

51

**von Zahnärzten für Zahnärzte**

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

**DAZ**  
**forum**

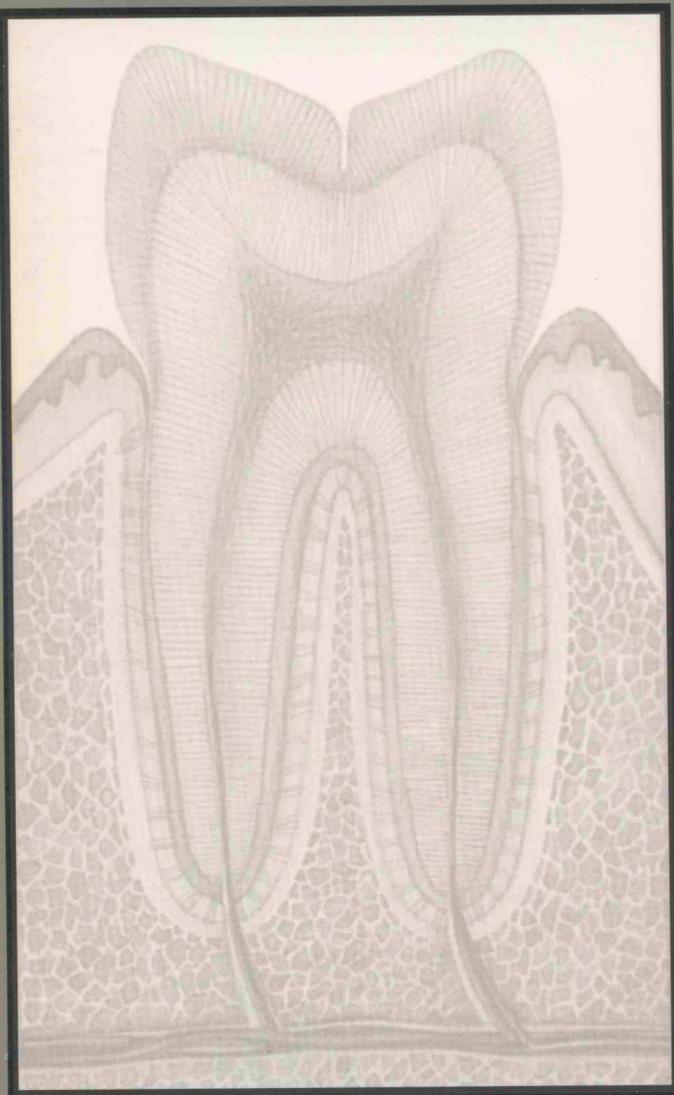
14. Jahrgang 4. Quartal 1995 Herausgegeben vom DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchow - Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

