKV und Erstattungsstellen und damit auch den Markt für privat Zahnärztliche Leistungen.

Wichtig ist Mummert+Partner die Trennung von Honorarvereinbarung (Abdingung) und Erstattungsanspruch. Das heißt, daß die Beihilfeberechtigten die Möglichkeit zur Zuzahlung bei Erhalt des Erstattungsanspruches erhalten sollen. Nachdem die Hälfte aller Privatversicherten beihilfebe-

rechtigt sei und der Gesetzgeber sowohl eine Vergütungsangleichung an die GKV, wie auch eine Reduktion des Anteils der Beschäftigten mit Beamten-Status anstrebe, sei die Trennung zum Erhalt des Honorarvolumens notwendig.

## Einkaufsmodelle

*Die immanente Wettbewerbsdynamik kleinerer Einkaufsmodelle führt zwangsläufig zum Preisverfall und zum Ausscheiden von Grenzanbietern.*

Diese Modelle führten über den Preis- und Leistungswettbewerb zu Preisverfall bei Überkapazitäten, zu einem Teufelskreis von Preis- und Leistungszugeständnissen und einer Fraktionierung der Zahnärzteschaft in „Premiumanbieter“, „Discounter“ und „Grenzanbieter“. Eine Stabilisierung trete erst nach Abbau der Überkapazitäten, ggf. unter Wiederanstieg der Preise ein (hat Herr Gutmann diese Art von Schweinezyklus vorgeschwebt, als er ein Drittel der Zahnärzteschaft aus dem Weg haben wollte?).

Nun kommen einige Sätze, die sich unsere Aufpreisstrategen hinter die Ohren schreiben sollten:

*Das Konzept einiger Gruppen innerhalb der Zahnärzteschaft (Einkaufsmodelle für Zusatzleistungen/Wahlleistungen) ist in mehrfacher Hinsicht kontraproduktiv und darf nicht verfolgt werden.*

*Das Konzept läuft der originären Zielsetzung der Zahnärzteschaft (Premiumpreise für Premiumleistungen) zuwider.*

*Das Konzept schließt Teile der Zahnärzteschaft von der Versorgung im Bereich Zusatzleistungen aus und entwickelt auch für den Bereich Vertragsleistungen zwangsläufig erhebliche Patientenlenkungseffekte. Das Konzept führt nur einige Zahnärzte*

*(-gruppen) und voraussichtlich auch nur für eine befristete Zeit zu verbesserten Honorarvolumina.*

*Das Konzept verstärkt den Einstieg in Einkaufsmodelle aller Art („Dammbruch“)*

Jetzt zur „Kernstrategie“: Mummert + Partner meinen, daß die Politik Einkaufsmodelle nur einführen wird, wenn ihre Ziele anders nicht zu erreichen sind. Nachdem es auch ohne ginge sollen wir – und jetzt kommt’s –

*Deckelung und Punktwertdegression als Instrument zur Kostendämpfung hinnehmen und nicht unterlaufen (z.B. durch Ankündigung von Behandlungseinschränkungen bei Erreichung der budgetierten Gesamtpunktmenge als Kampfmaßnahme).*

Dazu fällt mir nur ein altes Qualtinger/Travnizek-Zitat ein: „Sätraun’ Innan wos!“ Und dafür soll Schirbort auch noch seinen (KZBV-) Anteil von angeblich 400 000.- DM abdrücken? Das wird er wohl nicht so gerne getan haben.

Als weiteres Argument gegen Einkaufsmodelle bieten Mummert + Partner noch die Gefahr der Qualitätsverluste bei „Discount-Leistungen“ an. Wohl wahr, aber wer glaubt noch, daß die Politik wirklich ein Interesse an (guter) Qualität hat?

Schlußsatz zum Thema Einkaufsmodell:

*Die Zahnärzteschaft muß in gezielter Öffentlichkeitsarbeit die Imponderabilien der Systemveränderungen aufzeigen und das Patienten-Interesse in den Mittelpunkt stellen.*

Da muß es aber jemand in Niedersachsen wohl nicht mehr gefunden haben, als er es in diesen Mittelpunkt stellen wollte.

## Qualitätssicherung

Natürlich kann eine ernstzunehmende Beratungsfirma heutzutage an diesem The-

ma nicht vorbei. Hier kann ich mir das lange Zitieren ersparen, in dem Papier sind altgediente DAZ-Positionen im Gegenwert von rund 100 000.- DM zu finden. Deshalb nur vier Sätze:

*Die Zahnärzteschaft sollte die Kontrolle über die Qualitätsdiskussion – insbesondere über die Ergebnisqualität – nicht aus der Hand geben.*

*Das Thema „Qualitätssicherung und Ergebnisqualität“ ist wesentliche Komponente der Argumentation für die Kernstrategien.*

- Vertrags-/Wahlleistungen
- Verhinderung kleinräumiger Einkaufsmodelle

*Die Zahnärzte benötigen zur Erreichung einer optimalen Marktausschöpfung eine erfahrbare, ggf. auch belegbare Qualität und Qualitätsdifferenzierung.*

*Die Zahnärzteschaft sollte eigene Vorstellungen zu Qualitätsanforderungen offensiv formulieren, geeignete Instrumente zur Qualitätsbeurteilung entwickeln und unter eigener Kontrolle durchführen, sonst ist Fremdbestimmung unvermeidbar.*

Nochmals: Falls Sie ähnliches schon oft gelesen haben sollten, dann hat es im *forum* oder im ‚Artikulator‘ gestanden. In den ‚Zahnärztlichen Mitteilungen‘ hätte über das hier besprochene Papier etwas stehen können, meinen Sie? Weil das unser, der Zahnärzteschaft Blatt ist, und unser Geld für diese Studie ausgegeben wurde? Jahaaa – und wer hätte den nicht wiedergutzumachenden Schaden von uns abgewendet, wenn wir plötzlich und unvorbereitet mit den ‚facts of life‘ konfrontiert worden wären? Wer hätte uns über das Schicksal getröstet, daß wir immer dann Polit-Rambos nach vorne schicken, wenn uns der ‚horror vacui‘ über Inhalte und Ethik unserer Standespolitik befällt? Befällt uns nicht, meinen Sie? Sind wir immun dagegen, sagen Sie? Ja hinzuspischelschirbort-nochmal, dann greifen Sie halt schon mal zum Portemonnaie – für eine Million können wir uns vielleicht auch eine Expertise kaufen, wie wir in der Nach-Seehofer-Ära aus der Sch... wieder herauskommen! Die Million können wir Rest-Kassenzahnärzte ja dann bei den 200%-Premiuanbietern erbetteln.

Dr. Kai Müller  
Hauptstr. 26, 82229 Seefeld

#### Infomaterial für Ihre Praxis!

Ein Anruf oder Fax genügt, und schon erhalten Sie in kleinen oder großen Mengen unser Falblatt „Liebe Eltern“ zur frühen Oralprophylaxe.

DAZ im NAV-Virchowbund  
z.H. I. Berger-Orsag  
Belfortstr. 9, 50668 Köln  
Tel. 0221/973005-45  
Fax 0221/7391239.

Fertig mit der Ausbildung und **arbeitslose/r Zahnarzt/ärztin?** Setzen Sie sich mit uns in Verbindung: Tel. 0221/973005-45

#### Praxis-Angebot

Eingeführte Zahnarztpraxis in Kleinstadt im Raum Nürnberg aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. Chiffre 1379

.....  
Eine Degussa Innovation:  
.....

GOLDEN GATE SYSTEM

# Gold- richtig für alle Fälle...



...das multiindikative Golden-Gate-System aus Degunorm und Duceragold

Schluß mit der Materialvielfalt im Patientenmund – das garantiert die biokompatible, hochgoldhaltige Legierung Degunorm. Sie deckt das gesamte Indikationsspektrum ab, angefangen bei Inlays und Onlays über Kronen, Fräsarbeiten und sämtliche Brückenteile bis hin zu Modellfußprothesen. Grund genug, mit Degunorm zu planen. Und dabei zu bleiben. Degunorm ist exakt abgestimmt auf die hydrothermale Keramik Duceragold, in natürlicher Härte und höchstästhetisch in allen Farben. Legierung und Keramik bilden das weltweit erfolgreiche **Golden-Gate-System**. Die optimale, klinisch bewährte Lösung für langfristige Sicherheit.

**Degussa** 

Degussa AG  
Geschäftsbereich Dental  
Postfach 1364  
D-63403 Hanau



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!**

# Jubiläumsjahr 1995: Die 20. Wiederkehr des großen Lamentos

L. Albers

„Ich werde mit allen meinem Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse und Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.“

Die Passage des Genfer Gelöbnisses, der modernen Form des hippokratischen Eides, hielt der stellvertretende Bundesvorsitzende des FVDZ, Steiner, den niedersächsischen Freiverbändlern auf ihrer Jahrestagung 1995 vor Augen. Das hehre Zitat hinderte ihn ebensowenig wie der von ihm angestellte Rückblick auf die fünfziger Jahre („sehr viel hat sich geändert, leider selten zu unseren Gunsten“) das allen geläufige Lamento von den widrigen Bedingungen und den feindlichen Gruppierungen ringsum anzustimmen. Es diente ihm vielmehr dazu, das düstere Szenario noch mit einigen rhetorischen Schlenkern zu garnieren.

Bisher von der Öffentlichkeit kaum beachtet, fand in diesem Jahr die zwanzigste Wiederkehr des ersten wirklich großen Lamentos statt, welches der Freie Verband Kollegen und Nichtkollegen geboten hat: Im Jahre 1974 hatte das Bundessozialgericht verkündet, daß auch die Behandlung mit Zahnersatz „schiedsamtstfähig“ sei. Die Freie Verbandsspitze erklärte diesen Richterspruch zwar bereits sofort mit der Souveränität eines Gutmann zum „Fehlurteil“, allein, es fanden sich einige Kollegen „mit falscher Einstellung“ wie Huber und Zedelmaier, die zu Vertragsverhandlungen bereit waren, und

so traten am 1. Januar 1975 die Prothetikverträge in Kraft. Der Sündenfall hatte sich ereignet, und der Freie Verband hatte sein großes Klagethema.

„Heuchelei“ war im Spiel gewesen und bei einigen Freiverbändlern drohte das Demokratieverständnis bereits damals abhandenzukommen (Kroker, dam. niedersächsischer Landesvorsitzender). Ein „Absinken des hohen Niveaus bei der prothetischen Versorgung“ mußte befürchtet werden. Falls man festzustellen habe, daß „viele prothetische Leistungen aus betriebskalkulatorischen Gründen nicht mehr zu erbringen“ seien, dann wolle der Landesverband Niedersachsen „nicht untätig bleiben, sondern u.U. auch zu bis jetzt noch unpopulären Kampfmaßnahmen aufrufen“ (ders.).

Natürlich sind die Anklagen und Aufrufe des Freien Verbandes heute etwas glatter formuliert und sie enthalten auch deutlich mehr Superlative, aber im Grundsatz war damals bereits die ganze Strategie durchbuchstabiert. Auch die juristische Schiene wurde schon in großem Stil befahren: Der Vorstand der niedersächsischen KZV vertrat den Standpunkt des Freien-Vereins-Vorstandes und legte deshalb „mit einigen weiteren Kollegen“ Beschwerde gegen das höchstrichterliche Urteil beim Bundesverfassungsgericht ein.

Wer darüber nachzusinnen bereit ist, wieviele Budgets und sonstige Widrigkeiten man heute mit dem Geld aus zwanzig Prozeßjahren glatt aussitzen könnte, der hat wohl nicht begriffen, worum es all die Jahre ge-

gangen ist. Für Außenstehende mag sich ja mit der Zeit der Eindruck verfestigt haben, der Freie Verband habe sein Lamento sooft wiederholt, daß es keinen mehr verwundere. Und, was mehr wiegt, die unzähligen publizistischen und gerichtlichen Klagen haben der Öffentlichkeit die Wahrnehmungsfähigkeit für die tatsächlichen Schwierigkeiten des Berufsstandes nachhaltig genommen.

Allzuleicht wird dabei übersehen, daß der FVDZ nicht nur aus Freien Zahnärzten besteht, sondern eben auch aus Deutschen, und deutsch sein bedeutet nun einmal, sich selbst treu zu sein. Man muß bedenken, wie ungleich schwerer es mit der Zeit geworden ist, den düsteren Szenarien eine Steigerung zuteil werden zu lassen, was ja durch die innere Logik ihrer Prophezeiung gefordert war.

Daß sich vor zwanzig Jahren Kollegen bereit gefunden haben, die Prothetikverträge abzuschließen (den VdAK-Vertrag auch noch „freiwillig“! (Kroker)), das war schon ein besonders starkes Stück, und es wirkt nach bis in unsere Tage. So glaubte noch vor kurzem der Kollege Schirbort dem Kollegen Schad gerade dieses Fehlverhalten abermals in aller Ausführlichkeit vorhalten zu müssen. Das hat dann doch schon etwas von einem Dolchstoß-Mythos, zumindest hatte sich etwas historisch außerordentlich Bedeutsames ereignet.

Ganz vergeblich haben sich immer wieder „Gutgläubige“ dazu verleiten lassen, mit fachbezogenen Argumenten das Schlimmste zu verhindern. So wollte ja Zedelmaier damals nur zustimmen, wenn „Verblockungen von Kronen, Verbindungen von abnehmbarem mit feststehendem Zahnersatz, Metallkeramik, die provisorische Brücke u.a.m. ohne vertragliche Bindung bliebe.

Eigentlich hätte man es 1974 wirklich besser wissen können: In der „KFO-Auseinan-

dersetzung“ (Bunke) des Jahres 1972 hatte man nämlich bereits versucht, mit Hilfe der angesehensten deutschen Ordinarien festlegen zu lassen, was denn im Bereich der Kieferorthopädie als Krankheit zu werten und damit unter die Leistungspflicht der Krankenkassen einzuordnen sei. Diese hochkarätigen Fachgelehrten waren sich nicht zu schade gewesen, u.a. zu erklären, daß ein offener Biß erst dann als Krankheit zu werten sei, wenn außer den Frontzähnen auch die ersten Prämolaren ohne antagonistischen Kontakt seien.

Die Bundesrichter sind darauf erstaunlicherweise nicht eingegangen und haben damals ausschließlich juristisch, d.h. laienhaft entschieden: Wer Probleme mit dem Kauen, mit dem Abbeißen oder mit der Sprachbildung hat, der ist behandlungsbedürftig im Sinne des Gesetzes, punktum! So kam die Kieferorthopädie in die Verträge und die Orthopäden wurden mit der Zeit Kassenzahnärzte, wohl nicht in jedem Fall zu ihrem wirtschaftlichen Nachteil.

War es ein Wunder, daß es dem Zahnersatz ebenso erging? Es war sicherlich keines: Der Grund lag einfach darin, daß es der Programmatik der großen Parteien vollauf entsprach. „Jeder Bürger hat ein Grundrecht auf Schutz und Wiederherstellung seiner Gesundheit“, hieß es in den Gesundheitspolitischen Leitsätzen der SPD. „Wir wollen das erstklassige Krankenhaus, in dem jeder Patient ohne Rücksicht auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse nach der Schwere seiner Krankheit behandelt wird.“, betonte die CDU in ihrem Programm zur Landtagswahl in Niedersachsen.

Sicher ist es nicht, daß die Autoren das Genfer Gelöbnis gekannt haben. Es ist aber durchaus denkbar, und vielleicht sind es eher die Ärzte und ihre Mandatsträger, die ihr

Gelöbnis nicht mehr kennen: „Ich werde ... bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“.

Vor zwanzig Jahren konnte man in den Zahnärztlichen Mitteilungen noch lesen, „daß aus dieser Problematik sich auch ergibt, daß die freie Praxis nur dann ihren festen Platz in der Zukunft erhalten kann, wenn sie ein-

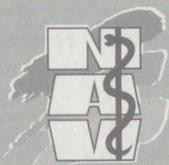
gebettet ist in das System der Sozialen Sicherheit“. Für solche Geisteshaltung hat der Freie Verband den Begriff der Sozialromantik gefunden. Aber der Freie Verband läßt seine Vormänner auch schon mal mit dem Revolver rumfucheln. Er ist eben das, was er vor zwanzig Jahren geworden ist, unser aller Kampfverband.

*Dr. Lutz Albers  
Brakmannsweg 1  
26122 Oldenburg*

### Veranstaltungen des NAV-Virchowbundes

**Nicht nur Ärzte, auch Zahnärzte sind herzlich eingeladen zu den Treffen des NAV-Virchowbundes auf den verschiedenen Ebenen (Bundes-, Landes-, Bezirksgruppen-Ebene). Am besten lassen Sie sich das Programm zuschicken, um entscheiden zu können, ob die Thematik für Sie interessant ist. Nähere Informationen erhalten Sie über Tel. 0221/973005-0 und Fax 0221/7391239.**

- |              |  |
|--------------|--|
| 16.9.1995    | Köln: <b>Landeshauptversammlung</b> des NAV-Landesverbandes Nordrhein  |
| 16.9.1995    | Halle: <b>Landeshauptversammlung</b> des NAV-Landesverbandes Sachsen-Anhalt  |
| 23.9.1995    | Rostock oder Vietgest: <b>Landeshauptversammlung</b> des NAV-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern  |
| 30.9.1995    | Wettenberg: <b>Landeshauptversammlung</b> des NAV-Landesverbandes Hessen   |
| 7.10.1995    | Marktrodach/Rodachtal-Halle, 10.00-17.00 Uhr: <b>Veranstaltung der NAV-Landesverbände Bayern und Thüringen mit berufspolitischer Diskussion, Wirtschaftsseminar, Firmenausstellung</b> |
| 21.10.1995   | Weimar/KV: <b>Landeshauptversammlung</b> des NAV-Landesverbandes Thüringen   |
| 24.10.1995   | 20.00 Uhr, Hamburg/Ärztammer: <b>Landeshauptversammlung</b> des NAV-Landesverbandes Hamburg  |
| 3.11.1995    | 10.30 Uhr, Berlin: <b>Öffentl. Veranstaltung der NAV-Bundeshauptversammlung</b>  |
| 4./5.11.1995 | 9.30 Uhr, Berlin: <b>Arbeitstagung der NAV-Bundeshauptversammlung</b>  |



# Unser Leistungsangebot zu Ihrem Vorteil!

Ihr direkter Weg zu uns:  
Faxen Sie oder schicken  
Sie diese Anzeige an Ihren  
NAV-Wirtschaftsdienst.

NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH  
Sedanstr. 13-17, 50668 Köln  
Tel. (0221) 97 355 - 0  
Fax: (0221) 97 355 - 22

Absender/Stempel

5006409

## Wirtschaftlichkeits- analysen im Praxis- und Privatbereich

- Umfassende Niederlassungsplanung detaillierte Planung der voraussichtlichen Entwicklung Ihrer Praxis aufgrund Ihrer individuellen Verträge, Vorgaben und Erwartungen für mehrere Jahre
- Spezielle Buchführungsauswertungen zeitnah • verständlich • nachvollziehbar

## Versicherungen Vorsorge

- Betriebswirtschaftliche Beurteilung des Versicherungsbestandes
- Sonderkonditionen zur Absicherung der Risiken
  - Berufshaftpflicht
  - Unfall
  - Rechtsschutz
  - Altersversorgung
  - Kranken
  - Praxis

## Praxis- und Baufinanzierung

- Günstige Neufinanzierung
- Zinssenkung/Umschuldung
- Steuerbegünstigte Darlehens-  
tilgung

## Vermögensplanung, Kapitalanlagen

- Vermögenskonzeption
- Geprüfte Investitionen mit Steuer-  
vorteil
- Investmentfonds

## Checklisten, Broschüren

- Broschüre "Tips und Empfehlungen zum Ehegattenarbeitsvertrag" (DM 12,-)
- Broschüre "Ehegatten-Direktversicherung" (DM 10,-)
- Broschüre "Das Testament" (DM 15,-)
- Broschüre "Steuer- und sozialversicherungsfreie Zuwendungen an Arbeitnehmer in Arzt- und Zahnarztpraxen" (DM 8,-)
- "Fahrenbuch zur Ermittlung der steuerlich absetzbaren Kfz-Kosten" (DM 5,-)

# Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in der Schweiz: Beobachtungen und Schlüsse für die Vorbeugung in Deutschland

T. M. Marthaler

## Schweizer Zahnärzte: Seit 1961 konsequent für Gruppen- und Kollektivprophylaxe

In der Schweiz war der Kariesbefall der Jugend zu Beginn der Sechzigerjahre außerordentlich hoch. Zwölfjährige Schüler hatten, je nach Gebiet, im Mittel 6 bis 9 DMF-Zähne, d. h. an Karies erkrankte Zähne. In Deutschland war dagegen die Prävalenz nie so hoch. Angesichts der Überlastung, aber auch der technisch bedingten Unmöglichkeit, der raschen Zahnerstörung mit restaurativen Maßnahmen beizukommen, setzte die Schweizer Zahnärzteschaft von Anfang an auf die Gruppenprophylaxe in den Schulen. In der damaligen Schulzahnpflege – sie umfaßte eine jährliche obligatorische Untersuchung und die darauffolgende prioritäre und subventionierte Behandlung der Schüler – bestand bereits eine Zusammenarbeit zwischen Schule und ansässigen Zahnärzten, denn die entsprechenden Kontrollen oblagen jeweils einem von der Gemeinde ausgewählten Lehrer. Diesem System wurde zu Beginn der Sechzigerjahre in den Kantonen St. Gallen und Zürich die zahnmedizinische Prophylaxe angegliedert, die dann anfangs der Siebzigerjahre in der Mehrzahl der Kantone bereits zum Schulalltag gehörte (Marthaler 1978). In der Folge entwickelten sich die ursprünglichen Zahnbürstübungen, die sechsmal pro Jahr im Schulzimmer durchgeführt werden, allmählich zu einem System der Zahngesundheitserziehung und sind damit im Einklang mit dem Auftrag der Schule.

Der Rückgang des Kariesbefalls wurde am genauesten im Kanton Zürich verfolgt. Das *DAZ-forum* berichtete bereits summarisch über die entsprechenden Resultate von 1963 bis 1991 (*DAZ-forum* 13, 286–287 (1994), detaillierte Berichte bis 1992 bei Marthaler et al. 1994 und Steiner et al. 1995a).

Nach 12jähriger Vorbeugung betrug der Kariesrückgang der Schulkinder im Kanton Zürich 1975–76 rund 50 %: 12jährige Schüler hatten im Durchschnitt „nur“ noch 3,4 DMF-Zähne (Marthaler et al. 1994). Dies entspricht etwa dem deutschen Niveau der Jahre 1989–1992 (alte Bundesländer 4,1, neue Bundesländer 3,3 erkrankte Zähne, Micheelis und Bauch 1993).

## Kariesstatistische Gesetzmässigkeiten, gültig für Deutschland in den Jahren 1995–2000

Es ist offensichtlich, daß in Deutschland gegenwärtig der Kariesbefall bei der Jugend zurückgeht. Die obenstehende Gegenüberstellung zeigt, daß aus der Schweizer Entwicklung 1976–1992 wichtige Details die Entwicklung der Karies voraussagen lassen. In den nächsten 10 Jahren, etwa bis zum Jahre 2005, werden sich in Deutschland die folgenden Gesetzmässigkeiten des Kariesbefalls wiederholen, die im Kanton Zürich festgestellt wurden:

- Approximalkaries, die auf dem Röntgenbild bis ins Dentin vordringt, verschwand weitgehend und bis 1995 fast vollständig (Steiner et al. 1995a).

- Was bleibt, ist praktisch nur noch die Karies in Fissuren und Grübchen der Molaren. Davon waren 1976 bei den 14jährigen noch 6,4 kariös oder gefüllt (=DFS), 1984, zu Beginn der Salzfluoridierung (mit 250 mg F/kg) 3,9, 1992 nur noch 2,0. Die gelegentliche Aussage, die Fissurenkaries werde immer wichtiger, ist irreführend: Sie ging ebenfalls zurück (wobei im Kanton Zürich Versiegelungen praktisch keine Rolle spielten), nur anteilmäßig stieg sie an.
- An den Prämolaren verschwanden sowohl die Okklusal- als auch die Approximalkaries fast vollständig: Nur 2 % aller Prämolaren waren bei 15jährigen Schülern nicht mehr gesund.
- Zusammenfassend kann man daher sagen, daß die Vorbeugung für die überwiegende Mehrzahl der Kinder vor allem noch in den Fissuren und Grübchen der Molaren Ergebnisse wird erzielen müssen. Dies wirft die Frage des Versiegelns auf.

### Die Versiegelung von Molarenfissuren als wirksamste Methode der Intensivprophylaxe

Das Versiegeln von Fissuren, eine bei kunstgerechter Anwendung sehr wirksame individuelle Maßnahme, ist nur bei gezieltem

Einsatz sinnvoll. In welchen Fällen sind Versiegelungen heutzutage angezeigt? Auf Grund unserer detaillierten Longitudinalstudien (Marthaler et al. 1990) sind

- ganz unverfärbte Fissuren nicht zu versiegeln: „Man soll die Finger lassen von ganz gesund, jungfräulich aussehenden Fissuren“;
- ist eine Fissur jedoch dunkelbraun bis schwarz verfärbt und allenfalls auch noch ihre Morphologie zerklüftet, dann ist zu erwarten, daß die Fissur mit einer Wahrscheinlichkeit von ungefähr 50 % innerhalb von 4 Jahren eine Füllung erfordert bzw. erfordern würde; deshalb kann eine Versiegelung sinnvoll sein und Einsparungen ermöglichen.

Tabelle 1 zeigt die wissenschaftliche Grundlage dieser Regeln. Aus ihr geht unmißverständlich hervor, daß die ursprünglich propagierte Regel „Möglichst früh nach dem Durchbruch versiegeln!“ heute verfehlt ist. Da die Zahl der unverfärbten Fissuren ansteigt, wird die Zahl der Fissuren, für die ein Versiegeln sinnvoll ist, zurückgehen.

Der gesundheitliche Nutzen der Versiegelung ist beschränkt, denn die Versorgung kleiner Schäden in Fissuren oder Grübchen von Molaren kann heute mit minimalem

		7-9jährige unver- färbt	Schüler dunkel verfärbt	9-11jährige unver- färbt	Schüler dunkel verfärbt
1976	initial	772	328	384	355
1980	davon DFS:	20%	53%	15%	43%
1984	initial	654	83	415	164
1988	davon DFS:	11%	47%	9%	27%

Tabelle 1: Anzahl Fissuren nach ihrem Aussehen bei der initialen Untersuchung und Anteil der davon 4 Jahre später kariös oder gefüllt vorliegenden (= DFS)

(aus: Marthaler et al SMfZ 1990, S. 841, obere und untere Molaren summiert)

Verlust an Schmelz und Dentin erfolgen und läßt das Parodont völlig unbehelligt. Das Versiegeln von Prämolarenfissuren ist Verschwendung von Arbeit und Geld und ist nur in äußerst seltenen Fällen angezeigt.

### Schwierigkeiten der Selektiven Intensivprophylaxe

Die Selektive Intensivprophylaxe (Marthaler 1975) beruht darauf, daß man die „Hochrisikokinder“ identifiziert, was heute mit bemerkenswerter, allerdings noch nicht ganz befriedigender Treffsicherheit gelingt. Leider sind keine hochwirksamen individuellen Prophylaxeprogramme bekannt, welche Kariesneubefall bei besonders gefährdeten Kindern, die oft gerade wegen mangelnder Kooperation stark kariesaktiv sind, über Jahre einigermaßen zuverlässig verhindern würde. Eine sich über Jahre erstreckende 50prozentige Kariesreduktion durch Intensivprophylaxe ist, mit Ausnahme der Fissurenversiegelung, bisher erst in wenigen, nur 2–3 Jahre dauernden Modellversuchen erreicht worden. Wie will man mit einiger Sicherheit Approximalkaries verhindern – und dies über Jahre?

Die Kosten der Bestimmung des Kariesrisikos durch Speicheltests sind erheblich. Der Vorschlag der DGZMK (1995) lautet:

vollständige „Speicheldiagnostik“	54 DM
Materialkosten	53 DM
Total	107 DM

Allein die Kosten der Identifizierung des einen Risikokindes unter vier Kindern (für Intensivprophylaxe sieht man aus praktischen Gründen ungefähr 25 % der Gesamtheit der Kinder vor) belaufen sich auf rund 400 DM. Da aber oft nur ein Teil der Tests nötig ist, können allenfalls die Kosten auf 200 DM gesenkt werden. Man beachte aber:

zu diesen „Diagnostikkosten“ kommt der eigentliche Aufwand für die Intensivprophylaxe dazu.

Mit Hilfe der DENTOPROG-Methode ist die Kariesvorhersage um ein Mehrfaches billiger; spezielle Materialien, wie bakterielle Nährböden, Chemikalien und Brutschränke, sind nicht erforderlich. Ihr Vorhersagewert wurde bereits statistisch untersucht (Brändle et al. 1991, Helfenstein et al. 1991, Steiner et al. 1992) und erfordert

- bei Kindern unter 7 Jahren lediglich die Zählung der gesunden Milchmolaren
- bei 7-9jährigen zusätzlich die genaue Inspektion der Fissuren und Grübchen der ersten bleibenden Molaren
- bei 9-11jährigen außerdem noch die genaue Inspektion der bukkalen und lingualen Flächen der ersten Molaren.

Die klinische Untersuchung (die ohnehin jedes Jahr erfolgen sollte) zur Feststellung des Kariesvorhersagewertes kostet nur einen Bruchteil der 107 Mark, die für Speicheldiagnostik erforderlich sind. Die Qualität der Vorhersage ist aber etwa gleich gut wie die der Speicheldiagnostik, und zudem über Perioden von bis zu 8 Jahren erwiesen (Steiner et al. 1995b). Derzeit wird an der Vereinfachung der DENTOPROG-Methode gearbeitet, sodaß sie in der Alltagspraxis anwendbar wird.

Intensivprophylaxe, ob rentabel oder nicht, ist angebracht bei

- behinderten Kindern, für die überdurchschnittliche Vorbeugungsanstrengungen notwendig sind, und bei
- frisch zugezogenen Kindern aus Ländern mit hohem Kariesbefall.

Die Intensivprophylaxe gewinnt für Erwachsene zunehmend an Bedeutung. Denn die Behandlungskosten vervielfachen sich

bei fortschreitender Zerstörung der Zahnhartsubstanz; die Stichworte Wurzelbehandlung und Krone mögen hier genügen. Die wenigen Projekte mit „gruppenähnlicher“ Vorbeugung (Schweden, Schweiz) bei Erwachsenen ergaben ebenfalls ausgezeichnete Resultate.

### Die Gruppenprophylaxe in den Schulen ist nach wie vor aktuell

1. Durch Gruppenprophylaxe wurde ein mittlerer Kariesbefall von 2,0 oder weniger DMF-Zähnen bei 12jährigen erreicht. Beispiele sind die Niederlande, Irland und England (am sehr niedrigen Kariesbefall der Jugend in skandinavischen Ländern ist die in den Schulzahnkliniken gewährte Individualprophylaxe zusätzlich beteiligt).
2. Die Jugendlichen der „Hochrisikogruppe“, also das Viertel oder Fünftel der Kinder mit dem höchsten Befall, weisen bei ausgebauter Gruppenprophylaxe im Alter von 13 bis 15 Jahren nur noch rund 7 bis 14 Kariesschäden auf; das sind ein bis zwei neue Schäden pro Jahr. Zwangsläufig werden die Kosten von Diagnostik und Vorbeugung höher ausfallen als die immer geringer werdenden eingesparten Füllungskosten. Allgemein gilt: Je mehr das generelle Niveau des Kariesbefalls absinkt, desto ungünstiger wird das Kosten-Nutzenverhältnis der Intensivprophylaxe.
3. Bei günstiger politischer Organisation kann die Gruppenprophylaxe sehr billig sein. Der Schweiz erwachsen aus dem Einsatz von Schulzahnpflegerinnen pro Kind Kosten von Fr. 11.– bis 22.–, berechnet gemäss Kostenstand 1995, der sowohl Ausbildung und Bezahlung der Helferinnen als auch Materialkosten ein-

schließt (Fr. 10.– in den Jahren 1988–91 laut Dissertation Thoma 1994).

In Deutschland stehen der breiten Einführung der Gruppenprophylaxe verschiedene Hindernisse im Weg. Dort, wo diese seit Jahren funktioniert, hat sie sich bewährt (so in Heilbronn, Laatzen, Berlin etc.).

### Salzfluoridierung als Gruppenprophylaxe

In Deutschland, Frankreich und der Schweiz ist die Salzfluoridierung eine Form freiwilliger Gruppenprophylaxe. Die „Gruppe“, die zur Zeit dieses Angebot nutzt, also der Käuferanteil des fluoridierten Haushaltssalzes, machte 1994 in Deutschland rund 12 % der Bevölkerung aus und schwankt in Frankreich seit einigen Jahren zwischen 40 und 50 % (dies sind die Marktanteile des fluoridierten Salzes). In der Schweiz lag der Anteil 1987–1991 konstant bei 75 %. Ein neues Marketingkonzept brachte 1992 einen schweren Rückschlag auf einen Anteil von etwas unter 60 %. Es wurde aber in Absprache mit den großen Verteilerorganisationen mit Beginn des Jahres 1994 folgendermaßen korrigiert:

- Alle Salzsorten sind in 500-Gramm Pakungen erhältlich;
- nur das Salz mit Fluorid und Jodat wird sowohl in 500-Gramm- als auch in Kilopaketen verkauft;
- die traditionelle Preisgleichheit wurde beibehalten, und in der Kilopackung ist das Salz (mit F und J!) sogar etwas billiger.

Diese Anpassung der Verpackungen an die Kaufgewohnheiten der Konsumenten erwies sich als sehr erfolgreich: Der Marktanteil des Salzes, das sowohl Fluorid als auch Jodat enthält, beträgt seit Sommer 1994 nunmehr 83 %.

Bei richtiger Handhabung ist die Salzfluoridierung die billigste Methode der Kariesvorbeugung: Kostenlos für den Konsumenten, wenige Pfennige pro Jahr und Person für den Produzenten und die Konsumenten aller Altersgruppen profitieren davon.

Der anhaltende Kariesrückgang in der Schweiz (DAZ-forum 13 286-287 (1994)) ist zu einem bedeutenden Teil der Kombination von fluoridhaltigen Zahnpasten (über 90 % seit 1980) mit fluoridiertem Salz (seit 1983 Marktanteil von 68 auf 83 % ansteigend) zuzuschreiben, wobei die Zahngesundheits-erziehung in den Schulen seit 1965-1970 als auslösender Faktor diente.

Prof. T. M. Marthaler

Station für Angewandte Prävention

Zentrum für Zahn-, Mund-  
und Kieferheilkunde

Plattenstr. 11, Postfach 8028 Zürich

## Literatur

BRAENDLE C., MENGHINI G. D., MARTHALER T.M.: Kariesrisikobestimmung bei Schulkindern aufgrund mikrobiologisch-chemischer Mundflüssigkeitsanalysen und des klinischen Zahnstatus. Schweiz Monatsschr Zahnmed, 101:993-996 (1991).

HELFFENSTEIN U., STEINER, M. MARTHALER T.M.: Caries Prediction on the Basis of Past Caries Including Precavity lesions. Caries Res 25: 372-376 (1991).

MARTHALER T.M.: Selektive Intensivprophylaxe zur weitgehenden Verhütung von Zahnkaries, Gingivitis und Parodontitis beim Schulkund. Schweiz Monatsschr Zahnheilk 85: 1227-1240 (1975).

MARTHALER T.M.: Programme der präventiven Zahnmedizin in der Schule. Soz Präz Med 23: 177-180 (1978).

MARTHALER T.M., STEINER M., BANDI A.: Werden verfärbte Molarenfissuren innerhalb von vier Jahren häufiger kariös als nicht-verfärbte? Schweiz Monatsschr Zahnmed 100:841-846 (1990).

MARTHALER T.M., STEINER M., MENGHINI G. D., BANDI A.: Caries prevalence in Switzerland. Int Dent J 44:393-401 (1994).

MICHEELIS W., BAUCH J.: Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. IDZ, Materialienreihe, Bd. 11.3. Deutscher Ärzte-Verlag Köln (1993).

STEINER M., HELFFENSTEIN U., MARTHALER T. M.: Dental Predictors of High Caries Increment in Children. J Dent Res 71:1926-1933 (1992).

STEINER M., MENGHINI G. D., MARTHALER T.M., BANDI A.: Zahngesundheit von daueransässigen Schülern in 16 Zürcher Landgemeinden im Jahre 1992. Schweiz Monats-schr Zahnmed im Druck (1995a).

STEINER M., HELFFENSTEIN U., MARTHALER T. M.: Validation of Long-Term Caries Prediction in children. Caries Res im Druck (1995b).

THOMA M.: Zum Einsatz von Schulzahn-pflegehelferinnen als Zahngesundheits-Erzieherinnen in Schweizer Volksschulen. Med Diss Zürich 1994.

### Praxis-Angebot

Zahnarzt-Praxis mit 2 Behandlungszimmern, bestens ausgestattet, 140 qm Praxisfläche, Labor und Technikbereich im EG vorhanden und für 3. Behandlungszimmer nutzbar, Umsatz 750.000 - 800.000 DM, Großraum Stuttgart, gute Helferinnen, die bleiben, akzeptable Miete, Zahnarzt ist auch Immobilien-Eigentümer, Verkauf aus persönlichen Gründen kurzfristig bzw. im Laufe des Jahres vorgesehen. Chiffre 1371

# 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

# Das Märchen vom Karieswunder

St. Zimmer

„Zahngesundheit unserer Kinder immer besser“, „Rasante Verbesserung der Zahngesundheit“ „Spitzenplatz in der europäischen Kariesliga“. So und ähnlich lauten die Schlagzeilen der letzten Wochen in der zahnärztlichen Standespresse zum Thema Prophylaxe. Die von der DAJ in Auftrag gegebene Studie zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen hat es an den Tag gebracht: Innerhalb von nur 10 Jahren hat sich die Anzahl erkrankter Zähne bei den 6/7jährigen um 50% und bei den 9jährigen sogar um 70% reduziert. Bei den 12jährigen war die Entwicklung noch rasanter: Seit den Ergebnissen der IDZ-Studie aus dem Jahre 1989 haben sich die DMFT-Werte von damals 4,1 auf 2,3–2,6 verbessert. Das sind gut 40% in 5 Jahren!