**Abschied von  
Illusionen**

**Zur Anatomie  
eines  
Fiaskos**

**Effektivität  
und  
Effizienz der  
Gruppenprophylaxe**

**Risiken  
und Nachteile  
palladiumfreier  
Legierungen**





# Dental Museum

---

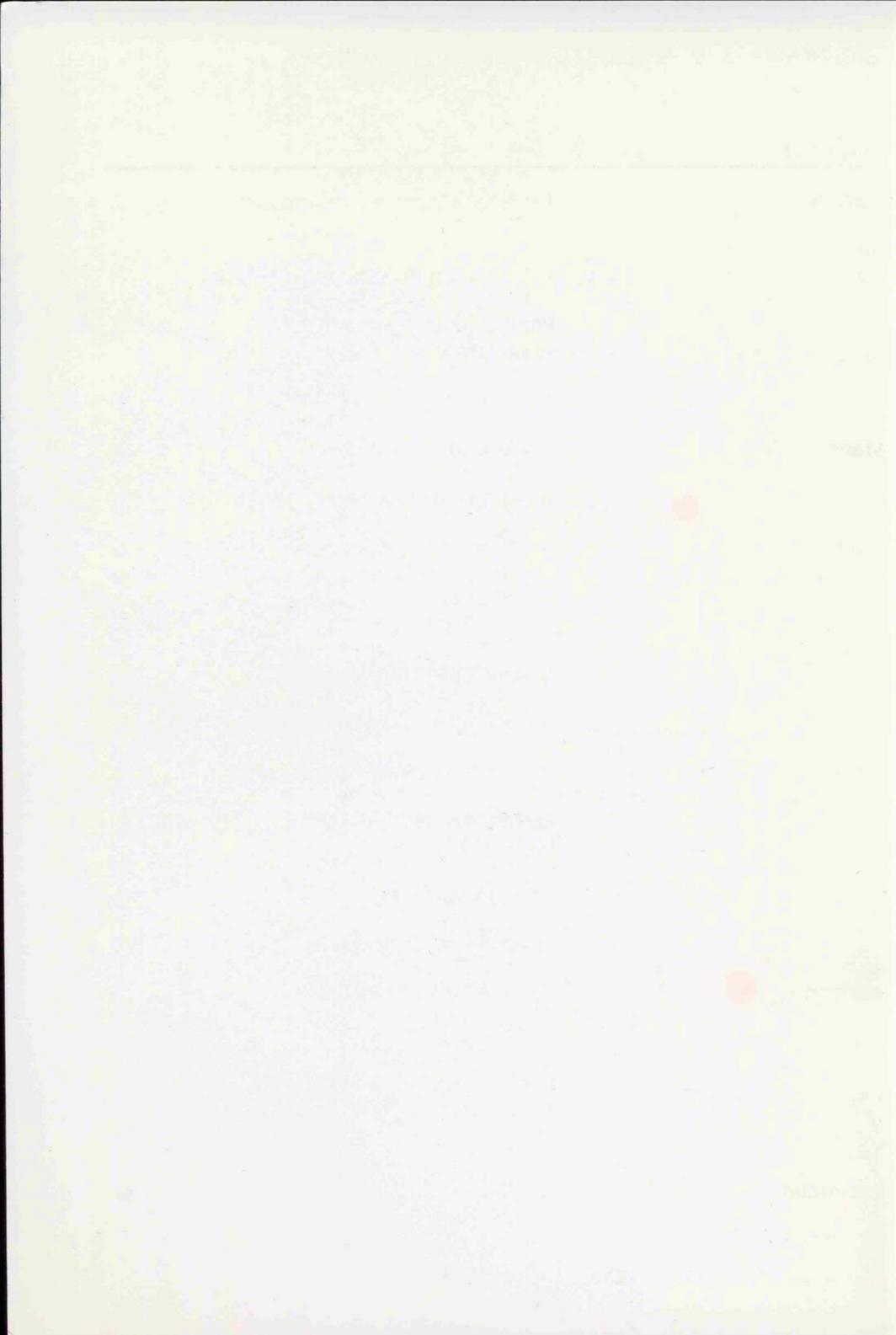
## Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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**



# Inhalt

---

<b>Editorial</b>	Realitätsverluste und Heucheleien	3
<b>Berichte von der DAZ Jahreshauptversammlung</b>	Abschied von Illusionen	7
	Prophylaxe im Würgegriff von Gruppeninteressen?	15
	Mitgliederversammlung '95	18
<b>Standespolitik</b>	Zur Anatomie eines Fiaskos	25
	neues Denken wagen - Neues denken wagen	29
<b>Prophylaxe</b>	Effektivität und Effizienz der Gruppenprophylaxe	36
	Tag der Zahngesundheit	46
	Eine Institution im Ruhestand	48
	Gute Chancen für gesündere Zähne	49
<b>Aus der Praxis</b>	Es muß nicht immer Singapur sein...	58
	Risiken und Nachteile palladiumfreier Legierungen	59
	Speicheldiagnostik	65
	Zemente und Zementieren	70
<b>Ausland</b>	Als Zahnärztin in Namibia	74
<b>Fortbildung</b>	World Dental Congress, Honkong 1995	76
<b>Buchbesprechungen</b>		80
<b>Leserbriefe</b>		82
<b>Impressum</b>		86

**‘Wer hohe Qualität  
zu hohen Kosten erzielt,  
gibt nur sein Unvermögen  
an den Kunden weiter.’  
Imai**

Wer hohe Qualität  
zu niedrigen Kosten erzielt,  
gibt sein hervorragendes Können weiter.

Biodental Zahntechnik  
Tel. 0130 - 112848

## Editorial Realitätsverluste und Heucheleien

Daß sich die Zahnärzteschaft vehement für den Schutz der Patientendaten einsetzt, konnte man in den letzten Monaten immer wieder in den standeseigenen und den öffentlichen Medien lesen. Im Grunde hätte es dafür ja reichlich Beifall geben müssen, zumindest von den Datenschützern und den Patienten.

Hat sich ein einziger bei Ihnen dafür bedankt, daß Sie so heftig seine Interessen vertreten? Sicher nicht, denn das Motiv zu dieser Kampagne war zu offensichtlich, als daß es nicht jeder durchschaut hätte: die Furcht zahnärztlicher Spitzenfunktionäre (warum wohl besonders dieser?) vor der Möglichkeit der Krankenkassen, anhand von Computerdaten patienten- und zahnarztbezogene Tagesprofile zu erstellen. Für den, der nichts zu verbergen hat, eigentlich kein Problem, oder? Im Gegenteil: Für die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen in diesem Bereich hätte man vor ein paar Jahren sogar noch etwas erhandeln können - jetzt gibt es für die Verweigerung nur noch mehr Probleme, z.B. die 10%ige Zwangsabsenkung der Honorare ab 1. Januar 1996.

In Niedersachsen hat Herrn Schirborts KZV in einer Zeitungsannonce die Krankenkassen des 'Honorar Betrugs' an den Zahnärzten bezichtigt. Daß alle großen Zeitungen einschließlich BILD den Abdruck verweigerten - aus verständlichen 'grundsätzlichen Erwägungen' - veranlaßte die niedersächsischen Zahnarztfunktionäre, ein Medienkom-

plott gegen die Zahnärzteschaft zu unterstellen und die 'mangelnde Pressefreiheit' zu beklagen. In den standeseigenen Medien ist letztere aber gang und gäbe: Da wurde nicht nur eine Werbung für den Artikulator, 'die Zeitschrift für *kritische Zahnmedizin*', von den ZM abgelehnt - interessanterweise ebenfalls aus 'grundsätzlichen' Erwägungen. Auch für Leserbriefe kritischen Inhalts ist seit Jahren in den ZM (Mitherausgeber: Dr. Schirbort) ebenso wenig Platz wie in den regionalen Mitteilungsblättern der Zahnärzte.

Aber dies alles sind ja nur Marginalien gegenüber den substantiellen Problemen: z.B. den fast schizophrenen Bemühungen, einerseits immer neue Begründungen für die medizinische Notwendigkeit *aller* zahnärztlichen Leistungen zu ersinnen, damit sie auf Privatrechnungen anerkannt werden, andererseits aber möglichst viele Maßnahmen als medizinisch nicht notwendige Wahlleistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu streichen, um sie privat und in beliebiger Höhe abrechnen zu können. Natürlich klingt das aus dem Mund von Schirborts Bundes-KZV anders: Der Leistungskatalog der GKV dürfe nicht um weitere Behandlungen wie Implantologie und Myoarthropathie-Therapien erweitert werden, 'um die Beitragssätze stabil zu halten'. Natürlich stimmt das - wer aber hält dieses Motiv für glaubwürdig?

Das Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen ist grundsätzlich richtig und

sinnvoll. Es wäre auch angesichts der begrenzten Mittel der Krankenkassen und der Probleme, die sich daraus in allen Bereichen des Gesundheitswesens ergeben, längst Gesetz, wenn nicht die Führung der Zahnärzteschaft den Wahlleistungskatalog überzogen und ihre finanziellen Motive allzu sehr in den Vordergrund gestellt hätte.

Geld zu verdienen ist lebenswichtig und legitim - für Ärzte ebenso wie für andere Bürger. Wenn aber hinter jedem Programm und jeder politischen Initiative so offensichtlich nicht die Sorge um den Patienten, sondern die um das eigene Einkommen durchscheint, dann hält jede Regierung, jeder Gesundheitsminister die Tür in die 'ungestörte Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient' (O-Ton Freier Verband) verschlossen. Voraussetzung für deren Öffnung ist nämlich Vertrauen. Gerade dies wurde aber durch die verbalen Entgleisungen unserer Spitzenfunktionäre und ihre vielfältigen Initiativen, sich den Verpflichtungen aus dem Vertragszahnartzrecht zu entziehen (Korbmodell), gründlich zerstört. Und damit nicht genug: Wir werden die gleichen Probleme im Bereich der Privatbehandlung bekommen, wenn es uns nicht gelingt, Absahner und Betrüger in den eigenen Reihen wirksam zu disziplinieren. Natürlich gibt es in jedem Berufsstand einen bestimmten Bodensatz. Der richtet aber z.B. bei Kaufleuten oder Juristen 'nur' materiellen Schaden an. In unserem Bereich geht es um materielle *und* gesundheitliche Schäden, z.B. um irreversible Dauerleiden durch nicht indizierte und mangelhafte Implantationen oder Prothetkarbeiten.

Wenn das alles nur als Problem von Zivilgerichten beiseite geschoben wird - wenn sich die stumme Mehrheit der Kollegen von Leuten mit geradezu paranoisch geprägten Denkschemata (sozial=sozialistisch) führen läßt, in deren Sichtweise nur der Vorschlaghammer als Agitationsinstrument taugt: Dann akzeptiert diese Mehrheit durch ihre Passivität, daß bewußt die Zerstörung von Existenzen in Kauf genommen, wenn nicht gar betrieben wird, um den anderen einen noch größeren Markt zu öffnen.

Wenn Sie, liebe Kollegen, sich außerstande sehen, innerhalb Ihres KZV-Bereiches etwas gegen diese Entwicklungen zu tun, dann kommen Sie zu uns und beteiligen Sie sich an den Diskussionen über die Alternativen.