Endlich brauchen wir also beim Thema Kariesprophylaxe nicht mehr neidisch ins benachbarte Ausland zu schießen, um zähneknirschend das dort Erreichte zu kommentieren. Im Gegenteil, die nun veröffentlichten Daten zeigen doch, daß unser Tempo im Kariesrückgang zumindest europäische Spitze ist. Sogar das Schlaraffenland der Kariesprophylaxe, die Schweiz, kann bei dieser Beschleunigung nicht mehr mithalten. Selbst in den „Vorzeigegebieten“ Basel und Kanton Zürich hat man gut doppelt solange gebraucht, um ähnliche Verbesserungen zu erzielen. Geradezu deprimierend muß es für unsere Nachbarn sein, mitanzusehen, mit welcher Effizienz wir das Geschaffte erreicht haben. Während man in anderen Ländern auch nur annähernd vergleichbare Erfolge mit mühsamem Engagement vor allem in der Gruppen- und Kollektivprophylaxe zäh-

erarbeiten mußte, ging bei uns alles wie von selbst. Wir mußten die Salzfluoridierung nicht so konsequent wie die Schweiz betreiben, wo der Marktanteil an fluoridiertem Speisesalz mittlerweile über 80% liegt, (bei uns hingegen nur bei 11%). Auch auf lokale Fluoridierungsmaßnahmen waren wir nicht angewiesen. Nach einer eigenen, im Jahre 1995 durchgeführten bundesweiten Umfrage werden im Rahmen der Gruppenprophylaxe nur 4,7 bzw. 6,5% der Zielgruppe von den gesetzlich vorgeschriebenen Fluoridierungsmaßnahmen erreicht. Die IP-Positionen haben wir erst recht nicht gebraucht. Diese haben nach sehr schleppendem Beginn auch noch im Jahre 1992 weniger als 20% aller 6-19jährigen erreicht, umgerechnet erhielten sogar nur ca. 11% einmal im Jahre eine Fluoridapplikation, vorgesehen sind zwei für alle Kinder der Zielgruppe. „Den Seinen gibt's der Herr im Schrafe“.

Angeichts solch schöner Erfolge können nur notorische Nörgler und Besserwisser bezweifeln, daß wir in der Gruppenprophylaxe auf dem richtigen Weg sind. Mit welchem Recht wollen diese Querulanten jetzt eigentlich noch einen Ausbau der Jugendzahnpflege mit mehr Personal in den zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter, flächendeckende Fluoridierungsmaßnahmen, mindestens 2 Gruppenprophylaxekontakte pro Jahr für alle und zusätzlich 4 für Kariesrisikokinder fordern?

Nur Ewiggestrige könnten monieren, daß die Untersuchungen der IDZ-Studie in Zahnarztpraxen mit optimalen Untersuchungsmöglichkeiten stattfanden, wogegen die nun vorliegenden Daten unter Feld-

bedingungen erhoben wurden oder daß die Untersucher beider Studien unterschiedlich kalibriert gewesen sein könnten. Vergessen wir rasch den Einwand dieser Spielverderber, daß die großen Verbesserungen, die durch die DAJ-Studie nachgewiesen wurden, nicht auf einem tatsächlichen Gesundheitsgewinn beruhen, sondern vor allem ein aus der fehlenden Vergleichbarkeit der Studien entstandenes Artefakt seien. Das würde doch auch gar nicht in unsere standes-

politische Landschaft passen. „Honni soit, qui mal y pense!“

Statt unanständigen Gedanken nachzuhängen, sollten wir lieber freudig das „Karieswunder“ begrüßen und fortan von der bösen Wirklichkeit unbehelligt und zufrieden in unserer heilen Prophylaxe-Märchenwelt leben.

Dr. Stefan Zimmer

Föhlerstr. 15

13353 Berlin

Besuchen Sie unsere monatlichen  
**Studiengruppentreffen!**

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung  
standespolitische Information  
und das kollegiale Gespräch*

Wiedergewinnung ärztlicher Autorität, Wiederherstellung des Ansehens  
unseres Berufsstandes, Wiederaufbau des politischen Einflusses

Darum:



# Fluoridierungsprogramm in einem sozialen Brennpunkt in Hannover

## Erfahrungsbericht nach vier Jahren

F. J. Robke

### 1 Sozialstatus und Karies

#### 1.1 Sozioökonomische Situation in Hannover

Das Gesundheits-, Jugend- und Sozialdezernat der Landeshauptstadt Hannover hat den Sozialbericht 1993 (1) vorgelegt. In diesem wird die Aufmerksamkeit ganz besonders auf die Lage der Kinder, Jugendlichen und Familien gerichtet. Es ist einer der ersten kommunalen Sozialberichte in Deutschland, der dem sogenannten „Lebenslagenansatz“ folgt. Die Betrachtung wird dabei nicht, wie sonst üblich, nur auf einen einzelnen Aspekt gerichtet, sondern breit gestreut auf z.B. verschiedene familiäre Haushaltsformen, auf die finanzielle Lage, auf die Wohnsituation, auf das Bildungs- und Weiterbildungsverhalten, auf die gesundheitliche Lage und auf die Versorgung mit Infrastruktur.

Die Ergebnisse sind ernüchternd: Haushalte mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind nur noch eine kleine Minderheit in der Stadt, viele Haushalte befinden sich in einer Armutssituation.

Der Bericht zeigt auf, daß in bestimmten Teilen der Stadt Familienhaushalte in überdurchschnittlicher Weise von Einkommensarmut betroffen sind und daß damit eine Teilhabearmut einhergeht, die sich bis hin zu einer schlechteren gesundheitlichen Befindlichkeit der Kinder auswirkt.

Die Erfahrungen der Kinderärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes bieten hier-

für weitere Belege. In den nördlichen und westlichen Bezirken der Landeshauptstadt ist der Anteil auffälliger Befunde mit rund einem Viertel überdurchschnittlich hoch (Beeinträchtigung des Seh- und Hörvermögens, Sprachstörungen, orthopädische Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, motorische Defizite usw.).

Auch die räumliche Verteilung der zahnärztlichen Untersuchungsbefunde in Grundschulen zeigt ein ähnliches Bild. Auffällig ist dabei eine Trennungslinie zwischen den östlichen und westlichen Stadtteilen Hannovers. Dieses Strukturmuster ungünstiger Oralbefunde stimmt weitgehend überein mit der räumlichen Verteilung der Empfängerliche von Hilfe zum Lebensunterhalt, aber z.B. auch mit der Teilhabearmut am Schulwesen.

Neben den sozioökonomischen Merkmalen zeigt auch der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung eine Konzentration in diesen sozial belasteten Stadtteilen. Absolut betrachtet lebt ein Fünftel der ausländischen Bevölkerung von Hannover im Stadtteil Linden; hier beträgt der Anteil an allen Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mehr als 40%.

#### 1.2 Zahngesundheit und soziale Lage

In den vergangenen Jahren konnte in Studien (2) nachgewiesen werden, daß ca. 30% der Kinder 70% der Zahnschäden auf sich vereinigen. Viele Untersuchungen beschäftigen sich derzeit mit dem Problem der Identifikation dieser Kariesrisiko-Kinder.

Daß die soziale Schichtzugehörigkeit mit dem Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht werden kann, ist aus verschiedenen Bereichen der Prävention bekannt (Drogen, Fehlernährung, Herz-Kreislaufkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern usw.). Eine von BLINKHORN in Edinburger Kindergärten durchgeführte Untersuchung ergab, daß das soziale Wohnumfeld in Verbindung mit dem sozialen Status der Familie erheblichen Einfluß auf die Zahngesundheit und den Zuckerkonsum der Kinder hat. PIEPER ermittelte in Göttingen bei Eltern aus den oberen sozialen Schichten eine bessere Compliance bei Präventionsangeboten und günstigere Gebißbefunde bei ihren Kindern.

## 2. Am Sozialstatus orientierte Kariesprophylaxe

### 2.1 Stadtteilorientierte Oralprophylaxe

Gesundheitsvorsorge muß das Wohnumfeld der Kinder, in der sie leben, zur Schule gehen und ihre Freizeit verbringen, stärker berücksichtigen. Wenn Kinder vornehmlich „auf der Straße“ aufwachsen, ist der Einfluß des sozialen Umfeldes erheblich. Es ist davon auszugehen, daß in Zukunft die Gesundheitsprävention nur dann erfolgreich arbei-

ten kann, wenn sie diese Umfeldfaktoren ausreichend in ihre Konzeption mit einbezieht. In Stadtteilen, wo 30% bis 50% der Schulkinder aus ausländischen Familien stammen, muß die Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und Schulen die besonderen kulturellen Umstände, das bisherige Gesundheitsverhalten der Eltern (Ernährung, Hygiene usw.) und die besondere familiäre Situation der Kinder umfassender berücksichtigen.

Damit eine wirksame Kariesreduktion bei Kindern erreicht werden kann, sind Prophylaxemaßnahmen notwendig. Bei diesen Bemühungen wirken Elternhaus, soziales Umfeld, Kindergarten, Schule, Hauszahnarzt und Jugendzahnpflege mit. Es erscheint daher notwendig, die verschiedenen Ebenen in der Gesundheitserziehung und ihre Einflußgrößen darzustellen:

Tabelle 1: Ebenen der Gesundheitserziehung und ihre Einflußgrößen

familiäre Ebene	Kind / Eltern
institutionelle Ebene	Kindergarten / Hort / Schule
professionelle Ebene	Jugendzahnpflege / Hauszahnarzt

Tabelle 2: Checkliste für angewandte Prophylaxemaßnahmen

Maßnahme Anbieter	Ernährung	Mundhygiene	Fluoride	Sek.Prävention (Behandlung)
Eltern				Unterstützung Begleitung
Kindergarten/ Hort / Schule	Frühstück Mittagessen	tägliches Zähneputzen	F-Tabelle F-Gellee	
Jugendzahnpflege	Information	Information + prakt. Übung	Information +Fluoridierung	Zahnärztliche Untersuchung
Hauszahnarzt	IP 6-19j.	IP 6-19j.	IP 6-19j	vollständige Sanierung

Die Wirksamkeit einer Prophylaxemaßnahme ist erst dann gegeben, wenn ihre regelmäßige Anwendung gewährleistet ist. Es gilt dabei abzuklären, wer wo eine regelmäßige Gesundheitsvorsorge durchführt.

Mithilfe der folgenden Checkliste kann das tatsächliche Tun, also die Handlungsebene, evaluiert werden.

Je nach sozialer Schicht und sozialem Umfeld können Eltern bei den Prophylaxebemühungen zu großen „Unsicherheitsfaktoren“ werden. In der Schule wird allgemein der Bereich Ernährung ausführlich besprochen. Ob jedoch ein gesundes Ernährungsverhalten erreicht wird, darf bezweifelt werden. Das gemeinsame Pausenfrühstück im Klassenraum wirkt hingegen durch das tägliche „Tun“ auf das Gesundheitsverhalten der Kinder. Regelmäßige Mundhygiene ist in den Schulen derzeit noch eine Utopie und die jährliche zahnärztliche Reihenuntersuchung wirkt in erster Linie sekundärprophylaktisch.

Ohne die Wichtigkeit der Ernährungslenkung und der Mundhygiene in der Kariesprophylaxe zu schmälern, sollten die Erwartungen in diesen Bereichen eher niedrig angesetzt werden. Eine positive Verhaltensänderung, wie sie sich in vielen deutschen Familien in den letzten Jahrzehnten langsam entwickelt hat, scheint in sozial schwierigen Familien und auch in Ausländerfamilien kurzfristig nicht erreichbar zu sein.

## 2.2 Stellenwert der regelmäßigen Fluoridierung

Die Fluoridierung ist mit Sicherheit die effizienteste Maßnahme in der Kariesprophylaxe überhaupt. Im Rahmen des „Marburger Modells“ (3) konnte gezeigt werden, daß durch halbjährliche Duraphat-Touchierung die Karies um mehr als 40% gehemmt wer-

den kann. Die Wirksamkeit solcher Maßnahmen ist allerdings risikoabhängig. Kinder mit einem hohen Kariesrisiko profitieren prozentual deutlich weniger als solche mit einem initial niedrigen Risiko.

## 3 Eigene Untersuchungen

### 3.1 Probanden und Methode

Die Auswertung der zahnärztlichen Befunddaten in den einzelnen Stadtbezirken von Hannover macht deutlich, daß Kariesrisiko-Personen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) sich in bestimmten Bezirken konzentrieren und man daher auch von Kariesrisiko-Gruppen bzw. -Schulen, wenn nicht gar von Kariesrisiko-Stadtteilen sprechen muß.

Im Stadtteil Hannover-Linden sind in sechs Grundschulen etwa 1650 Kinder eingeschult. Seit dem Schuljahr 1990/91 wird in drei dieser Schulen mit etwa 750 Schülern eine regelmäßige Fluoridlack-Applikation durchgeführt. Die drei Schulen wurden u.a. ausgewählt, weil sie im Bereich der Ernährungslenkung bereits seit Jahren ein gemeinsames Pausenfrühstück in der Klasse praktizieren.

Die Duraphat-Applikation wurde im Herbst 1990 in den 1. Klassen begonnen und umfaßt mittlerweile alle Jahrgangsstufen. Seit dem Schuljahr 91/92 wird die Fluoridierung auch den Kindern im Vorschulbereich und im Schulkindergarten angeboten. Die zunehmende Tendenz, Kinder etwas später einzuschulen, hat Auswirkungen auf unsere kariesprophylaktischen Bemühungen. Immer häufiger beobachten wir, daß bereits im Kindergarten der Durchbruch der 6-Jahr-Molaren stattfindet. Um einen möglichst frühen Schutz der 6-Jahr-Molaren zu gewährleisten, ist es gerade bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko notwendig, diese Fluoridierungsmaßnahmen auch im Vorschulbereich anzubieten.

Pro Schuljahr werden die Kinder einmal zahnärztlich untersucht und erhalten dreis- bis viermal jährlich eine Fluoridlack-Applikation, verbunden mit einer praktischen Zahnputzübung mit allen Kindern der Klasse. Folgende Gründe veranlaßten uns vor vier Jahren, die Fluoridapplikation bei den Kindern mindestens dreimal jährlich durchzuführen:

- überproportional hohe Kariesprävalenz in diesen Grundschulen
- hohe Schülerfehlquote in den Klassen
- häufig beobachtetes Fehlverhalten nach der Lackapplikation (z.B. Genuß von Kaugummi oder klebrigen Süßigkeiten, harten Nahrungsmitteln zum Mittagessen, Zähneputzen usw.)
- einige Ausländergruppen können aus Glaubensgründen zu bestimmten Zeiten nicht an Zahnreinigungs- und Fluoridprophylaxemaßnahmen teilnehmen
- schlechter Sanierungsgrad vornehmlich der Milchzähne

Eine Selektion nach unterschiedlichem Kariesrisiko erfolgte nicht, da der überwiegende Teil der Kinder sowieso stark kariesgefährdet war und eine Selektion der wenigen gering gefährdeten aus diagnostischen, organisatorischen und sozialen Gründen zu aufwendig war.

## 3.2 Erfahrungen und Ergebnisse

### 3.2.1 Compliance

Zwar lag für 80% der Kinder eine Einwilligung der Eltern vor, in Anspruch genommen wurde die Fluoridprophylaxe jedoch nur von 68% der Kinder. Insgesamt schwankt die Quote der Elterneinwilligung in den Klassen zwischen 40% und 100% und ist davon abhängig, wie überzeugt die Klassenlehrer von der Maßnahme sind. Das Angebot der

regelmäßigen Fluorid-Applikation erreicht noch nicht alle kariesgefährdeten Kinder. Eine hohe Compliance wird bei den Kindern erzielt, deren Eltern sehr um die Gesundheit ihrer Kinder besorgt sind. Eltern, die jegliche Anwendung von Fluoriden ablehnen, sind die Ausnahme.

Insgesamt erscheint die Verfahrensweise, daß die Eltern eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben müssen, problematisch. Praktikabler ist das Verfahren, die Eltern nach vorheriger schriftlicher Information über die vorgesehenen Maßnahmen im Falle der Ablehnung aktiv ihre Nicht-einwilligung erklären zu lassen. Damit entfallen folgende Problembereiche:

- Kinder geben den Zettel nicht bei den Eltern ab, Zettelverlust usw.
- Kinder, deren Eltern sich nur unzureichend um sie kümmern, können trotzdem teilnehmen,
- der organisatorische Aufwand für den wenig motivierten Lehrer entfällt

### 3.2.2 Effekt der Fluoridprophylaxe

Die Auswertung der zahnärztlichen Untersuchungsbefunde der letzten vier Schuljahre der sechs im Stadtteil Hannover-Linden befindlichen Grundschulen ergibt folgendes Bild:

In den sechs Grundschulen ist eine allgemeine Abnahme der Karies feststellbar. Bereits die Eingangsbefunde der 1. Klassen zeigen eine positive Tendenz: Im Schuljahr 1990/91 wurde bei den Erstklässlern ein durchschnittlicher DMFT von 0,7 festgestellt, das Schuljahr 93/94 erbrachte DMFT-Werte zwischen 0,3 und 0,6. Die niedrigsten Eingangsbefunde finden sich in den Grundschulen, wo bereits die Vorklassen bzw. der Schulkindergarten an der Fluoridprophylaxe teilnehmen.

Ein Vergleich mit den Abschlußklassen ohne Fluorid-Prophylaxe ergibt, daß die Kariesprävalenz deutlich niedriger ist und daß der Anteil der naturgesunden bleibenden Gebisse von ca. 30% auf 43% bei den Viertklässlern zugenommen hat.

Im Vergleich mit den Schulen, die nicht an der Fluoridprophylaxe teilnahmen, wurde eine Reduktion der Karieszunahme von 33% (Befundauswertung der Abschlußklassen 1994) erreicht, obwohl in den Schulen mit erweiterter Basisprophylaxe nur 2/3 der Kinder an der regelmäßigen Fluoridapplikation teilnahmen.

### 3.3 Diskussion und Schlußfolgerung

Neben den genannten drei Grundschulen wird die regelmäßige Fluoridapplikation auch noch in zwei Sonderschulen durchgeführt. In allen Einrichtungen hat sich in den letzten vier Schuljahren eine positivere Einstellung zur Zahngesundheitserziehung entwickelt. Ein wichtiger Grund scheint die Tatsache zu sein, daß die Jugendzahnpflege nicht nur den Zahngesundheitszustand der Kinder feststellt (Behandlungsscheine ausstellen) sondern ganz konkret eine Maßnahme mit meßbarem Erfolg durchführt. Mit der regelmäßigen

Tabelle 3: Kariesprävalenz (DMFT) der 4. Klassen 1991/92 (ohne Fluoridprophylaxe) und 1994/95 (teilweise mit Fluoridprophylaxe)

Grundschule	Schuljahr 91/92 (ohne Fluorid-Prophylaxe)	Schuljahr 1994/95	
		Fluorid-Prophylaxe seit	DMFT
Limmer	2,78	1,83	1.Klasse
Linden-Nord I	2,48	1,78	1.Klasse
Linden-Nord II	1,98	1,76	ohne
Linden-Mitte I	2,23	2,29	ohne
Linden-Mitte II	2,18	2,19	2.Klasse
Linden-Süd	2,55	2,51	ohne

#### 3.2.3 Effekt der vierteljährlichen Putzübungen

Neben dem karieshemmenden Effekt der Fluoridprophylaxe konnte eine erhöhte Bereitschaft zur Zahnbehandlung bei den Kindern festgestellt werden. Nicht unerheblich ist die Feststellung einiger niedergelassener Kollegen, daß mit den regelmäßigen Putzübungen eine wesentliche Verbesserung der gingivalen Verhältnisse eingetreten und somit eine bessere konservierende Versorgung möglich ist. Bei den Reihenuntersuchungen ist dies z.T. an den qualitativ besseren Füllungen feststellbar.