Beim DAZ wird jedenfalls niemand ausgegrenzt oder eingeschüchtert, der eine andere Meinung vertritt. Auch das forum steht Ihnen offen für Ihren Diskussionsbeitrag und Ihre Gedanken. Vielleicht finden Sie in diesem Heft ein paar Anregungen dazu, z.B. im folgenden Bericht des DAZ - Vorsitzenden Dr. Ernst. Auch dieses Referat muß übrigens hier so ausführlich wiedergegeben werden, weil die strenge Pressezensur in den Zahnärztlichen Mitteilungen und in der Zahnarztwoche jeden Bericht über die DAZ - Jahreshauptversammlung verhindert hat. Prüfen Sie doch einfach selbst, für wen diese Gedanken so gefährlich sind, daß man sie unterdrücken muß.

*Dr. Hanns-W. Hey  
München*

# 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

---

---

*DAZ-Presseerklärung*

---

---

## Stagnation in der zahnärztlichen Berufspolitik durch Wahlrechtsreform aufbrechen!

In den meisten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) werden deren Vertreterversammlungen nach dem Mehrheitswahlrecht bestimmt. Dies hat dazu geführt, daß der größte zahnärztliche Verband monopolartig alle Schlüsselstellungen der Selbstverwaltung besetzt hält und seinen Alleinvertretungsanspruch mit allen Mitteln sichert. Auch stärkere Minderheiten haben mit den geltenden Wahlordnungen keine Chance, an der berufspolitischen Diskussion oder gar an Entscheidungsprozessen angemessen mitzuwirken. Dadurch ist der Fortschritt in der zahnärztlichen Berufspolitik seit Jahren blockiert.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ im NAV- Virchow- Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hält die bestehenden Wahlordnungen mit so krassem Mehrheitswahlrecht für prinzipiell undemokratisch und standespolitisch nachteilig. Sie sind demotivierend gerade für Kolleginnen und Kollegen, die berufspolitische Mitverantwortung zu übernehmen bereit sind. Wahlbeteiligungen weit unter 50% sind ein beredtes Zeugnis für Rückzug und wachsende Frustration der Kollegenschaft. Der Alleinvertretungsanspruch eines einzigen Verbandes und die zensurmäßige Kontrolle aller Standesmedien werden vom DAZ als das Grundübel der zahnärztlichen Berufspolitik angesehen.

Der DAZ begrüßt und fördert deshalb alle Initiativen, die zu einer gesetzlichen Änderung des Wahlrechts der KZVen vom Mehrheitswahlrecht hin zum Verhältniswahlrecht führen. Die Regelungen sollten so ausgestaltet werden, daß sowohl Listen- als auch Einzelkandidaten wählbar sind, pro Wahlkreis mindestens 10 Kandidaten zu wählen sind und Ausschuß-Präsenz (ggf. mit beratender Stimme) für alle Gruppen gewährleistet ist. Nur ein energisches Aufbrechen der realitätsfremden und erstarrten berufspolitischen Monokultur wird zu einer verantwortlichen und kompromißfähigen Vertretung der Vertragszahnärzte zurückführen. c.n.

# Berichte von der DAZ - Jahreshauptversammlung 1995

## 'Abschied von Illusionen?' Referat des DAZ- Vorsitzenden

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde und Mitstreiter,

in Zeiten wie diesen steht der Chronist eines Geschäftsjahres vor einer schwierigen Aufgabe. Es hat sich vieles ereignet, das meiste davon unspektakulär, aber dafür nicht weniger wirksam, manche Tage verliefen hochdramatisch, und heute ist alles Schnee von gestern.

Wir alle sind über die wichtigsten Abläufe aus unseren eigenen Medien gut informiert. In das letzte Jahr fiel das 50. FORUM, und das 50. DAZ-aktiv liegt vor Ihnen auf den Tischen. Ich will Sie also nicht mit Chronologie langweilen, sondern ein paar Themen herausgreifen, die aus Sicht des Vorstandes noch einmal Erwähnung finden sollten. Vorher aber ein Thema, das mir mehr als alle anderen am Herzen liegt. Es ist ein bißchen Nabelschau über die innere Befindlichkeit unseres DAZ. In einem Jahresbericht wie diesem darf auch sie nicht zu kurz kommen.

Bei allen sehr wirkungsvollen und vielfältigen Außenwirkungen, die der DAZ entfaltet, ist nicht mehr zu übersehen, daß seine Attraktivität nicht ausreicht, genug neue Mitglieder anzuwerben. Unsere Mitgliederzahl ist zwar konstant, aber das Verhältnis von aktiven zu den nur beitragszahlenden Mitgliedern wird von Jahr zu Jahr schlechter. Dabei be-

drückt den Vorstand besonders, daß manch ein Kollege aus der ersten Generation des DAZ uns den Rücken gekehrt hat. Ich mache es mir nicht so leicht, die Erklärung nur im Zeitgeist mit seinem Rückzug ins Private zu sehen. Ich glaube vielmehr, daß die Botschaft des DAZ, nämlich qualitativ hochwertige Zahnheilkunde für die gesamte Bevölkerung, also auch in der GKV, an Ausstrahlung verloren hat und auch innerhalb des DAZ nicht mehr mit ganzem Herzen verfolgt wird. Zu groß ist die Enttäuschung über mangelnde Kooperationspartner zur Umsetzung dieser Ziele innerhalb und außerhalb der Zahnärzteschaft.

Daß der FVDZ ein einäugiger Kampfverband für Zahnarztvorteile ist, ist sein gutes Recht und sollte uns als Konkurrenzverband eher nützen als schaden. Daß aber unser politisches Umfeld - Sozialpolitiker und Krankenkassen- in der Gestaltung von Rahmenbedingungen für eine hochwertige Zahnheilkunde (inklusive Prophylaxe) derart versagt, wie das in den letzten 10 Jahren der Fall ist, ist schon Anlaß zu Resignation und Rückzug.

Liegt es an der Kommunikation? Der Kommunikationsaustausch hat durch die Einrichtung der Geschäftsstelle und durch die engagierte Arbeit von Frau Berger-Orsag eine völlig neue Qualität bekommen. Der breite Informationsdienst,

der durch sie allen interessierten Mitgliedern zuteil wird, steht auf einem hohen Niveau, und andere Verbände beneiden uns um ihn. Ich möchte Frau Berger-Orsag an dieser Stelle herzlich danken.

Danken möchte ich auch dem NAV-Virchow-Bund, der unserer Verbandsarbeit die professionelle Basis bietet. Dies ist nicht nur technisch und materiell gemeint. Beim NAV habe ich gelernt, daß höchst unterschiedliche Fachgruppen ihre Interessen, die sogar innerhalb des Verbandes kontrovers diskutiert werden, nach außen stark und wirkungsvoll vertreten können, wenn sie das richtige Gemisch aus politischem Anstand und Kampfgeist treffen. Dabei muß man den NAV derzeit (in der "Nach-Hirschmann-Zeit") sehen als einen Verband, der seine eigene Identität in den sich rapide verändernden sozialpolitischen Gegebenheiten sucht. Die Anforderungen, denen sich der NAV derzeit zu stellen versucht, kann man wohl mit dem Wort „Ärztgewerkschaft“ umreißen. Der DAZ begleitet in dieser Phase den NAV-Virchow-Bund intensiv und solidarisch.

Es gibt aber auch eine Kehrseite von Öffnung und Professionalisierung: Wir werden von der Flut der Informationen erdrückt, und kaum jemand von uns ist in der Lage, alles Notwendige ernsthaft durchzuarbeiten. Sachverständigengutachten, Parteiprogramme, Referentenentwürfe für Gesetzesnovellierungen, Verbandstimmungen zu diesem und jenem sind nur noch zu rezipieren, wenn man dafür täglich 1-2 Std. aufwendet. Dazu kommt noch die Zeit für die Erarbeitung eigener Standpunkte und die Erörterung von Strategien zu

ihrer Umsetzung. Dies muß jeden abschrecken, der in seinem Beruf täglich ohnehin schon Verwaltungsarbeit zu leisten hat, für die er nicht ausgebildet ist und für die er keine Infrastruktur zur Verfügung hat. Der DAZ ist aufgefordert, sich dieses Problems anzunehmen, wenn er seinen guten Ruf als Vordenker in der zahnärztlichen Standespolitik erhalten will.

Programmatische Arbeit ist nur dann sinnvoll, wenn sie nicht Selbstzweck ist, sondern ein Ziel verfolgt. Dieses Ziel muß sich an zwei Kriterien messen lassen. Erstens an der Zeit, innerhalb derer man es zu verwirklichen gedenkt und zweitens am Vorhandensein von Manpower innerhalb und außerhalb unseres Verbandes, die die Verwirklichung vorantreibt. Dem Freien Verband ist mit seiner geradezu monomanen Fixierung auf die Idee der Grund- und Wahlleistungen als Synonym für den angestrebten Ausstieg aus der GKV eine solche Zielsetzung gelungen - wir im DAZ haben ein vergleichbares Ziel nicht. Die schlichte Aufrechterhaltung des Status Quo mit KZVen und Kammern innerhalb der derzeitigen Rahmenbedingungen kann dieses Ziel nicht sein. Wir müssen stattdessen Modelle entwerfen und durchsetzen, mit denen eine qualitativ befriedigende Versorgung der Bevölkerung durch wirtschaftlich gesicherte Zahnarztpraxen sichergestellt werden kann. Dies muß auch berücksichtigen, daß sich einzelne KZVen zur Disposition stellen.