Fluoridierung wird ein Teilbereich der Oralprophylaxe „Ernährungserziehung - Mundhygiene - Fluoridierung“ als regelmäßige Aufgabe von der Jugendzahnpflege übernommen und als hilfreich und positiv eingeschätzt, da dieses als zahnmedizinisch-kompetentes Handeln wahrgenommen wird. Gleichzeitig bleibt die pädagogische Arbeit der Gesundheitserziehung in der Hand des Lehrerkollegiums, spezielle Hinweise zur Zahngesundheit werden dem jeweiligen Lehrern mitgeteilt, der sie im Unterricht den Schülern weitergibt und beim Schulfrühstück praktisch umsetzen kann. Die Kinder erhal-

ten praktische Putzunterweisungen, die sie zu Hause üben und praktizieren können. Interessant erscheint die Wahrnehmung eines Sonderschullehrers, der in letzter Zeit häufiger in seiner Klasse die Beobachtung machte, daß einige Schüler wegen ihres Mundgeruches von den Mitschülern ange- raunt wurden mit den Worten: „Sag mal, putzt Du Dir nie die Zähne?“

Feststellbar ist aber auch, daß die Polarisierung der Karies durch eine solche gruppenprophylaktische Maßnahme nicht ver-

ringert wird. Die Kariesprävalenz ist jedoch insgesamt geringer.

Grundschulkindern mit einem hohen Kariesrisiko benötigen neben dieser Basisprophylaxe eine zusätzliche Betreuung, die zuerst die konservierende Versorgung sicherstellt und dann intensivprophylaktische Maßnahmen einleitet.

Literatur beim Verfasser

*Franz Josef Robke*

*Zahnarzt und Sozialpädagoge*

*Wolfenbütteler Str. 23 B, 30519 Hannover*

## Deutscher Kongreß für präventive Zahnheilkunde 1995 in Bonn

### Aktuelle Aspekte moderner Prävention

Der Kongreß wird zum 4. Mal unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Johannes Einwig, LZK Stuttgart, durchgeführt und in diesem Jahr von Prof. Dr. Wolfgang Sperr, Universität Wien, unterstützt.

14 Referenten werden zu Themen der Präventiveffekte über die aktuellen Aspekte der Karies- und Parodontalprophylaxe wie auch zu Spezialgebieten der Zahnmedizin referieren. Die strukturellen Voraussetzungen der Prophylaxe wird Tagungsleiter Prof. Dr. J. Einwig in seinem Hauptvortrag darstellen.

Die weiteren Referenten: Frau Prof. Dr. B. Willershausen-Zönnichen (Moderne Wirkstoffsysteme), Prof. Dr. B.-M. Kleber, Berlin (Präventiver Effekt parodontalchirurgischer Maßnahmen), Dr. J. W. Kleinfelder, Münster (Der Rezidivpatient in der Parodontologie), Prof. Dr. W. Sperr, Wien (Präventiver Effekt der Füllungstherapie), Priv.-Doz. Dr. A. Lussi, Bern

(Diagnose und Therapie der Fissurenkaries), Prof. Dr. R. Slavicek, Wien (Prävention und Frühbehandlung des Kiefergelenks aus der Sicht des Prothetikers), Priv.-Doz. Dr. A. Bumann, Kiel (Präventive Frühbehandlung des Kiefergelenks aus der Sicht des Kieferorthopäden), Dr. A. Moritz, Wien (Laserbehandlung empfindlicher Zahnhälse), Dr. A. M. Kielbassa, Freiburg (Konventionelle Therapie bei empfindlichen Zahnhälse), Dr. K.-P. Wefers, Gießen (Präventive Aspekte der Gerontostomatologie), Dr. P. Dünninger, Münchberg (Angstabbau durch Hypnose in der zahnärztlichen Praxis), Frau Dr. J. Margraf-Stiksrud (Motivation und Remotivation bei Problempatienten) und Wilhelm Huber, München (Früherkennung von und Maßnahmen in lebensbedrohlichen Notfallsituationen).

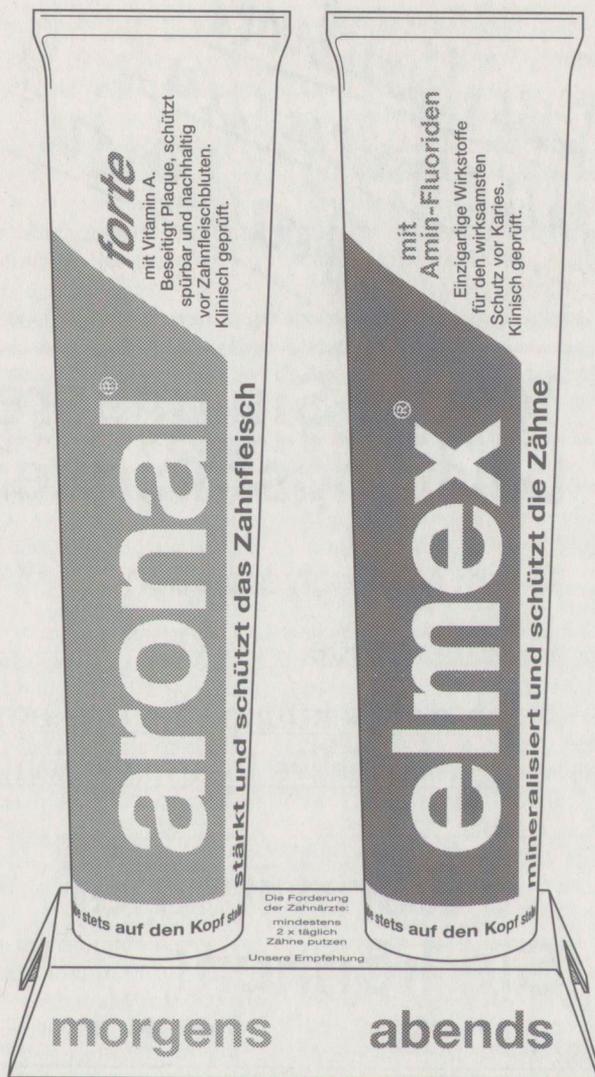
Termin: 27. / 28. Oktober 1995, Bonn /Bad Godesberg, Hotel Maritim.

Informationen und Anmeldung: Tel. / Fax: 0130 / 83 56 51

# Der medizinische Schutz

für das Zahnfleisch

für die Zähne



## Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Dental-  
Depot  
Hermann

**FÄGER**

Sup-Dent  
GmbH

*Für Münchner  
Unternehmen mit  
Tradition!*

**Testen Sie unsere  
Leistungsfähigkeit...**

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

**... wann immer  
Sie können!**

---

Pettenkofferstraße 4 · 80336 München  
Telefon 089/551800-0

# Kinderbehandlung in der Praxis

## Eigene Erfahrungen im Umgang mit kleineren Kindern

U. Frenzel

Im Laufe der Zeit habe ich eine Menge Erfahrungen bei der Behandlung kleiner Kinder gemacht, die mir zu Beginn meiner Tätigkeit echt gefehlt hatten und die ich gern an Interessierte weitergeben möchte

Manche Nachmittage habe ich fast nur Kinder in der Praxis, seit zehn Jahren betreue ich über die LAG drei Schulen und einen Kindergarten und als Mutter kenne ich aus eigener Erfahrung den täglichen Kampf gegen Süßigkeiten und für Zahnpflege.

Nicht zur zahnmedizinischen Versorgung jedoch möchte ich etwas sagen, denn da habe ich leider auch so meine Probleme, mehrflächige Kunststofffüllungen im ewig feuchten Kindermund dauerhaft zum Halten zu bringen, sondern zum Umgang mit kleineren Kindern.

Unterteilen möchte ich die Kinder nach Altersgruppen in kleine, 2–3-jährige, die noch nicht einmal in den Kindergarten gehen, in die 4–6-jährigen Kindergartenkinder und die 6–10-jährigen Schulkinder. Ältere Kinder machen ja erfahrungsgemäß kaum noch Schwierigkeiten.

Bei den ganz Kleinen geht es meist nur darum, einen Blick auf die Zähne werfen zu können. Wenn sie zu ängstlich sind, allein auf dem Behandlungsstuhl zu sitzen, bitte ich die Begleitperson, sich hinzusetzen und das Kind auf den Schoß zu nehmen. Auch dann gibt es eine Menge Kinder, die den Mund gar nicht erst aufmachen, sondern verbissen zusammenkneifen. Diese Kinder übergehe ich erst einmal und rede mit der Begleitperson, bis das Kind merkt, daß es nicht mehr im Mittelpunkt steht. Irgendwann lasse ich dann in das Gespräch einfließen, daß das Kind doch wahrscheinlich noch

gar keine Zähne habe. Das veranlaßt dann die meisten, mir ganz empört ihre Frontzähne zu zeigen, worauf ich meine Aufmerksamkeit auf diese wunderschönen weißen Zähne richte und frage, ob es weiter hinten vielleicht noch mehr davon gäbe.

Bei den Zwei- und Dreijährigen erweist sich auch ein ganz einfacher Handel oft als erstaunlich wirksam: Wir zeigen ihnen unsere Kiste mit den Kindergeschenken. Da geht so mancher Mund ohne weiteren Kommentar auf und nicht mehr zu, bis ich fertig bin. Wir mußten aber darauf bestehen, nur nach abgeschlossener Behandlung (ob 01 oder Füllung) ein Geschenk abzugeben, weil die Kinder durchaus auf die Idee kommen, die Behandlung zu strecken und sich eine Füllung auf zwei oder drei Mal machen zu lassen, wenn's auf diese Weise öfter was gibt.

Sind die Zähne stark kariös und die Kinder auch nach mehreren Anläufen nicht kooperativ, überweise ich zu einem Kinderzahnarzt oder in die Kinderzahnklinik. Die Mehrheit der Kindergartenkinder kommt ja heute schon angstfrei zum Zahnarzt und man kann spielerisch und ohne Streß die Geräte und ihre Handhabung erklären.

Dabei ist die Turbine die „Dusche“, die den Zahn mit Wasser säubert und der Rosenbohrer der „Brummelbesen“, mit dem der Zahn ausgekehrt wird. Dies wird vorher am Zeigefinger des Kindes demonstriert – das kitzelt und ist lustig. Der Sauger ist der „Staubsauger“ – auch mit der Hand zu testen. Da kleine Kinder sich wunderbar ablenken lassen, ist es wichtig, während der gesamten Behandlung etwas zu erzählen. Das ist manchmal anstrengend und erfordert

viel Konzentration, aber wie beim Zaubern wird so die Aufmerksamkeit vom eigentlichen Geschehen weggelenkt und auf Nebenschauplätze gerichtet.

Eventuell auftretende unangenehme Gefühle beim Kind werden auf möglichst harmlose Weise erklärt. Das kalte Wasser der Dusche ist natürlich nicht angenehm, aber damit gehen die Essensreste und Brösel besonders gut weg und die Bakterien mögen das kalte Wasser auch überhaupt nicht. Genausowenig wie den Besen, der sie aus dem Zahn kitzelt, wo sie sich gerade so ein schönes Wohnzimmer mit Küche und Speisekammer hatten einrichten wollen. Die ersten dicken Brocken erweichten Zahnes kann man recht dekorativ vor's Licht halten oder auf die Serviette streichen. Jedes Kind sieht ein, daß man sooo dicke Bakterien nicht im Zahn lassen kann. Auch dann nicht, wenn sie sich dort manchmal festhalten und man das deutlich spürt. Spritzen konnte ich auf diese Weise bei Milchzahnfüllungen bisher immer vermeiden.

Wenn Kinder beim Exkavieren jammern, höre ich auf und versorge die Kavität provisorisch mit Zinkoxid-Eugenol. Dieser Zahn kommt dann nach einiger Zeit oder nach Abschluß der übrigen Behandlung als letzter nochmals dran. Bei entspannten Kindern kann man aber auch tiefe kariöse Läsionen (allem Anschein nach) ohne starke Schmerzen behandeln, ja selbst ein „Knacken“ der vitalen Milchzahnpulpa wird nur mit einem kleinen Zucken beantwortet. Der objektive Schmerz scheint also nicht allzu schlimm zu sein, ganz im Gegensatz zum subjektiven, durch Angst und Verspannung aggravierten. Da kann dann schon die kleinste Berührung zur Qual werden.

Voraussetzung für eine entspannte Behandlung ist, daß dieser keine langen Wartezeiten vorausgehen. Kinder können den Streß des Wartens auf eine für sie unbekannt Situation nicht beliebig lange aushalten. Das heißt

also auch gelegentlich, das Kind anderen Terminpatienten vorzuziehen. Auch im Stuhl sollte die Wartezeit nur möglichst kurz sein und die eigentliche Behandlungszeit sollte zehn Minuten nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Kindes überschreiten.

Die Assistenz sollte von der erfahrendsten Helferin durchgeführt werden, denn jeder Handgriff muß sitzen und Ruhe und Professionalität ausstrahlen. Unsicherheit überträgt sich sofort auf den kleinen Patienten.

Während meine Helferin dem Kind den Speichelsauger zeigt und erklärt, stecke ich den Diamant-Schleifer auf, solange die Aufmerksamkeit abgelenkt ist und zeige dann den dicken Wasserstrahl, der den Zahn jetzt abspülen wird. Das Kind soll die linke Hand heben, wenn ihm etwas unangenehm ist und ich aufhören soll. Das üben wir einige Male: Turbine an, Hand hoch, Turbine aus. Wenn das Kind realisiert hat, daß es Macht über meine Turbine und damit über meine Behandlung und seinen eventuellen Schmerz hat, ist es wesentlich ruhiger. Ich muß dafür auch jedesmal, wenn die Hand hochkommt – was manchmal ganz schön oft ist – die Turbine anhalten. Abmachungsgemäß aber erst, wenn es weh tut, bzw. weh tun kann, also nicht, bevor ich den Zahn überhaupt berührt habe. Das funktioniert meist recht gut. Etwas Geduld ist nötig, aber bei späteren Sitzungen kommt die Hand immer seltener zum Vorschein.

Größere Kindergarten- oder Schulkinder spielen oft das „Ich-hab'-so-Angst-Mutti“-Spiel, bei dem viele Mütter bereitwillig mitspielen. Die Mutter aus dem Zimmer zu schicken, scheitert am massiven Protest von beiden. Leichter ist es dann schon, wenn der Vater stattdessen mitkommt. Ansonsten versuche ich, einen direkten Kontakt mit dem Kind herzustellen, ohne die Mutter an seiner Stelle antworten zu lassen.

Immer wieder muß ich mir ins Gedächtnis rufen, daß nicht ich es bin, der etwas vom Kind will, sondern daß es das Kind ist, das behandelt werden möchte oder sollte. Ich bin jederzeit bereit, die Behandlung ohne Unwillen abzubrechen oder auf einen anderen Zeitpunkt zu verschieben, an dem mein kleiner Patient „besser drauf“ ist. Dazu bitte ich die Begleitperson, wenn nötig auch unangemeldet, vorbeizukommen, wenn das Kind von sich aus äußert, daß es behandelt werden möchte. Kooperative Mütter bitte ich, ihrem Kind bis zum Abschluß der Füllungstherapie, als logische Konsequenz (R. Dreikurs: Kinder fordern heraus), nichts Süßes zu geben. Von meinen eigenen Kindern weiß ich, daß schon ein einziger wirklich „zuckerfreier“ Tag wahre Wunder wirkt.

Die Schwierigkeit liegt jedoch darin, diese Maßnahme nicht wie eine Strafe für das Kind aussehen zu lassen, das ja für seine Karies keine Schuld trägt. Oft werden ja dem Kind auch vor dem Zahnarzt Vorwürfe gemacht, daß es zu wenig Zähne geputzt oder zu viel geschleckt habe, als ob dies in der eigenen Verantwortung kleiner Kinder läge. Andererseits kommt man mit Schuldzuweisungen an die meist schlecht aufgeklärten Erwachsenen auch nicht weiter.

Auf jeden Fall darf das Kind mich nicht als seinen Feind betrachten, sollte aber – noch bevor Zahnschmerzen auftreten – einen gewissen Leidensdruck entwickeln, der es motiviert, sich behandeln zu lassen.

Vom Drohen mit zukünftigen Zahnschmerzen halte ich nichts, zumindest in den Praxisräumen sollte dem Kind ein zusätzlicher Frust erspart bleiben.

So ist die größte Klippe bei der Behandlung schwieriger Kinder die Ruhigstellung unvernünftiger Elternteile, die sich dauernd einmischen, an Stelle ihres Kindes auf meine Fragen antworten, entweder versprechen,

„daß es überhaupt nicht weh tun werde“ oder erzählen, daß „der Bohrer ganz schrecklich“ sei und daß sie ihrem Kind ja schon immer gesagt hätten, wenn es weiter so schlecht folge, würde ihm der Zahnarzt später sehr weh tun müssen und ähnlichen unpädagogischen Unsinn.

Finde ich nach 2–3 Anläufen keinen Zugang zu schwierigen Kindern und kann kein Vertrauensverhältnis aufbauen – meist weil ich mit der Begleitperson nicht zurechtkomme – überweise ich das Kind.

Ob sich der ganz Aufwand lohnt?

Wirtschaftlich eher nicht, obwohl angstfreie Kinder in sehr kurzer Zeit behandelt werden können.

Besonders in Zeiten der Deckelung konservierender Leistungen „blutet“ der kinderzahnärztlich Tätige noch stärker als seine Kollegen. Andererseits ist es meiner Meinung nach normal, die ganze Familie zu behandeln und ich finde es ärgerlich, wenn Zahnärzte die Eltern für viele Tausend Mark behandeln und deren Kinder dann aus Zeitmangel nicht annehmen können.

Oft kommen aber die Erwachsenen erst zur eigenen Behandlung, nachdem sie mehrmals als Begleitperson in der Praxis waren, und schließlich sind die Kinder die Erwachsenen von morgen.

Der wirkliche „Lohn“ der Kinderbehandlung aber ist, wenn man erlebt, daß man echte „Fans“ hat, die am liebsten monatlich nachschauen ließen und schon strahlend in die Praxis kommen, obwohl sie beim ersten Mal mit Tränen im Stuhl gesessen haben. Dann hat sich die Geduld und ein wenig „Zaubern“ auf jeden Fall gelohnt.

Dr. Dr. Ursula Frenzel  
Kidlerstr. 33  
81371 München

## 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 jodiertes und fluoridiertes Speisesalz im Handel. Jodsalz 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 Jodsalz, 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 zu 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 Jodsalz 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 1–2 Jahren durchschnittlich mit der Nahrung rund 2 Gramm Kochsalz am Tag zu sich. Davon wird jedoch nur ein Drittel mit dem im Haushalt verwendeten Salz zugeführt. Über diese 0,6 Gramm Speisesalz mit einem Fluoridgehalt von 0,25 Milligramm je Gramm Salz erhalten Kinder somit zu Hause täglich etwa 0,15 Milligramm Fluorid. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt aber für Kinder von 1–2 Jahren eine Gesamtflo-ridaufnahme 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 1–2 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 Jodsalz verwendet wird.