Derzeit wird die Zahnärzteschaft durch ihr eigenes Fehlverhalten immer weiter in die Defensive gedrängt und ihrer angestammten Selbstverwaltungsrechte beraubt. Wir wissen, daß dies der Freie Ver-

band durch die Vernachlässigung der Selbstverwaltungspflichten zu verantworten hat. Wir dürfen dabei nicht länger zusehen. Wir dürfen nicht mehr darauf hoffen, daß die derzeitigen politischen Strukturen in der Zahnärzteschaft sich rechtzeitig ändern - und selbst wenn sie es täten, gäbe es mit anderen Mehrheiten kein anderes Programm, es sei denn, wir entwürfen es. Dies ist das Ziel des DAZ für die nächsten - sagen wir zwei Jahre. Prophylaxe und Qualitätssicherung als Leitthemen sind gut. Sie reichen aber nicht aus als tragfähiges Fundament für einen attraktiven Verband, dem man die Lösung der Probleme in diesem System eher zutraut als den Herren Schirbort, Gutmann oder Goetzke. Wir verachten deren Art, Politik zu machen, müssen aber zur Kenntnis nehmen, daß trotz ihres Negativ-Vorbildes unsere positiven und konstruktiven Alternativen nicht mehrheitsfähig sind. Die Krise der SPD und der Gewerkschaften hat auch darin ihre Ursache, daß der Begriff Solidarität in unserem Zeitgeist immer weniger Platz findet. Der Systemfehler liegt darin, daß die im Wohlstand lebenden zwei Drittel der Bevölkerung über die Mittel verfügen, ihren Besitzstand zu mehren. Dabei wird der Abstand zwischen denen, die haben und denen, die nichts haben, immer größer. Ein ärztlicher Heilberuf steht von Natur aus immer auf der Seite der Schwachen und Kranken- daher bezieht er seinen hohen Status in der Gesellschaft. Die zahnmedizinische Versorgung eines Volkes ist so gut wie die des schwächsten Drittels. Eine Standesführung aber, die mit Worten wie: "Das Wort sozial kommt von Sozialismus" sich an die Spitze der Ellenbogengesellschaft

setzt, verliert ihre Legitimation zum Sicherstellungsauftrag der Versorgung der gesamten Bevölkerung!

### **Gesundheits- und Verteilungspolitik**

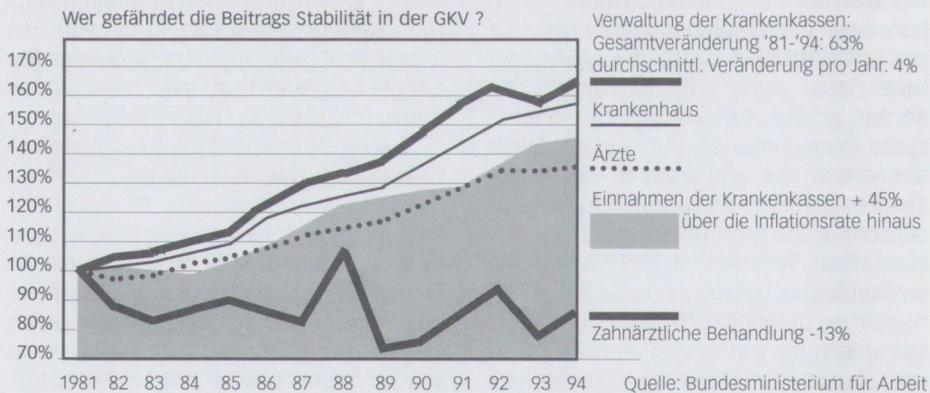
Auch wir als DAZ müssen Abschied nehmen von der Illusion, die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sei treibender Faktor von Gesundheitspolitik. Die Politiker wollen ihre Macht erhalten, ihre Wiederwahl sichern. Dazu genügt es, das Krisenmanagement zu beherrschen. Krisenmanagement als Umverteilungspolitik ist aber keine Gesundheitspolitik- darum haben wir z.B. eine Gesetzgebung, die die Ausgaben der GKV steuert, aber keine, die Kariesprophylaxe von Kindern und Jugendlichen regelt. Von den Zahnärzten- das ist der Abschied von der zweiten Illusion - ist dabei keine Hilfe zu erwarten. Sie sind vollauf damit beschäftigt, sich an die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen und Marktverhältnisse anzupassen. Sehen Sie sich mal einen Querschnitt der sog. "Fortbildungsangebote" an, die uns von privaten Firmen, aber auch von unseren eigenen Kammern ins Haus flattern. Wir sind in einer Umprogrammierungsphase, die von Mitgliedern unseres eigenen Berufsstandes ausgeht, die uns unsere altmodische Ethik abtrainieren unter dem Motto: "Ein Mensch ist ein Patient, solange er Schmerzen hat, ansonsten ist er ein Kunde"- gefunden im Sept. '95 in der DZW.

Eine unpolitische Grundeinstellung, Egoismus und der Rückzug ins Private bestimmen unsere Gesellschaft, auch unsere zahnärztliche. Auf Kreisstellenversammlungen wird nicht mehr disku-

tiert, sondern es werden Direktiven entgegengenommen. Sein Mandat gibt man dem Krawallmacher, der die eigene Unzufriedenheit mit allem und jedem auf den einfachsten Nenner bringen kann. In Niedersachsen ist diese Spezies mittlerweile unter sich, und das Prinzip funktioniert bis in die Spitze. Dadurch bleibt das, was erreicht wird, weit hinter dem zurück, was erreicht werden könnte. Die vielgescholtenen, weil pluralistischen Ärzte - mit ihren divergierenden Facharztgruppen, ihrem Pharmabereichproblem und ihrem Dauerkonflikt mit dem Krankenhausbereich, haben ihren Anteil am GKV-Kuchen halten können - auf der von Herrn Wick gern gezeigten Graphik steigt ihr Anteil in den vergangenen 15 Jahren parallel zur Steigerung der Grundlohnsumme. Wir Zahnärzte dagegen befinden uns auf einem jahrelangen Absturz. Dieser Absturz geht parallel zur Machtausweitung des Freien Verbandes in Deutschland. Sehen Sie sich diese Graphik genau an, sie ist die Bankrott-Erklärung des Freien Verbandes als Alleinverantwortlichem für die Vertre-

tung zahnärztlicher Interessen seit 15 Jahren! Wir Zahnärzte standen 1980 unter allen Facharztgruppen mit unseren Einnahmen an zweiter Stelle hinter den Radiologen. Heute stehen wir im unteren Drittel, der Median der Einnahmen vor Steuern liegt um die 150.000 DM,., was für viele Praxen einen Erhalt der Investitionen auf dem Stand der Technik unmöglich macht.

Und von einer dritten Illusion haben wir uns zu verabschieden- und dieser Abschied fällt mir besonders schwer, weil ich damit an DAZ-Eingemachtes rühre. Es ist der von der Qualitätssicherung in der Hand der Zahnärzteschaft. Fünfzehn Jahre verpaßter Chancen, hysterischer Angstreaktionen und böswilliger Unterstellungen haben zu dem geführt, was der DAZ von Anfang der Diskussion an vorausgesagt hat: QS wird uns inzwischen von außen aufgezungen - ob in der Spielart ISO 9000, Gewährleistung, Haftungsverschärfung oder externer Kontrollen. Was uns bleibt, ist unseren Sachverstand und unsere wohlverstandenen Eigeninter-



essen einzubringen, dazu braucht man Fachwissen und Glaubwürdigkeit. Oder ist das schon die nächste Illusion? Und von noch einer Illusion ist Abschied zu nehmen. Der DAZ und Teile der Opposition zum Freien Verband hatten gehofft, daß es im KZBV-Vorstand ein liberales Potential gäbe, das Manns und auch Programm genug sein könnte, den Kamikazefliegern Paroli bieten zu können. Leider hat sich der Schirbort - Königsmacher aus Baden-Württemberg als Papiertiger entpuppt, der seinen anfangs noch halbherzig vorgetragenen Integrationsanspruch dem Kadavergehorsam nachgeordnet hat. So ist leider auch der Runde Tisch, der zum letzten Mal bei der sogenannten Verbände-Information zum Vertrags- und Wahlleistungssystem getagt hat, zum übrigen Müll zerschlagenen Mobiliars geworfen worden.

#### *Apropos Vertrags - und Wahlleistungen:*

Es gibt kein schöneres Beispiel für eine verpaßte Gelegenheit, eine an sich gute Idee, die auch in die politische Landschaft paßte - schon 1992 stand sie ja im ersten Referentenentwurf zum GSG in politische Realität umzusetzen. Eine Spur von Fingerspitzengefühl - z.B. die einfache Brücke nicht auszugrenzen, eine Spur von Politik als Kunst des Möglichen in Verbindung mit Glaubwürdigkeit und wir hätten die Festzuschüsse, die uns auch in der Amalgamersatzfrage ein großes Stück weiterbringen würden.