Allgemein empfehlen die Experten der Ernährungskommission, bei einer Verwendung von fluoridiertem Jodsalz im Haushalt auf die zusätzlichen 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.

# Die Zeit nach dem Amalgam

R. Ernst

Daß die „Amalgamgeschädigten“ einen so durchschlagenden Erfolg mit ihrer Kampagne hatten, hat viele Ursachen. Motor für die Angst vor dem Schwermetall Quecksilber wurde das Geschäft mit eben dieser Angst. Und dieses Kind hat so viele Väter, daß niemand mehr für die Alimente greifbar gemacht werden kann.

Nicht zufällig kam die Amalgam-Hysterie zeitgleich mit dem ersten großen Umsatzeinbruch – Mitte der achtziger Jahre – ins Rollen, als Überkapazitäten der Dental-Labors aus dem Prothetik-Bereich freilagen und mit der Herstellung von Inlays den Verlust zumindest ein wenig ausgleichen wollten. So stammt der Bestseller „Amalgam – Die toxische Zeitbombe“ von Sam Ziff/1985 aus einem Verlag von Zahntechnikern. Als nächstes witterte die Industrie Marktchancen: Mit bis dahin unbekanntem Geschäftsmodellen wurden z.B. Kundinnen beim Friseur unter der Trockenhaube durch die Regenbogenpresse auf ihre schwarzen Füllungen im Mund aufmerksam gemacht, von denen sie quecksilbervergiftet würden. Sie sollten sofort zu ihrem Zahnarzt gehen und sich stattdessen „Okklusin“ von GC legen lassen oder – im Verweigerungsfalle – den Zahnarzt wechseln. Da ist manch ein Kollege schwach geworden! Auch Amalgam-Marktführer DEGUSSA war sich nicht zu schade, seine notwendig werdende Millioneninvestition in eine neue Amalgamfabrik lieber zu sparen und stattdessen auf den neuen Trend aufzuspringen. Gewerbe, Handel und Industrie verhalten sich eben marktgerecht und wollen neue Märkte erschließen.

Andere Maßstäbe müssen da aber an die Zahnärzte angelegt werden. Doch auch gera-

de Angehörige unseres Berufes, der sein Vertrauen in der Bevölkerung immer noch durch seine Integrität und sein Ethos begründet, haben sich wesentlich an der Kampagne beteiligt. Mögen einige wenige davon überzeugt sein, daß Amalgam tatsächlich Schäden hervorruft und mit Gold oder Keramik weniger ungesunde Alternativen vorhanden sind, haben sich die anderen mit Gespür für Marktnischen auf die Seite der Gewerbetreibenden geschlagen – Wölfe im Schafspelz, denn sie wissen es besser oder müßten wissen: Es gibt keinen seriösen deutschen Zahnheilkundewissenschaftler, der diese Kampagne mitträgt – es gibt keine nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitete und nachprüfbare Publikation, die eine Intoxikation durch Quecksilber aus Amalgamfüllungen beweist. Verblüffend im Vergleich zur Zahl von ca. 50 Mio. Amalgamfüllungen / Jahr allein in Deutschland.

Dennoch sind jetzt Fakten geschaffen: Dieser Staat mit seinem Drang zur administrativen Perfektion und seiner von mächtigen Lobbys und starken Gerichten getriebenen lückenlosen Regelungsdichte hat die Verwendung von Amalgam in einer Weise eingeschränkt, daß auch der nach dem Stand des Wissens und seinem Gewissen arbeitende Zahnarzt unter Zwang gerät, gegen seine Erfahrungen schlechtere Alternativmaterialien zu verwenden.

Eines dürfen wir bei aller uns eingeredeten Toxizität des Materials nicht vergessen: Es ist der Amalgamfüllung als Sachleistung der GKV zu verdanken, daß wir bei unserem international schlechtem Niveau der Basis- und Gruppenprophylaxe einen so geringen Zahnverlust in der Bevölkerung registrieren.

Vor 20 Jahren noch Ausnahme, werden Amalgamfüllungen heute in der Regel mit Matrize gelegt und und poliert – ob in weiteren 20 Jahren der für die Kunststofftechnik ebenso notwendige Kofferdam zu Kassensätzen ebenso integriert sein wird, ist zu bezweifeln. Im Gegenteil: Verzicht der Silberanteil im Amalgam durch seine milde Desinfektionswirkung ein Belassen von ein wenig Restkaries und „reparierte“ der Flow auch schon mal einen Randspalt, werden solche alltäglichen Nachlässigkeiten mit anderen Materialien gnadenlos zur Ausbreitung der Karies und zur Gangrän führen. Man muß kein Prophet sein, um nach 20 Jahren versäumter Qualitätssicherung diesem für den Einsatz anderer Materialien notwendigen Qualitätssprung Mißerfolg vorauszusagen. Es ist zu befürchten, daß die praxisfremden Bundesinstitutsbeamten mit ihrem kafkaesken Regelungsdrang diese Auswirkung auf die Volksgesundheit nicht ausreichend berücksichtigt haben.

Welche Konsequenzen sind also für Patient und Zahnarzt zu erwarten?

1. In der Praxis ist dem Gesetz genüge zu tun und die Indikationseinschränkung zu befolgen. In der Öffentlichkeit: Widerstand (Politik und Medien).
2. Dem Aufklärungsrecht des Patienten ist Rechnung zu tragen. Dabei wird allein der dazu notwendige zeitliche Mehraufwand für viele Grund genug sein, die Regelleistung Amalgam als Therapie der Wahl zu verlassen.
3. Der – wie auch immer zustandegekommene – Wunsch des Patienten ist mit seinen finanziellen Möglichkeiten abzugleichen. Mehrklassenmedizin wird alltäglich!
4. Ein zu erwartendes massenhaftes Ersetzen von Amalgamfüllungen durch Kunst-

stoffüllungen im Seitenzahnberich – begründet aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen und dem vermutlich erhöhten Punktwert gegenüber der Amalgamfüllung wird eine desaströse Verschlechterung der Mundgesundheit der Bevölkerung nach sich ziehen.

5. Die isolierte Betrachtung des Amalgam als „ungesundes“ Material ist aufzuheben und in Relation zu setzen zu anderen „ungesunden“ Materialien (Kunststoff, Liner, Bondings, Kavitätendesinfektionsmittel etc.).

Dr. Roland Ernst  
Waldblick 2  
26188 Edewecht



*Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:*

*15.09.1995*

## Stellungnahme des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) zu Amalgam-Ersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die nachfolgende Stellungnahme wurde erarbeitet mit Unterstützung von Professor Dr. Jean-François Roulet, Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin am Zentrum für Zahnmedizin der Charité Berlin.

Bei der vom Bundesminister für Gesundheit (BMG) geplanten Neuformulierung der Regelversorgung für den kaubelasteten Seitenzahnbereich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen folgende Gegebenheiten Berücksichtigung finden.

### Materialbezogene Parameter

Die folgende Übersicht stellt eine abschließende Auflistung aller denkbaren und derzeit verfügbarer Füllungsmaterialien dar, die prinzipiell als Amalgamersatz für den kaubelasteten Seitenzahnbereich in Frage kommen. Nicht aufgeführte Materialien kommen also entweder aufgrund ihrer materialtechnischen Charakteristika überhaupt nicht in Frage (z.B. Steinzement) oder sind noch nicht verfügbar (z.B. Ormocere).

#### 1. Komposit

Feinpartikel-Hybridkomposits sind für die Versorgung kleiner okklusaler Kavitäten (Klasse I) sowie kleiner zweiflächiger Kavitäten unter Einbeziehung eines Approximalraumes (Klasse II) geeignet. Neben der Größe der Kavität ist entscheidend, daß der Kavitätenrand überall im Zahnschmelz verläuft.

Diese Indikation erlaubt in häufigen Fällen die Erstversorgung eines kariösen Defektes. Eine Zweitversorgung (z.B. nach Entfer-

nung einer Amalgamfüllung) ist mit dem Material in der Regel nicht mehr möglich (bei Klasse II-Kavitäten aufgrund der Ausdehnung und wegen zervikal nicht mehr im Schmelz verlaufender Kavitätenränder). Nur ein kleiner Teil der Klasse I- und II-Kavitäten kann mit Komposit als Amalgamersatz versorgt werden, ohne ein unververtretbares medizinisches Risiko eingehen zu müssen.

#### 2. Keramikinlays

Keramikinlays sind für die Versorgung okklusaler Kavitäten (Klasse I) sowie bis zu dreiflächiger Kavitäten unter Einbeziehung eines oder beider Approximalräume geeignet (Klasse II). Zur Versorgung eines Defektes, bei dem mindestens ein Höcker ersetzt werden muß, sind sie aus werkstoffkundlichen Gründen (Kohäsivbrüche durch Materialermüdung) nicht geeignet. Entscheidend ist auch hier, daß der Kavitätenrand überall im Zahnschmelz verläuft. Für die Empfehlung einer Anwendung von Dentinhaftvermittlern im Zusammenhang mit Keramikinlays liegen bisher keine ausreichenden Daten vor. Erste Eindrücke deuten jedoch darauf hin, daß die Mißerfolgsquote auch bei Verwendung von Dentinhaftmitteln drastisch zunimmt, wenn die zervikale Stufe approximaler Kästen im Dentin verläuft.

Gegenüber Komposit erlauben Keramikinlays zwar eine erweiterte Indikations-

stellung, sie sind jedoch keine generelle Alternative zur Amalgamversorgung. Insbesondere sind Zweitversorgungen (z.B. nach Entfernung einer Amalgamfüllung) damit oft nicht mehr möglich (bei Klasse II-Kavitäten vor allem wegen zervikal nicht mehr im Schmelz verlaufenden Kavitätenränder, häufig jedoch auch wegen Überschreitung der indikations-konformen Kavitätengröße). Die Versorgung eines Zahnes mit einem Inlay erfordert systembedingt eine substanzraubende Präparationstechnik. Sie ist deshalb immer nur dann als Mittel der ersten Wahl anzusehen, wenn die Anwendung eines plastischen Füllungsmaterials nicht möglich ist (bei Keramikinlays: z.B. hohe ästhetische Ansprüche bei für Kompositversorgung zu großer Kavität).

Mit Keramikinlays können grundsätzlich alle Klasse I- und ein gewisser Anteil von Klasse II-Kavitäten als Amalgamersatz versorgt werden, ohne ein unvertretbares medizinisches Risiko eingehen zu müssen.

### 3. Goldinlay/-onlay

Gegossene Restaurationen aus hochgoldhaltigen Legierungen sind grundsätzlich zur Versorgung aller Klasse I- und Klasse II-Kavitäten geeignet, auch wenn einer oder mehrere Höcker ersetzt werden müssen (fließende Übergänge zur Teil- und Vollkrone). Da sie nicht mit der Schmelz-Ätz-Technik eingliedert werden, spielt es keine Rolle, ob der Kavitätenrand im Schmelz verläuft oder nicht.

Aufgrund der substanzraubenden Präparationstechnik gelten auch für sie die bei den Keramikinlays gemachten Einschränkungen: Sie sind immer nur dann Mittel der ersten Wahl, wenn die Anwendung eines plastischen Füllungsmaterials nicht möglich ist (bei Goldinlay/-onlay: z.B. Frakturschutz bei großer Kavität).

Mit Goldinlays/-onlays können grundsätzlich alle Klasse I- und Klasse II-Kavitäten als Amalgamersatz versorgt werden, ohne ein unvertretbares medizinisches Risiko eingehen zu müssen.

### 4. Glasionomerzemente/Compomere

Aus werkstoffkundlichen Gründen sind beide Materialien für die Versorgung von Seitenzahnkavitäten im kaubelasteten Bereich des bleibenden Gebisses nicht geeignet. Im Milchgebiß liegt im Vergleich zur bleibenden Dentition eine geringere Kaubelastung vor, und es müssen wesentlich niedrigere Anforderungen an die Langlebigkeit von Füllungsmaterialien gestellt werden. Daher erscheinen für Milchzähne beide Materialien für die Versorgung von Kavitäten der Klasse I sowie kleiner zweiflächiger Kavitäten unter Einbeziehung eines Approximalraumes (Klasse II) geeignet. Aufgrund ihrer im Vergleich zu Amalgam geringeren Belastbarkeit und der mit zunehmender Lebensdauer schlechter werdenden Randintegrität sind sie jedoch kein vollwertiger Ersatz. Über die genannte Indikation hinaus ist eine Milchzahnversorgung mit konfektionierten Stahlkronen vorzunehmen, die bereits zum Leistungskatalog der GKV gehören.

Glasionomerzemente und Kompomere stellen im Milchgebiß einen bedingten Amalgamersatz für Klasse I- und kleine Klasse II-Kavitäten dar. Für die Anwendung im kaubelasteten Seitenzahnggebiet des bleibenden Gebisses sind sie als definitives Füllungsmaterial ungeeignet. Sie können dort lediglich als provisorische Versorgung für wenige Monate eingesetzt werden.

### Behandlerbezogene Rahmenbedingungen

Die Adhäsivtechnik ist eine sehr verarbeitungsempfindliche Technik. Sie beruht darauf, daß dünnfließendes Komposit in

durch Säurevorbehandlung des Zahnschmelzes geschaffene Mikroretentionen (liegen im  $\mu\text{m}$ -Bereich) einfließt. Diese Mikroretentionen werden durch Speichelpräzipitate, im ungünstigen Fall aber auch bereits durch die Atemfeuchtigkeit des Patienten, „inaktiviert“. Wenn dies eintritt, ist das Resultat eine insuffiziente Füllung, die mit einem sehr hohen Risiko einer Sekundärkaries oder eines Kariesrezidives belastet ist. Zur Vermeidung derartiger Mißerfolge ist kompromißlose Kofferdamanwendung eine *conditio sine qua non*. Komposit hat keinen sogenannten „forgiving effect“, wie wir ihn vom Amalgam kennen. (Mit diesem Effekt ist das Verschließen eines eventuell vorhandenen Randspaltes während der Tragedauer einer Amalgamfüllung durch Korrosionsprodukte gemeint. Durch diesen Vorgang führen Amalgamfüllungen auch dann zu einem dauerhaften Erfolg, wenn bei der Verarbeitung Fehler gemacht wurden.) Der genannte Punkt ist nur ein Beispiel für die problematische Verarbeitung von Komposit. Andere sind z.B. die erforderliche Schichttechnik, die schwierige Matritzentechnik mit Leuchtkeilen, die fehlende Stopfbarkeit der Materialien, die fehlende Schnitzbarkeit u.a. mehr.

Da die Adhäsivtechnik eine recht neue Technik ist, die zumindest für den Seitenzahnbereich auch heute immer noch nicht an allen deutschen Hochschulen unterrichtet wird, ist ein Großteil der Zahnärzteschaft auf die Verarbeitung von Komposit im Seitenzahngebiet fachlich nicht vorbereitet. In Verbindung mit der im Vergleich zu Amalgam viel höheren Verarbeitungsempfindlichkeit ist abzusehen, daß auch bei richtiger Indikationsstellung vor allem Füllungen mit schlechter Langzeitprognose resultieren werden. Die unter diesen Bedingungen und dem zusätzlichen Druck einer voraussicht-

lich schlechten Honorierung im Rahmen der GKV gelegten Seitenzahnkomposit-Füllungen haben nichts mit denen gemeinsam, die – unter optimalen Bedingungen (Zeit, Know-How) gelegt – in einigen Studien zu guten Langzeitergebnissen geführt haben. Bevor die Komposittechnik überhaupt für die oben genannten Indikationen in den Pflicht-Leistungskatalog des BEMA aufgenommen werden kann, müssen entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten für alle deutschen Zahnärzte sichergestellt werden. (Daneben müssen natürlich auch andere Rahmenbedingungen erfüllt sein, siehe später.)

### Amalgam-Alternativen in der GKV

Ein Ersatz von Amalgam im kaubelasteten Seitenzahngebiet durch nur ein Material ist nicht möglich. Indikationsabhängig sind dafür Kompositmaterialien und gegossene Metall-Restaurationen erforderlich. Keramik-inlays als zwar ästhetischste, aber auch teuerste Möglichkeit des Amalgamersatzes sind aufgrund ihres Indikationsprofils in der GKV verzichtbar.

Wollte man alle Amalgamfüllungen ersetzen bzw. alle künftig anfallenden Kavitäten ohne Amalgam versorgen, so müßte das überwiegend durch gegossene Restaurationen erfolgen. Eine Einführung der adhäsiven Füllungstechnologie (Komposit mit Schmelz-Ätz-Technik) als Sachleistung in die GKV erfordert eine adäquate Honorierung. Es ist vernünftig, diese Honorierung über Zeitmeßstudien zu ermitteln. Dabei darf jedoch keinesfalls die derzeitige Bewertung für Amalgamfüllungen auf Komposit „hochgerechnet“ werden, weil, wie bereits dargelegt, Komposit im Gegensatz zu Amalgam keine Verarbeitungsfehler verzeiht. Die Einzelvergütung für Amalgamfüllungen ist in der GKV viel zu niedrig. Zeitmeßstudien in der Schweiz haben ergeben, daß für das Legen

und Polieren einer dreiflächigen Amalgamfüllung ein Zeitbedarf von etwa 50 Minuten besteht. Aufgrund der niedrigen Vergütung muß die gleiche Leistung bei Kassenpatienten in Deutschland bei wirtschaftlicher Praxisführung in etwa 10–15 Minuten erbracht werden. Daß angesichts dieser ungünstigen Rahmenbedingungen die Versorgung der Bevölkerung mit Amalgamfüllungen nicht zu einem medizinischen Desaster geführt hat, ist nur der „Gutmütigkeit“ des Füllungswerkstoffes Amalgam zuzuschreiben. Diese „Gutmütigkeit“, die viele Verarbeitungsfehler verzeiht, existiert bei Komposit nicht. Um beim Bild zu bleiben: Komposit ist in diesem Sinne ein „böswilliger“ Werkstoff, der jeden kleinen Verarbeitungsfehler mit einem klinischen Mißerfolg bestraft. Deshalb muß die Kalkulation der Vergütung für Kompositfüllungen „amalgamunabhängig“ auf der Basis von Zeitmeßstudien und durchschnittlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer deutschen Kassenzahnarztpraxis erfolgen. In Fällen, in denen die Indikation für Kompositfüllungen überschritten ist und nach der neuen Gebrauchs- und Fachinformation für Amalgam eine Gegenanzeige besteht (z.B. im Kontakt zu gegossenem Zahnersatz), müssen Goldinlays oder onlays angefertigt werden. Auch für diese gilt, daß sie auf der Basis von Zeitmeßstudien zu honorieren sind. Einen Anhaltspunkt kann hier die GOZ bieten.

### Zusammenfassung und Schlußfolgerung

Nur wenn die aufgeführten Punkte in der Neuformulierung der vertragszahnärztlichen Richtlinien in vollem Umfang Berücksichtigung finden, kann ein massiver Einbruch bei der Zahngesundheit breiter Bevölkerungsschichten vermieden werden. Darüber hinaus ist bei einem Ignorieren der genannten wissenschaftlich belegten Grundsätze eine Kostenexplosion in der GKV zu erwarten.

Der Versuch, dieser Entwicklung durch Einfrieren des Ausgabenvolumens zu begegnen, kann zur Folge haben, daß selbst die zahnmedizinische Grundversorgung in Frage gestellt werden muß. Gründe hierfür sind:

Bei inadäquater Indikation und Verarbeitung von Kompositmaterialien ist mit einem raschen Mißerfolg dieser Füllungstherapie zu rechnen, was eine große Anzahl von Wurzelkanalbehandlungen nach sich ziehen wird. Wurzelkanalbehandelte Zähne müssen in aller Regel mit Kronen oder Teilkronen versorgt werden, da sie einem erhöhten Frakturrisiko ausgesetzt sind. Falls dies nicht geschieht, ist mit einer Fülle von Extraktionen zu rechnen, die wiederum teure prothetische Therapie zur Folge haben. Insgesamt ist als Folge inadäquater Anwendung der Komposittechnik im kaubelasteten Seitenzahngebiet mit einer Verschiebung von konservierenden Leistungen zu chirurgisch-prothetischen und einer deutlichen Ausweitung des Leistungsvolumens insgesamt zu rechnen.

Erhalt der  
Einzelleistungsvergütung  
vernünftige Therapiefreiheit,  
Integration der  
Qualitätssicherung  
Darum:



# Ist die Zulassungssperre für (Zahn-)Ärzte verfassungswidrig?

W. Scheuffler

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes am 1.1.'93 gilt die Zulassungssperre bei Überversorgung. Wer sich trotz Zulassungssperre niederlassen will, muß sich um die ausgeschriebene Praxis eines Kollegen in der Hoffnung bewerben, daß er unter mehreren, oft vielen Bewerbern den Zuschlag erhält.

Das Sozialgericht München ist der Überzeugung, daß die in §103 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V seit 1.1.1993 enthaltene Zulassungssperre verfassungswidrig ist (Beschluß vom 22. 12. 1994 S 32 Ka 815/94). Das Gericht begründet die Verfassungswidrigkeit der Zulassungssperre auf mehr als 50 Seiten. Zulassungsbeschränkungen seien nämlich weder geeignet noch erforderlich, um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Zulassungssperren seien darüber hinaus zur Ausgabenbegrenzung ungeeignet, weil sich der einzelne Arzt auch nicht in einem nicht gesperrten Gebiet niederlassen und dort einen Kostenschub auslösen kann. Zudem seien Zulassungssperren nicht erforderlich, weil das Ziel der Ausgabenbegrenzung durch Veränderung des Vergütungssystems auf andere Weise erreicht werden könne. Zulassungssperren seien auch nicht geeignet, um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern. Zudem sei auch durch diverse Gutachten festgestellt worden, daß der tatsächliche Bedarf ärztlicher Leistungen nur schwer objektivierbar ist. Deshalb habe sich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung vehement gegen Zulassungsbeschränkungen ausgesprochen.

Jeder niedergelassene Arzt, der die Niederlassung in einem gesperrten Planungsbereich

ohne Aussicht auf Übernahme der Praxis eines ausscheidenden Kollegen anstrebt, hofft auf einen ihm günstigen Spruch des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe. Damit ist allerdings nicht so bald zu rechnen. Wie man hört, liegen dem Bundesverfassungsgericht mehr als 20 Verfassungsbeschwerden zum Problem der Zulassungssperre bei Überversorgung vor. Hinzu kommen zwei sogenannte Richtervorlagen, das sind eingehend begründete Beschlüsse von Gerichten, die einerseits von der Verfassungswidrigkeit eines Gesetzes – in diesem Fall der Zulassungssperre bei Überversorgung – überzeugt sind, andererseits aber nicht berechtigt sind, selbst die Verfassungswidrigkeit festzustellen und entsprechend zu entscheiden. Gerichte sind an ordnungsgemäß inkraftgetretene Gesetze gebunden.

Wegen der Schwierigkeit der Materie und mehrerer Richterwechsel des zuständigen Senats des Bundesverfassungsgerichts ist keinesfalls noch in diesem Jahr mit einer Entscheidung zu rechnen. Der Ungeduldige sei daran erinnert, daß das berühmte Kassenarzturteil vom 23. 3. 1960, mit dem die damals geltende Bedarfszulassung aufgehoben wurde, ein Aktenzeichen aus dem Jahre 1951 trägt. Die Kläger von damals mußten wahrlich lange warten.

Sollte das Bundesverfassungsgericht wider Erwarten die Zulassungssperre bei Ärzten im Falle von Überversorgungen für verfassungskonform erklären, so wäre dies auf die Zahnärzte nicht übertragbar. Das Bundesverfassungsgericht hat am 23. 3. 1960 die Bedarfszulassung bei Ärzten und am 8. 2. 1961 die Bedarfszulassung bei Zahnärzten für verfassungswidrig erklärt und aufgehoben. In der Zahnarzt-

entscheidung hat das Gericht unmißverständlich darauf hingewiesen, daß mit einem Ansteigen der Zahl niedergelassener Zahnärzte keine unerträgliche Mehrbelastung der Krankenkassen verbunden ist. Ein Zahnarzt werde nämlich in der Regel nur dann aufgesucht, wenn es notwendig ist. Eine Vermehrung der Zahl der Kassenzahnärzte werde also weniger zu einer Erhöhung der zahnärztlichen Leistungen insgesamt als vielmehr zu einer anderen Verteilung der Arbeitslast und des Einkommens unter den Zahnärzten führen. Auch habe die Behandlung durch den Zahnarzt in der Regel weder Einfluß auf das Krankengeld noch auf die Ausgaben für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalt. Schließlich entfielen nur rund 7% der Gesamtausgaben der Krankenversicherung auf zahnärztliche Leistungen (derz. ca. 10%), so

daß eine Existenz der Krankenkassen durch eine geringfügige Erhöhung dieser Ausgaben nicht gefährdet werde. Demgegenüber entfallen auf DM 100.– ärztliches Kassenhonorar etwa DM 450.– sogenannte Folgeleistungen in Form der Verordnung von Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhauseinweisung und Krankschreibung.

Durch den Vorlagebeschuß des Münchener Sozialgerichts ist die Phalanx der Befürworter der Verfassungswidrigkeit der Zulassungssperre bei Überversorgung um eine wesentliche Stimme erweitert und argumentativ bedeutend bereichert worden. So kann man nur hoffen, daß Karlsruhe recht bald entscheidet.

*Dr. Wolfgang Scheuffler, Rechtsanwalt  
Haus am Thierkopf 40  
82319 Starnberg-Leutstetten*

### Hilfe für das Krankenhaus in Luzk

Unter dem Motto „Hilfe für Osteuropa“ hat die Bundeszahnärztekammer eine neue Hilfsaktion für Menschen aus dem osteuropäischen Raum begonnen. Der Startschuß für das längerfristige Projekt fiel auf dem 24. Deutschen Zahnärztetag in Köln. Dort wurde – unter Schirmherrschaft der BZÄK – eine Spendenaktion für ein Kinderkrankenhaus in Luzk (Ukraine) unterstützt. Infolge der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl sind die Strahlungsschäden in der ukrainischen Bevölkerung immer noch groß; besonders betroffen sind die Kinder. Insgesamt rund 20.000 DM konnten als Spenden von Zahnärzten, Fachverbänden der Dentalindustrie und der Kieferorthopäden auf dem Zahnärztetag verbucht werden. Außerdem werden dem Krankenhaus eine Zahnstation und ein Großröntgengerät zur Verfügung gestellt.

Das Projekt „Hilfe für Osteuropa“ ist als neue dritte Aktion im Rahmen bereits bestehender Hilfsmaßnahmen der deutschen Zahnärzteschaft zu sehen. Dabei will die Bundeszahnärztekammer eng mit dem „Hilfswerk Deutscher Zahnärzte“ zusammenarbeiten, das auf Initiative des Göttinger Zahnarztes Carl Heinz Bartels seit mehr als 15

Jahren erfolgreich das Leid in der Dritten Welt und anderen Notstandsgebieten lindert. Neben den GUS-Staaten ist geplant, auch Ländern wie Rumänien oder Bulgarien unter die Arme zu greifen.

Daneben gibt es seit Februar diesen Jahres eine weitere Hilfsaktion auf dem kulturellen Sektor: Mit einem Spendenaufruf in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ engagieren sich Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung für den Wiederaufbau der Dresdner Frauenkirche.

Das Hilfsprojekt für das Kinderkrankenhaus in Luzk wird von dem gemeinnützigen Verein „Humanitäre Hilfe für Menschen im Osten“ aus Steinfeld-Mühlen (Niedersachsen) organisiert. Dringend benötigt werden Medikamente und medizinisches Gerät. Der Verein verfügt über gute persönliche Kontakte in die Ukraine und kann gewährleisten, daß die gesammelten Spenden an die richtigen Adressaten gelangen. Geldspenden können auf das Konto Nr. 30 000 401 bei der Volksbank Steinfeld eingezahlt werden. Der Spender erhält eine Spendenquittung. Für weitere Auskünfte steht der Vorsitzende des Vereins, Gregor Overmeyer, Tel.: 0 54 92 / 27 12 zur Verfügung.

# Erfahrungen mit dem Softlaser

St. Wander

Seit November 1994 verwenden wir in unserer Praxis einen Ora-Laser 1050 der Fa. Oralia, bevorzugt im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen zur Beschleunigung der Wundheilung und zur Schmerztherapie.

Der Vertreiber des Gerätes zählt etwa 30 Indikationen auf, bei denen die Softlaser-Bestrahlung der Weich- und Hartgewebe von Vorteil sei: Abszesse, Granulome, Narbenglättung, Parodontopathien, Schleiftraumata, Wurzelresektionen und vieles mehr.

In unserer Praxis beschränkten wir uns bisher auf die Behandlung, respektive Beseitigung von Aphten, Brechreiz, Decubitus, Herpes labialis, Narbenglättung, Parodontitiden, postoperative Wundheilung und Uvulitis.

Anhand eigener Erfahrungen möchte ich Erfolge und Mißerfolge mit dem Soft-Laser beschreiben:

Bei einer Patientin waren von einem Kieferchirurgen in allen vier Quadranten fibröse Gingivawucherungen elektrotomiert worden, mit erheblichen Nachschmerzen, trotz lokaler Wundverbände. Nach einigen Monaten mußten 3 Quadranten nachoperiert werden, was auch ich mit dem Elektrotom durchführte. Nach jeder Gingivektomie wurden die Wundflächen mit dem Laser bestrahlt, jedoch kein Wundverband angelegt. Die Patientin klagte niemals über postoperative Schmerzen. In einem Quadranten waren die Wundflächen nach drei Tagen epithelialisiert. Zwischenzeitlich wurde bei der Patientin eine akute Parodontitis (food impact) durch eine Laserbehandlung schmerzfrei gemacht, der Zahn war sofort wieder belastbar.

Bei Prothesendruckstellen genügt es in der Regel, die Prothese entsprechend zu bearbeiten, damit der Patient Linderung verspürt. In einigen Fällen jedoch laserten wir den Decubitus und erzielten Schmerzfremheit innerhalb von 2 Minuten.

Eine beliebte Indikation, weil für die Patienten so signifikant von Erfolg gekrönt, ist die Behandlung von Aphten und Herpes labialis. Das Spannungsgefühl oder der brennende Schmerz werden stark vermindert, die Erosionen sind nach der dritten örtlichen Anwendung verheilt.

Ein Patient, den wir anstelle einer dreiminütigen Bestrahlung mit 1.500 Hz, einer zweiminütigen mit 2.500 Hz unterzogen, wurde schmerzfrei, bemerkte jedoch ein (reversibles) taubes Gefühl im behandelten Mundwinkel.

In zwei Eigenversuchen behandelte ich schmerzhafte Einrisse am rechten Daumen. Jedesmal konnte ich danach meine zahnärztlichen Instrumente wieder schmerzfrei „zur Hand“ nehmen.

Eine Praxismitarbeiterin laserte fünfmal eine relativ frische Narbe auf dem Handrücken. Nach der vierten Sitzung war die unschöne Narbe deutlich glatter geworden, nach der fünften Bestrahlung löste sich die oberste, häßliche Hautschicht ab.

Größte Verblüffung löste bei Patienten und uns die Beseitigung des Brechreizes aus. Durch eine zweiminütige Laser-Stimulation von Akupunkturpunkten unter der Nasenwurzel und über dem Kinn war der Brechreiz für eine halbe Stunde verschwunden.

Eines Tages hatte ich mit meinem entzündlich veränderten Gaumen-Zäpfchen regelrecht zu kämpfen, da es bei jedem unwillkürlichen Schlucken einen Würge- und Hustenreiz auslöste. Nach der Bestrahlung der Uvula konnte ich wieder normal schlucken, da ich nicht mehr das Gefühl hatte, daß sie mir in die Speiseröhre hinabbaumelte.

Am meisten überzeugte uns der Soft-Laser als Prophylaktikum nach Wurzelspitzenresektionen, Gingivektomien, Parodontalbehandlungen, Implantationen und Extraktionen, da postoperative Schmerzen stets ausblieben.

Unterschiedliche Erfolge waren zu verzeichnen bei einer chronisch rezidivierenden Periostitis eines wichtigen Prothesenpfilerzahnes und einer Neuralgie am foramen mentale bei einer Totalprothesenträgerin.

Die Rückmeldungen der Patientinnen wechselten täglich zwischen Begeisterung und Resignation. Die Behandlungen wurden deshalb nach der siebten bzw. zehnten Sitzung nicht mehr weitergeführt.

Ob die Laserbehandlung von Hämatomen erfolgversprechend war, ist für uns unklar geblieben.

Ein Eigenversuch, meine chronisch rezidivierende Sinusitis zu behandeln, schlug fehl, ebenso der einmalige Versuch, Kiefergelenksbeschwerden zu beseitigen. Letztere hätte ohnehin nur eine symptomatische Schmerz-Behandlung sein können.

Der Vertreter des Gerätes gibt an, daß auch überempfindliche Zahnhälse behandelt werden könnten. Hierüber können wir keine Aussage machen.

Wie eingangs schon erwähnt, sehen wir den Haupteffekt des Soft-Lasers in einer Beschleunigung der Wundheilung und Schmerzbeseitigung. – Während der Laserbestrahlung frischer Wundflächen kann man förmlich die Koagulation des Blutes verfolgen. Manchmal kam mir hierbei der Gedanke, daß ich im Begriffe sei, eine Wunde „zuzulöten“.

Dr. Steffen Wander  
Baaderstr. 40, 80469 München

## EGZE-Mitgliedschaft für die Fachwelt offen

Die EGZE (Europäische Gesellschaft für zahnärztliche Ergonomie) ist aufgrund einer Satzungsänderung nunmehr für alle Zahnärzte und Angehörigen der dentalen Fachwelt offen.

Mitglieder können werden:

- > Europäische Zahnärzte

Assoziierte Mitglieder können werden:

- > Zahnarthelferinnen und Dental Hygienists,
- > Angehörige der Dentalindustrie
- > Angehörige des Dentalhandels

- > Personen, die an der zahnärztlichen Ergonomie interessiert sind.

Assoziierte Mitglieder, die drei Jahre aktiv mitarbeiten, können Mitglieder werden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt SFR. 200.– oder \$150.– pro Jahr.

Anmeldungen sind zu richten an den Präsidenten der EGZE:

Eberhard Höfling, Zahnarzt,  
Bahnhofstr. 168, D-57548 Kirchen

# Qualitätssicherung: Die unverstandene Materie

Böser Wille oder begründbare Ignoranz Ursache für unbefriedigende Situation?

K. Kimmel

Die optimale Qualität der zahnmedizinisch-zahntechnischen Versorgung in Deutschland ist eine Zielvorstellung, die eigentlich für unsere Fachwelt als Ganzes gelten sollte. Wir sind aus vielfältigen Gründen – allein von den heterogenen Konzepten in den verschiedenen Bereichen her – weit von der Verwirklichung entfernt. Daran konnte auch das Engagement einzelner Gruppierungen (z.B. DAZ, DAHZ, DIN NA Dental, IDZ, IIZAT, VDDI) und Experten wenig ändern.

Die europäischen Regelwerke für Medizinprodukte und darauf beruhende nationale Gesetze, Verordnungen, Vorschriften, Richtlinien, Normen und Empfehlungen werden zumindest eine partielle Optimierung erzwingen, aber auch hier wird es notwendig sein, das Problem- und Verantwortungsbewußtsein auf breiter Basis zu vertiefen.

Immer, wenn man meint, der Groschen sei endlich gefallen, was das Verständnis für den Begriff „Qualitätssicherung“ und seine tatsächlichen Inhalte betrifft, hört oder liest man Aussagen von unsäglicher Ignoranz. So geschehen bei der Lektüre des FVDZ-Organ „Der Freie Zahnarzt“ 3/95 (S. 16) über den 65. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. R. Harndt, der – im Zusammenhang mit seiner Kritik am IDZ/KZBV-Weißbuch, „Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung“ – erst einmal das Wort „Medizin“ auf unzulässige Weise lächerlich gemacht hat und dann den von ihm strikt abgelehnten Begriff „Qualitätssicherung“ für die Erfindung „ungebildeter Politiker“ hält. Der inzwischen emeritierte Berliner ZMK-Universitätslehrer hat offensichtlich niemals über den Tellerrand seines Faches in Richtung Qualitätslehre geschaut und ist sich so nicht bewußt, daß hier Wissenschaftler wie die Professoren Dr. Ing. W. Geiger, Dr. W. Masind, Dr. Ing. H. Reihlen, Dr. J. Schmidt-Salzer und Dr. Ing. H. Trumpold – um nur einige der Autoren des „Handbuchs Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ (Heraus-

geber W. Masing / Hanser-Verlag) zu nennen – zum Teil schon seit Jahrzehnten in diesem Bereich aktiv sind. Ebenso ignorierte R. Harndt alle vorliegenden fachspezifischen Publikationen über das von ihm kritisierte Weißbuch hinaus, läßt sich aber vom FVDZ-Chef Dr. R. Gutmann als QS-Experte („aus berufenem Mund und bewährter Feder...“) feiern. Da hat ein „QS-Bock“ einen anderen „QS-Bock“ zum „QS-Gärtner“ gemacht.

## Cui bono?

Wenn wir den jahrelangen Eiertanz einer Reihe von zahnärztlichen Standespolitikern im Zusammenhang mit der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität im zahnärztlichen Bereich verfolgen und auch feststellen, daß diese „im feindlichen Zahntechnik-Lager“ gleichgesinnte Mitstreiter haben, müssen wir eher diese und weniger uns (die Befürworter sinnvoller Konzepte) fragen, wieso sie so gegen eine echte Qualitätssicherung eingestellt sind und wem diese Antihaltung nutzen soll. Die Behauptung, daß es sich bei den QS-Aktivitäten in Richtung optimaler

Arbeitsbedingungen und -leistungen um ein Herbeiführen von Fremdkontrollen handelt, ist doch längst widerlegt und kann nur als böswillige Verunglimpfung von Bemühungen bezeichnet werden, die über die Patienten hinaus dem Ganzen dienen sollen

Jedes umfassende QS-Konzept mit seinen fachlichen, technischen, hygienischen, ergonomischen, organisatorischen, rechtlichen und letztlich auch ökonomischen Aspekten hat am wenigsten die Fremdkontrolle, sondern vielmehr die Selbstprüfung und -erkenntnis zum Ziel. Gewiß, bei der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 und EN 46001 werden die Unternehmen der Dentalindustrie von „benannten Stellen“ (z.B. TÜV, DGQ, DEKRA) auditert, wie auch das CE-Zeichen für bestimmte Medizin- bzw. Dentalprodukte nur auf Grund einer Fremdzertifizierung als Gütezeichen benutzt werden darf.

### **Europäische und nationale Regelwerke nicht nur Industriesache**

Eine der auch standespolitisch gravierenden Fehleinschätzungen ist die Annahme, daß die europäischen und die daraus abgeleiteten nationalen Regelwerke für Medizin – und damit auch Dentalprodukte in erster Linie eine Angelegenheit der einschlägigen Industrie seien, was aber allein vom Inhalt einzelner Gesetze, Verordnungen und vor allem Normen her nicht stimmt.

Die fatalen Ergebnisse dieser Fehlinterpretation sind zum Beispiel Normen, die ohne wissenschaftlichen und / oder arbeitspraktischen Sachverstand konzipiert und verabschiedet wurden und noch werden. Die Normungsarbeit ist vor allem in puncto QS / QM-Normen ein langwieriger gemeinsamer Lernprozeß, wenn optimale Resultate bewirkt werden sollen. Wenn aber unerkant – weil nicht für wichtig gehalten – völlig einseitige, lückenhafte oder sogar grundsätzlich falsche Festlegungen (z.B. bei Amalgam-

abscheidevorrichtungen, Sterilisatoren, Arbeitsmitteln für die Präparationstechnik) entstehen, ist die Not anschließend groß. Der erwähnte Lernprozeß ist oft für Wissenschaftler und Arbeitspraktiker lehrreich, wenn sie – z.B. auf Grund industrieller Erfahrungen und Erkenntnisse – einsehen müssen, daß diese oder jene Norm bestimmte Inhalte aufzuweisen hat, wenn sie qualitätsfördernd und praktikabel sein soll. Nochmals: Es bedarf der standespolitischen Einsicht im zahnärztlichen, zahntechnischen und ebenso fachhandelsbezogenen Bereich, die nationale (DIN), europäische (CEN) und internationale (ISO) Normung personell und finanziell zu unterstützen. Wenn die Industrie da allein gelassen wird, besteht die Gefahr, daß hier – gewollt oder ungewollt – ungünstige Regelwerke entstehen.

### **Funktions- und Risikoanalyse als Grundlage der Qualitätssicherung**

Es gibt – und dies ganz aktuell – ein typisches Beispiel für die einseitige Einschätzung und damit auch Bearbeitung von Normen, die der („vertikalen“) Qualitätssicherung in Industrie und Arbeitspraxis dienen sollen: Die Entwicklung, Produktion und Anwendung der Arbeitsmittel für die zahnärztliche Präparationstechnik mit rotierenden Instrumenten (=Kavitäten-, Kronen- und Knochenpräparationen).

Im Rahmen der europäischen und nationalen Regelwerke für Medizinprodukte sind für bestimmte Erzeugnisse (hier: technische Arbeitsmittel der Produktklasse IIa) Funktions- und Risikoanalysen vor dem „Indenverkehrbringen“ (so der Begriff im Medizinproduktegesetz / MPG) und vor der klinischen Benutzung vorgeschrieben. Hier wird insbesondere die europäische Norm EN 1441 „Risikoanalyse und -bewertung – Risikomanagement“ als Richtlinie dienen, die aber zur Zeit noch nicht „amtlich“ vorliegt, aber

in absehbarer Zeit (zusammen mit fachspezifischen EN-Normen des CEN / TC 55 Zahnheilkunde) verabschiedet wird.

Die Mitarbeiter des Arbeitsausschusses „Rotierende Instrumente“ im DIN-Normenausschuß Dental haben in der letzten Sitzung (8. März 1995) die Notwendigkeit einer Funktions- und Risikoanalyse erkannt und schon diesbezügliche Instrumentensätze bzw. Empfehlungen in ihre Programme einbezogen, aber im Prinzip lehnt die deutsche „Bohrergruppe“ – so eine Stellungnahme des Obmanns E. Lange – die Überprüfung ihrer Sortimente auf der Basis der drei Ziele (1) Atraumatische Präparationstechnik, (2) Optimales Arbeitsergebnis und (3) Rationales Arbeitsgestaltung ab. Im Sinn hat man offensichtlich dabei, hier erst einmal eine Verzögerungstaktik zu betreiben, da ja das notwendige CE-Zeichen erst ab Juni 1998 endgültig Pflicht sein wird.

Der Verband der Deutschen Dental-Industrie (VDDI) befürwortet allerdings – dies ist ausdrücklich zu betonen – eine konsequente Befolgung der Regelwerke zur Vermeidung von eindeutigen klinischen Risiken, wie sie z.B. bei der Anwendung von Grobkorn-Diamantinstrumenten (>ISO 524) mit FG-Schaft im oberen Drehzahlbereich (> 40 000 h/min) bestehen. Grundsätzlich gelten die inzwischen international anerkannten Leitlinien im BZÄK / KZBV-Arbeitsmittel- und Werkstoff-Leitfaden „Das Dental Vademekum“ (Kapitel 10).

Der Arbeitsausschuß „Rotierende Instrumente“ wird seine Entscheidung in absehbarer Zeit revidieren müssen, wobei es auch um die Einstellung geht, daß der Zahnarzt als Kunde die Auswahl seiner Instrumente (auch wenn sie klinisch und technisch ungünstig sind) bestimmt und die Industrie ihm hier (wider besseres Wissen!) nichts einzureden habe. Damit wird auch die irrije These unter-

stützt, daß es keine QS-Standards für zahnärztlichen Maßnahmen gibt und geben könne.

### Quintessenz

Über die heterogenen Denk- und Handlungsprozesse in puncto Qualitätssicherung in der zahnmedizinisch-zahntechnischen Versorgung könnte man ein ganzes Buch füllen, so vielfältig und vielschichtig ist die Meinungsbildung innerhalb unserer Fachwelt und der mit ihr gesetzlich oder vertraglich verbundenen Institutionen. Für den intensiven Beobachter oder gar – im positiven Sinne – aktiven „Mitdenker und -handler“ ist es unverständlich, warum es noch so gravierende Widerstände gegen ein grundsätzliches QS-Konzept auf der fachkompetente Basis gibt, und warum konstruktive QS-Bemühungen in einzelnen Bereichen – aus welchen Gründen auch immer – Stückwerk bleiben. Gegenseitiges Unverständnis im gleichen „Lager“ ist ebenfalls ein Hinderungsgrund für eine Situationsoptimierung, wobei vor allem standespolitische Querschüsse und Unterschiede Ursachen für Rückschläge und Gegenbewegungen sind. Es hat den Anschein, als sei die sogenannte „Basis“ (= die schweigende Mehrheit der Zahnärzte, Zahntechniker usw.) von allen Diskussionen und Empfehlungen unberührt, so daß auch von dieser Seite wichtige Ansätze für eine Veränderung und damit Verbesserung fehlen. Dies ist kein böser Wille und keine unverständliche Ignoranz, denn es mangelt an den prinzipiellen Grundlagen für eine positive Einstellung, weil die Qualitätslehre kein Gegenstand der Ausbildung in den verschiedenen Berufen und Sektoren unserer Fachwelt ist. Dies gilt gleichermaßen für Ergonomie und Hygiene als wesentlichen Bausteinen der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

Dr. Karlheinz Kimmel  
Löhrrstraße 139, 56068 Koblenz

## Leserbriefe

### AOK – Vorschläge unakzeptabel

Zu den Vorstellungen von Herrn Ohlrogge von der AOK möchte ich einiges darlegen.

#### 1. Zahnarzt im Praktikum

Ein zusätzliches Vorbereitungsjahr im Rahmen der Gruppenprophylaxe dient in keiner Weise dem Ausbildungsziel als Zahnarzt, sondern ausschließlich den Kostenträgern der Gruppenprophylaxe. Ein Vergleich mit dem AiP ist nicht statthaft, da dieser das Spektrum der Medizin kennenlernen kann, während das Feld des Zahnarztes mehr als eingeschränkt ist. Die Honorierung mit 2.000 DM (brutto) pro Monat ist völlig unzureichend; die Helferinnen sollen 4.000 DM erhalten. Eine Anlehnung an die Vergütung der AiP'ler würde nur deren unzureichende Bezahlung auf die Zahnmediziner übertragen.

#### 2. Komplexgebühr für IP (einschl. professionelle Zahnreinigung und Bonus durch Testat).

Die Einführung einer Position zur professionellen Zahnreinigung (PZR) ist sinnvoll. Die Frage ist, aus welchem Honorartopf sie bezahlt werden soll. Kostenneutralität ist kurzfristig nicht zu erwarten. Rundweg nur ablehnen kann man den Vorschlag, diese PZR nur halbjährlich abrechnen zu können. Keiner Kommentierung bedarf der Vorschlag, die „PZR sei halbjährlich berechenbar, der Zahnarzt könne sie aber 3 oder 4 mal pro Jahr durchführen, um den Bonus zu erhalten“. Wo leben wir denn, daß Leistungen eingefordert werden, ohne sie bezahlen zu wollen? Wo leben wir, daß der Zahnarzt das Morbiditätsrisiko tragen soll? Wo leben wir,

daß der Patient seiner Verantwortung für seine Gesundheit enthoben werden kann? Der Tenor des Vorschlags ist zutiefst zahnarztfeindlich. Der Einschränkung der Abrechenbarkeit liegt doch die Angst oder Vermutung zugrunde, andernfalls würde die Leistung zu oft erbracht. Gleichzeitig wird aber konzidiert, daß sie auch öfter als 2 mal pro Jahr nötig sein kann. Dies trägt der individuellen Notwendigkeit keine Rechnung und zielt in Richtung Pauschalhonorar / Leistungskomplexe.

#### 3. Es sollen Komplexgebühren für Füllungen eingeführt werden, die für Amalgamfüllungen und Kunststofffüllungen gleich sein sollen. Dies trägt in zweierlei Richtung den Notwendigkeiten keine Rechnung. Zum einen ist das Legen einer Kompositfüllung erheblich aufwendiger und schwieriger als das einer Amalgamfüllung. Folglich muß auch die Honorierung anders gestaltet sein, sonst ist entweder das eine zu hoch oder das andere zu niedrig bewertet. Außerdem beinhalten Komplexgebühren die Abkehr von der Einzelleistungsvergütung, die ich für die gerechteste Vergütungsform halte.

#### 4. Die Begrenzung der Abrechnungshöhe für Inlays auf den 1,7fachen GOZ-Satz ist indiskutabel, da für diesen Preis kein qualitativ hochwertiges Inlay angefertigt werden kann.

#### 5. Die Umstellung der PAR-Behandlung ist dringend geboten. Diese Vorstellungen sind – eine angemessene Vergütung vorausgesetzt – durchaus überlegenswert. Mich wundert allerdings, daß der Patient 20% der Kosten tragen soll. Dies paßt von der Argumentationslogik her nicht zu dem unter Punkt 2 besprochenen.

#### 6. Die von der Zahnärzteschaft vorgeschlagenen „Regel- und Wahlleistungen“ werden als „Verkaufstrick“ abgetan. Sinnvoller wäre

es, sich selbstkritisch zu fragen, was solidarisch abgesichert werden muß und was der Eigenverantwortung und -vorsorge vorbehalten bleiben muß. Außerdem wird verkannt, daß es sich bei der kritischen Vertragsleistung um eine – unglücklich formulierte – Berechnungsgrundlage handelt.

7. Die von Herrn Ohlrogge beschriebenen Rationalisierungsreserven verschließen sich mir. Sowohl Galvanokronen wie auch Titanokronen bedingen zunächst einmal hohe Investitionskosten im zahntechnischen Bereich. Betriebswirtschaftlich gerechnet ergeben sich somit zunächst höhere Preise, obgleich – und darauf spielt er wohl an – die Metallkosten sinken. Nur sind die Metallkosten eben nur ein kleiner Teil der Gesamtkosten. Die angesprochene Rillen-Schulterbrücke ist nicht überall indiziert und die Präparation wird, da sie aufwendiger ist, höher bewertet. Der Einspareffekt ist also kaum vorhanden.

8. Im Rahmen der Fürsorgepflicht will die AOK die diese Verfahren umsetzenden Zahnärzte benennen. Dies ist nichts anderes als Werbung bzw. ein Einkaufsmodell auf eine etwas andere Art und diesem stehe ich nach wie vor mehr als ablehnend gegenüber.

9. Expressis verbis sollen Zahnärzte am Morbiditätsrisiko beteiligt werden. Dies kann nur rundheraus abgelehnt werden; wir können Angebote machen, die Morbidität zu senken, mehr nicht. Die Einschreibung ähnlich dem Hausarztmodell mit entsprechender Kontrolle der Zahnärzte (Prophylaxeraum, Prophylaxehelferin, Fortbildung) ist nicht akzeptabel. Zum einen wird die freie Arztwahl eingeschränkt (wenn auch auf freiwilliger „kalter“ Basis). Zum anderen muß, wenn die Zahnärzte kontrolliert werden, auch die entsprechende Ausstattung höher bewertet werden. Davon ist aber nicht die Rede.

Insgesamt halte ich die Vorschläge für schlichtweg unakzeptabel, wenngleich einzelne Elemente durchaus verlockend erscheinen und ja auch Forderungen des DAZ aufgreifen. Daß sie nunmehr im politischen Raum stehen, ist nicht zu ändern. Nur muß auch klar sein, daß dies dann ein völlig anders gestaltetes Gesundheitssystem ist. Mit wenigen guten Ideen (Prophylaxe) versucht man, die Zahnärzteschaft zu spalten. Die konzeptionelle Idee der Prophylaxe ist ja richtig. Nur muß der einzelne Zahnarzt sie umsetzen, den Patienten nahebringen und auch betriebswirtschaftlich stimmig erbringen können.

Ordnungspolitisch muß ein freies System, nicht zu verwechseln mit einem System der Selbstbedienung, erhalten bleiben. Und davon ist der AOK-Vorschlag leider meilenweit entfernt.

Dr. Wolfgang Abel  
41541 Dormagen

---

## Zwei Bürsten braucht der Mensch

Ich komme von einer Dienstreise nach Hause. Die Reisezahnbürste liegt im Koffer. Im Bad liegt verwaist und – ausgetrocknet – eine andere. Vollendeter Lustgewinn stellt sich ein: Sie ist hart und reinigt gründlich wie an ihrem ersten Schöpfungstag. Sollte vielleicht...? Nach den Regeln empirischer Wissenschaft mache ich die Probe aufs Exempel. Ich kaufe drei Zahnbürsten gleicher Marke. Die eine benutze ich morgens und abends. Die anderen beiden kommen im Abstand von 24 Stunden dran: morgens die blaue, abends die rote. Die Vermutung wird zur Gewißheit: Die doppelt so lange Trockenphase führt beim Reinigen der Zähne und bei der Massage des Zahnfleisches zu einem spür-

bar besseren Effekt. Auch für Kunststoffborsten sind zwölf Stunden offenbar nicht genug, um gut auszuhärten und nach getaner Arbeit wieder zu erstarken. Kostenfaktor für den Verbraucher gleich null. Denn beide parallel benutzte Bürsten werden ja nicht häufiger beansprucht. Es muß mit nur gelingen, zwei passende Bürsten gleichzeitig zu erwerben. Und damit bin ich bei meinem zweiten Vorschlag.

### Zahnputzset im Abonnement

Ich bekenne, meine Bürsten sind überfällig. Neue müssen her. Aber woher? Da habe ich um die Ecke den Supermarkt. Zahnbürstenbilligproduktland. Der Drogeriemarkt an der Ecke hat Markenprodukte. Aber nicht meine. Also in die Apotheke. Ja genau, da hängen sie ja. Sagen Sie bitte, haben Sie die auch in der 40er Größe. Nein? Schade. Dankeschön. In die nächste. Tatsächlich, sie ist da. Aber die Farbe! Nein. Also entschuldigen Sie, haben Sie vielleicht von dieser

Marke in dieser Größe eine rote und eine blaue Zahnbürste? Aber ... aber ich kann doch nichts dafür, daß es so viele Zahnbürsten verschiedener Hersteller in so vielen Farben gibt. Bitte regen Sie sich doch nicht so auf, ich frage doch nur ganz höflich. – So ist es eben: Der Apotheker ist überfordert, ich bin überfordert. Der Zeitverlust bei einem so banalen Geschäft wie dem des Zahnbürsteneinkaufs ist enorm. Ich ärgere mich. Man müßte diese Dinger einfach bestellen können. Ja! Ein kleiner Katalog, Bestellzettel ausgefüllt und auf Jahre hinaus habe ich meine Ruhe und meine Bürsten. Obendrein erinnert mich das kleine Päckchen wieder daran: Freund, jetzt ist die neue fällig. Die Zahnpasta bekomme ich auch gleich mitgeliefert. Fantastisch. Ich persönlich wäre sogar bereit, die Versandkosten zu bezahlen. Weil es sich bezahlt macht.

Karl G. Peschke  
Goethestr. 18, 99817 Eisenach

## PSYCHOSOMATISCHE ZAHNMEDIZIN

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

INSTITUT FÜR SYSTEMISCHE ANALYSE

Leitung: Dr. P. Macher

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





# Buchbesprechungen

## Ästhetische Gestaltung festsitzenden Frontzahnersatzes

Gerard J. Chiche und Alain Pinault

204 Seiten, Hardcover, Quintessenz Verlag Berlin 1994

ISBN 3-87652-303-6, DM 280.-

Welche Art Krone ist mit dem höchsten Grad von Präzision herstellbar und hat somit die beste Prognose? Sicherlich noch immer die Vollgußkrone aus einer Hochgoldlegierung. Natürlich gilt das auch für Frontzähne, im Prinzip...

Da die Wünsche unserer Patienten nicht in diese Richtung gehen und sie immer genauer auf die „Schönheit“ ihrer Zähne achten, und weil gleichzeitig die Möglichkeiten der Zahntechnik, perfekt aussehenden Ersatz herzustellen, immer besser werden, wächst die Wichtigkeit von Büchern wie diesem.

Die Autoren, Zahnarzt und Zahntechniker, offenbar beide mit ausgeprägtem Hang zum Perfektionismus, haben hier ihre langjährigen praktischen Erfahrungen zusammengetragen.

Zum Einstieg wird der künstlerische Aspekt der ästhetischen Zahnheilkunde betrachtet. Symmetrie und Asymmetrie, Linien und Hilfslinien zur Beurteilung und Typisierung von Gesicht und (Front)zähnen werden besprochen. Der Leser soll einen Blick bekommen für Proportionen, für das „Normale“ und dafür, wie Abweichungen davon sich auswirken bzw. wie man sie tarnen kann.

Behandlungsplanung und klinisches Vorgehen werden ausgesprochen ausführlich dargestellt. Besonderheiten der metallkeramischen und der vollkeramischen Krone ver-

schiedenster Fabrikate sowie von Sonderformen wie der Folienkrone werden herausgearbeitet.

Breiten Raum nimmt ein Abschnitt über die – sicherlich oft unterschätzte – Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker ein. Hier sind äußerst wertvolle Tips zu finden.

Eigene Kapitel sind dem Zahnfleischsaum gewidmet: Nach welchen Kriterien muß er beurteilt werden, wann und wie sind Korrekturen erforderlich bzw. möglich, welche Abformtechnik soll angewandt werden.

Die Lektüre dieses Buches hinterließ ein äußerst zwiespältiges Gefühl: Es zeugt von großem Erfahrungsschatz und enormem Kenntnisreichtum der Autoren. Es enthält, Quintessenz-typisch, hervorragendes Bildmaterial. Es dürfte auch den erfahrensten unter uns noch eine Menge neuer Erkenntnisse vermitteln. Wer an vertiefender Lektüre interessiert ist, wird mit sehr ausführlichen Literaturhinweisen bestens bedient.

Leider aber ist das Werk undeutlich gegliedert. Erörterungen, die eigentlich zusammengehören, finden sich in unterschiedlichen Kapiteln (unter deren Überschrift man sie nicht unbedingt vermuten würde). Wiederholungen helfen diesem Mangel nur zum Teil ab. Die Übersetzung aus dem Amerikanischen

schen ist in Satzbau und Wortwahl oft holprig, gelegentlich unverständlich.

Man erkennt den Vorsatz, die Materie erschöpfend darzubieten. Dies gelingt in des Wortes doppelter Bedeutung: Viele Erörterungen sind ebenso detailreich wie ermüdend.

So ausführlich der Text, so knapp ist das Stichwortverzeichnis. Man kann es, je nach

Temperament, entweder als lächerlich oder als peinlich bezeichnen. Brauchbar ist es jedenfalls nicht.

Fazit: Ein wertvoller (Wissens)schatz, den zu heben sich lohnt, allerdings, aber das ist ja bei großen Schätzen so üblich, vor seiner Inbesitznahme sind Widrigkeiten und Mühseligkeiten zu überstehen. Schade eigentlich!

Thomas Murphy

## Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994

J. Bauer, T. Neumann, R. Saekel

351 S., E. Schmidt Verlag, Münster 1995, ISBN 3 503 03697 0, DM 96.-

Gesundheitspolitik bedarf klarer Vorgaben. Deshalb ist es hilfreich, Zwischen- und Unterziele zum WHO / FDI-Katalog für das Jahr 2000 – zu dem sich die Bundesregierung bekannt hat – zu formulieren. Im Sinne einer Schwachstellenanalyse kann dann herausgefunden werden, welche Modifizierungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung vorzunehmen sind. Bei Bedarf sind diese Ziele regional zu differenzieren, da die Zahngesundheit der Jugendlichen regional noch größere Differenzen aufweist.

Zur schnelleren Erreichung bzw. Annäherung an die WHO / FDI-Ziele werden zur Realisierung bis 1997 folgende Unterziele vorgeschlagen:

- Integraler Bestandteil jeder Schwangerenberatung sollte die Vermittlung profunder Kenntnisse über Möglichkeiten zur Vermeidung der Kariesübertragung und Stärkung der Widerstandskraft der Zähne sein.

- In allen Bundesländern sollten mindestens 75 Prozent aller vier- bis elfjährigen gruppenprophylaktisch betreut werden.
- Die Versiegelung der bleibenden Molaren sollte bei mindestens 50 Prozent der 6/7-jährigen und 12/13-jährigen erfolgen.
- Die Anzahl vorhandener Zähne in der Gesamtbevölkerung sollte durchschnittlich um mindestens 10 Prozent angehoben werden.
- Die regelmäßige jährliche Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienste bei Erwachsenen sollte auf mindestens 60 Prozent erhöht werden.
- Die Verwendung von fluoridiertem Jodsalz sollte auf einen Marktanteil von mindestens 30 Prozent gesteigert werden.
- Die prophylaktischen Ausbildungskapazitäten sollten mindestens verdoppelt werden.
- Das prophylaktische Personal in Zahnarztpraxen sollte mindestens um 100 Prozent gesteigert werden.

- Mindestens 10 Prozent aller Zahnarztpraxen sollten ihre Patienten konsequent präventiv, d.h. kausalorientiert behandeln und über entsprechende Praxisstrukturen verfügen.
- Mindestens ein Drittel der Zahnärzte sollte regelmäßig an Qualitätszirkeln teilnehmen.

Bewertung: Erste Sahne für jene, die mit klaren Daten, Analysen und internationalen Vergleichen zahnmedizinische Gesundheits-

politikverstehen und mitgestalten wollen. Diese längst überfällige Gemeinschaftsarbeit von Zahnärzten und Gesundheitspolitikern wird die Debatte über „Zahnheilkunde in Deutschland“ auf eine verlässliche Basis stellen und den Nebel aus Wunsch und Wirklichkeit lichten. Es gibt nachweisbar große Stärken, Erfolge und Fortschritte; ein Grund mehr, sich auch der Überwindung von unbestreitbaren Schwächen, Defiziten und Fehlentwicklungen zu widmen. c.n.

### Diverse Termine

- |                |  |
|----------------|--|
| 13.9.1995      | Regensburg/Praxis Dr. Schrott: Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz zum Thema „ <b>Entspannung für den Arzt durch Meditation</b> “   |
| 20.9.1995      | München/Uni-Zahnklinik: <b>Eröffnungsveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1995</b> (einzelne Karten über DAZ-Geschäftsstelle erhältlich)   |
| 25.9.1995      | Bundesweiter <b>Tag der Zahngesundheit 1995</b>  |
| 7.10.1995      | Brühl bei Köln/Hansa-Hotel, Römerstr.1: <b>DAZ-Jahrestagung mit öffentlicher Veranstaltung zum Thema „Prophylaxe – eine Gemeinschaftsaufgabe für alle Zahnärzte“</b> am Vormittag sowie Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen am Nachmittag. Am 6. und 8.10.1995 kollegiales Beisammensein und Besichtigungsprogramm. Programm Ende August erhältlich über DAZ-Geschäftsstelle |
| 18.10.1995     | Regensburg/Leerer Beutel: Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz zum Thema „ <b>Praxis der Amalgamausleitung</b> “, Referent: Dr. Ulrich Wolf  |
| 27.-29.10.1995 | Berlin: Bundeskongreß des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt und Tierärzthelferinnen (BdA) zum Thema „ <b>Prävention</b> “ mit Angeboten für Zahnärzthelferinnen zu Themen wie IP, Speicheldiagnostik, Prophylaxe bei Behinderten, Streßbewältigung, Vermeidung von Haltungsschäden   |
| 29.11.1995     | Regensburg/Leerer Beutel: Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz zum Thema „ <b>Siemens: Cerec II-Demonstration</b> “  |

---

# DAZ-Verbandsnachrichten

## DAZ-Jahrestagung im Herbst – vielleicht für Sie der Start ins Verbands-Engagement?

Die Entwicklung im Gesundheitswesen und in der zahnmedizinischen Versorgung ist nicht stehen geblieben. Nach der verschärften Indikations-einschränkung für Amalgamfüllungen erhielt der zuständige Bundesausschuß den Auftrag, die Aufnahme von Kunststoff-Versorgungen im Seitenzahnbereich in den Sachleistungskatalog zu betreiben; die äußerst folgenreiche Entscheidung hier steht, und sei's in Form einer ministeriellen Ersatzvornahme, unmittelbar bevor. Auseinandersetzungen um Punktwerte, um KZV-interne Honorarverteilungsmaßstäbe, um zurückgehaltene oder zurückgeforderte Honoraranteile erhitzen in verschiedenen KZVen die Zahnärzte-Gemüter. Den Vogel hat wie meist zuvor die Schirbort-Mannschaft abgeschossen: seit 1.7.1995 regiert in Niedersachsens KZV ein Staatskommissar.

Dies alles sind Entwicklungen, die den Handlungsspielraum von Zahnärzten in der Arbeit mit ihren Patienten einengen, skeptische Haltungen gegenüber dem zahnärztlichen Berufsstand verstärken, im Vorfeld der nächsten Gesundheitsreform die Gespräche um Neuregelungen im Bereich Zahnmedizin negativ vorbelasten, bei vielen Zahnärzten zur enttäuschten Abwendung von Körperschaften und Berufsverbänden führen und natürlich auch am DAZ nicht spurlos vorbeigehen. Gespräche mit Mitgliedern, phasenweise Funkstille auch bei ansonsten aktiven Mitstreitern signalisieren auch hier beträchtliche Frustration. Tatsächlich wird es nicht leicht fallen, bei der nächsten Gesetzesreform oder auch nur in der Amalgamsatz-Frage mit fundierten Argumenten durch die aufgetürmte Wolke von Halbwahrheiten, atmosphärischen Störungen, Informationsdefiziten und kollidierenden Interessen durchzudringen. Andererseits zeigt sich erneut, daß der DAZ nicht allein steht und daß

Schirbort mit seinem Kollisionskurs auch in den eigenen Reihen Kritik hervorruft. Die Bundeszahnärztekammer beispielsweise hat kürzlich auf ihrer Klausurtagung in Ising Gespräche mit Politikern und die Aufweichung verhärteter Fronten beschlossen und sich gegen eine „Alles-oder-Nicht-Politik“ ausgesprochen. Zehn der 22 KZVen haben sich von der niedersächsischen Politik, die zum Staatskommissar führte, distanziert; die interne Diskussion zwischen den Körperschaften läuft weiter.

Im DAZ sind wir bemüht, auf wichtige Tagesereignisse mit den richtigen Antworten zu reagieren und zugleich die Weiterentwicklung eines zukunftsorientierten Konzeptes nicht aus den Augen zu verlieren. Unsere gemeinsame Tagung in Frankfurt zusammen mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin diente zum einen der Auseinandersetzung mit den Reformvorstellungen der SPD-Opposition; Referent war hier der gesundheitspolitische Sprecher der Bundestagsfraktion Klaus Kirschner. Zum anderen sollte die Beschäftigung mit dem Thema Amalgam-Alternativen, brillant vorgestellt von Prof. Dr. Jean-Francois Roulet von der Charité Berlin, den einzelnen Kollegen für die schwierigen Abwägungsprozesse in der Füllungs-therapie rüsten helfen. Prof. Roulet stand dem DAZ auch mit seinem fachlichen Rat zur Seite, als es kurze Zeit später galt, rechtzeitig vor Zusammen-treten des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, der über Kunststoff-Füllungen im Seitenzahnbereich beschließen sollte, eine Stellungnahme zu erarbeiten (s. Seite 233). Das DAZ-Papier wurde dem Gesundheitsministerium zugeleitet und in Kurzform an die Presse gebracht. In ähnliche Richtung weist eine inzwischen von der KZBV veröffentlichte Erklärung. Die Zahnärztervertretung schöpft derzeit die verfahrenstechnischen

Möglichkeiten aus, um doch noch eine Revision der aus fachlicher und gesundheitsökonomischer Sicht abzulehnenden Entscheidung zu erwirken.

Als nächstes stehen an die kritische Wertung des (vor wenigen Tagen publizierten) Sachverständigenrats-Gutachtens, die Auseinandersetzung mit der ablehnenden Haltung des BMG zum Konzept Vertrags- und Wahlleistungen (zu dem der DAZ im Februar Stellung genommen hatte, vgl. *forum* 49/1994, Seite 89ff), erneute Vorschläge bzgl. Modellversuchen, wie sie der DAZ schon mehrfach angeregt hat. Vor allem aber wird unser Verband seine Anstrengungen auf dem Gebiet fortsetzen, das Kernstück jeder reformierten Zahnheilkunde sein muß: die Prophylaxe. Eine kleine Expertenrunde trifft Ende Juli zusammen; an alle Mitglieder ergeht die Aufforderung, zur DAZ-Jahrestagung am 7.10.1995 nach Brühl bei Köln zu kommen und hier über das (fortentwickelte) DAZ-Konzept zur lebenslangen Prophylaxe zu beschließen. Am Vormittag des 7.10.1995 laden wir über die eigenen Reihen hinaus sowohl Zahnärzte aus dem niedergelassenen Bereich als auch Kollegen/innen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst und aus örtlichen Zahngesundheits-Arbeitsgemeinschaften zu einem bunten Vortrags- und Diskussionsprogramm ein, das insbesondere zur besseren Kooperation und Verzahnung der verschiedenen an der Prävention beteiligten Personen und Institutionen beitragen soll.

Prophylaxe wird das Hauptthema unserer Jahrestagung sein; die rein formalen Punkte wollen wir bei unserer Mitgliederversammlung am Nachmittag des 7.10.1995 so knapp wie möglich halten. Wie üblich gilt es allerdings einige Berichte entgegenzunehmen; vor allem aber gibt's – darauf soll an dieser Stelle hingewiesen werden – nach einjähriger Pause wieder Vorstandswahlen. Schon jetzt ist klar, daß sich nicht sämtliche derzeitigen Vorstandsmitglieder erneut zur Wahl stellen wollen. Meine Bitte an alle, die sich gern stärker als bisher im Verband engagieren und an Entschei-

dungen teilnehmen möchten: Denken Sie doch mal über eine Kandidatur nach!

Des weiteren können Sie natürlich auch schon mal überlegen, welche Anliegen Sie gern im DAZ behandelt wissen wollen. Anträge und Vorschläge zur Mitgliederversammlungs-Tagesordnung nehme ich ab sofort entgegen (lt. Satzung sind Anträge mindestens eine Woche vorher beim Vorstand schriftlich einzureichen). Ebenfalls schon möglich ist die Anmeldung zu unserer Veranstaltung, die Sie am Freitagabend durch Beteiligung am kollegialen Beisammensein und am Sonntag durch ein Kulturprogramm im Städtchen Brühl erweitern können; frühzeitige Zimmerreservierung ist sinnvoll.

Herzlich einladen möchte ich Sie auch noch zu weiteren Terminen, die Sie in diesem *forum* finden: zu den Veranstaltungen des NAV-Virchowbundes. Nach mehrjähriger Kooperation mit unserer ärztlichen Partnerorganisation können wir immer wieder feststellen, wie heilsam es ist, einen Blick über den Zaun zu werfen – sei es von zahnärztlicher Seite zu ärztlicher Seite oder umgekehrt. Besonders in dem, was unseren beiden Verbänden als zentrales Anliegen am Herzen liegt, sollten alle Chancen zur Zusammenarbeit genutzt werden: in der Prävention. Dementsprechend hat der DAZ in die außerordentliche Bundeshauptversammlung des NAV-Virchowbundes im April einen Antrag zur zahnmedizinischen und zahnprophylaktischen Betreuung Pflegebedürftiger eingebracht. Einhellig war man in beiden Verbänden der Meinung, daß nur durch interdisziplinäres Zusammenwirken und Aktivierung der Betroffenen und ihrer Familien die orale Situation alter und pflegebedürftiger Menschen zu bessern ist.

Ich wünsche uns allen schöne Sommertage und frischen Schwung für die berufspolitischen und fachlichen Aktivitäten auf allen Ebenen.

Mit freundlichen Grüßen  
Irmgard Berger-Orsag, Geschäftsführerin

# 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 Mitgliedsbeitrag 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. Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ forum sind erlaubt, soweit mit den Autoren der Beiträge abgesprochen.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, 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 Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- **Inseratpreise:**  
Auskünfte über Anzeigenformate und -preise, Platzierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber usw. gibt unsere Anzeigenpreislise 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  
Kötztingerstr. 10, 93057 Regensburg



## Der DAZ stellt sich vor

### **Berufsverband**

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

### **Kooperation mit dem NAV-Virchowbund**

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

### **Studiengruppen**

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

### **Informationen**

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift „forum“ mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das Informationsblatt „Kontakte“ heraus. Die DAZ-Mitglieder erhalten zudem die Zeitung „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 Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

### **Standespolitik**

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

Der DAZ setzt sich ein für:

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

### **Qualität**

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

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

### **Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe**

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Zulassung von 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 DAZ-Jahrestagung am 7.10.1995 an und bitte um Zusendung des Programmes.

Ich bin

- niedergelassener Arzt       DAZ-Mitglied       Kein DAZ-Mitglied und hätte gern allg. Infos über den DAZ
- angestellter Zahnarzt       NAV-Mitglied
- Student       Nicht-Mitglied

- Ich komme bereits am Freitagabend 6.10.1995 zum Get Together
- Ich komme nur zur Diskussionsveranstaltung am 7.10.1995 „Prophylaxe – eine Gemeinschaftsaufgabe aller Zahnärzte“
- Ich komme zur DAZ-Mitgliederversammlung (MV) am 7.10.1995, ab 14 Uhr
- Ich habe einen Vorschlag / Antrag zur MV – siehe Anlage
- Ich möchte auch am Abendtreffen am 7.10.1995 teilnehmen
- Ich habe Interesse an Kultur- und Besichtigungsaktivitäten am 8.10.1995

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  |

An den  
**Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9  
50668 Köln

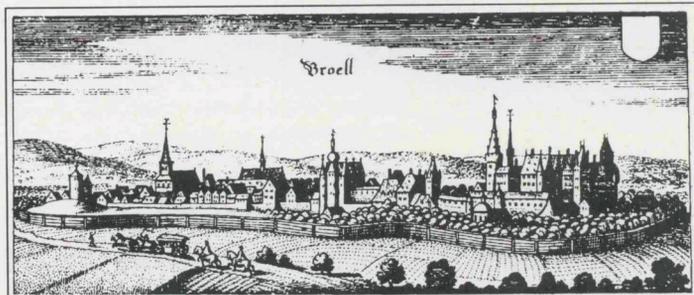
Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

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

Fax: 0221/7 39 12 39

Sie sind herzlich eingeladen zur  
**DAZ-Jahrestagung 1995**

Samstag, 7. Oktober 1995  
in Brühl bei Köln



unter dem Thema:  
**Prophylaxe – eine Gemeinschaftsaufgabe  
aller Zahnärzte**

Hansa-Hotel, Römerstr. 1, 50321 Brühl  
Tel. 02232/204-0, Fax 02232/204523

Die DAZ-Tagung wendet sich an alle, die an zahnmedizinischer Prophylaxe interessiert sind, und soll einen Beitrag zur Verbesserung der Kooperation der hier tätigen Zahnärzte und anderen Berufsgruppen leisten. Zur Einführung ins Thema dienen Kurzreferate von Experten aus Wissenschaft, öffentlichem Gesundheitsdienst, freier Praxis und weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Im Rahmen der Tagung stellt der DAZ sein Konzept einer flächendeckenden effektiven Prophylaxe für alle Altersgruppen zur Diskussion.

**Vorläufiges Programm:**

Fr, 6.10.'95	ab 20.00 Uhr	Get Together im Restaurant des Hansa Hotel
Sa, 7.10.'95	ab 09.30 Uhr	Öffentliche Veranstaltung der DAZ-Jahrestagung im Hansa-Hotel zum Thema „Prophylaxe - eine Gemeinschaftsaufgabe aller Zahnärzte“ mit Kurzreferaten verschiedener Prophylaxe-Experten und Diskussion mit dem Plenum
	ab 12.30 Uhr	Mittagspause
	ab 14.00 Uhr	DAZ-Mitgliederversammlung 1995 mit Vorstandswahlen
	ab 20.00 Uhr	Gemütliches Beisammensein in einem Brühler Restaurant
So, 8.10.'95	ab 10.00 Uhr	Auf Wunsch Besichtigung des Brühler Schlosses und weiterer Sehenswürdigkeiten

**Hotelreservierungen:** Frühzeitig vornehmen, im Hansa-Hotel bis 10.9.95 (EZ 155 DM, DZ 215 DM); weitere Hotels auf Anfrage

**Anmeldung:** bitte an DAZ-Geschäftsstelle Köln, Coupon umseitig, Programm wird zugeschickt.