#### **Amalgam**

Damit bin ich bei einem weiteren Thema, das die Zahnärzteschaft insgesamt

und damit auch den DAZ im vergangenen Jahr in Atem gehalten hat: die Amalgam-Ersatz-Problematik. Das Kind hat viele Väter: Der Erlaß des BfArM ist ja nur die behördliche Reaktion auf eine öffentliche Diskussion gewesen, die von höchst unterschiedlichen Quellen gespeist worden ist. Zahntechniker, Dental-Industrie und Zahnärzte, die sich ein drittes Bein zulegen wollen oder müssen, weil sie mit ihrer Sachleistungs-Praxis nicht mehr klarkommen, haben mit mehr oder weniger subtilen Methoden eine Angst geschürt, die den Ordnungsgeber zum Handeln gezwungen hat. Der DAZ hat eindeutig Stellung bezogen und Roß und Reiter beim Namen genannt. Andererseits aber sind nun Fakten geschaffen, die jeden Zahnarzt zum Handeln zwingen. Dies ist um so unerfreulicher, als alle Amalgamalternativen teurer und viele von ihnen schlechter sind, und die Zahnärzte mit diesem Problem allein gelassen werden. Erhöhtes Risiko, erhöhte Kosten und erhöhter Beratungsbedarf finden bisher im BEMA keinerlei Niederschlag. Wir halten dies für ungerecht und unangemessen. Der DAZ weist auch hier den Gesetzgeber und die Standesführung auf ihre Verantwortung dafür hin, den Systemfrust über das angeschlagene Sachleistungssystem nicht unnötig an zuheizen.

#### **„Affäre“ Staatskommissar**

Der dickste Sargnagel für die Freiheit unserer Berufsausübung ist bei uns in Niedersachsen geschmiedet worden. Die Vorgänge, die zur Einsetzung des Staatskommissars geführt haben, kann ich hier nicht alle schildern. Wer uns

heute erzählen will, es sei ein Betriebsunfall gewesen, bei dem sich eine solidarisch handelnde Kollegenschaft gegen staatliche Willkür erfolgreich zur Wehr gesetzt hat, stellt die Tatsachen auf den Kopf.

Der Staatskommissar war ein kalkulierter Schritt der KZVN auf dem Weg zum Ausstieg. Er drohte schon bei der Muster-3-Kampagne Anfang 1993, als die KZVN sich monatelang weigerte, Zahnersatz abzurechnen. Damals stand die Aufsichtsbehörde vor der Alternative Staatskommissar oder Übernahme des Sicherstellungsauftrages, sprich Direktabrechnung durch die Krankenkassen unter Umgehung der KZV. Damals vor 2 1/2 Jahren waren die Kassen und die Behörde logistisch noch nicht so weit. Heute, Schirbort sei Dank, ist das Undenkbare denkbar und machbar geworden. Der Staat weiß heute, wie er mit diesem Instrumentarium agieren kann, und beim nächsten Mal ist die Schwelle nicht mehr so hoch. Schirbort sagt wörtlich: "Die KZV muß so lange opponieren, bis sie abgeschafft ist," und verfolgt damit konsequent den FVDZ Beschluß zum "Ausstieg aus dieser GKV", den sein Vorsitzender Gutmann in den Satz gefaßt hat: „Kamikazeflug ist der moderne Auftrag an die KZV“.

Was Wick und Schirbort in Niedersachsen treiben, erinnert nur äußerlich an Langhans und Kunzelmann in den besten APO-Zeiten. Wenn damals die 1. Kommunarden dem Richter in die Akten gesch... haben, amüsierte sich eine ganze Nation. Heute - 25 Jahre später - sind die Methoden subtiler

und wirkungsvoller geworden. Flankierend zum Schirbort Programm z.B. bietet die APO Bank- in deren Aufsichtsrat man ja inzwischen sitzt,- einen "Überbrückungs-Kredit Stichwort KZVN" zu 5,75% an. Der Marsch durch die Institutionen ist erfolgreich beendet, die Rechtssicherheit, für deren Einhaltung man sich hat hochwählen lassen, liegt in Trümmern, und die eigene Standesbank gibt die Lebensmittelkarten aus.

Inzwischen ist die gesamte seriöse Presse „linke Kampfpresse“, inzwischen sind alle, besonders die CSU-Politiker „Linkskartell“ (alle außer Möllemann). Zu den "linken Splittergruppen" gehören in zwischen 13 gestandene KZV-Chefs, darunter auch Freie-Verbandsmitglieder. Den Giftzahn des Jahres für besonders differenzierte Betrachtungsweise verdient sich Herr Steiner aus dem Bundesvorstand des FVDZ mit seinem Geistesblitz über den „Patienten, der unsere Arbeitskraft ausbeutet und unsere Ersparnisse plündert“. Was für ein Glück, daß Herr Steiner mit seinen Funktionärsbezügen auf diese Räuberbande nicht mehr angewiesen ist. Vielleicht ist er deshalb Standespolitiker geworden.

### **Niedersachsen vorn!**

Und noch ein Wort zu denen, die immer noch glauben, daß gegen einen groben Klotz Seehofer ein grober Klotz Schirbort gesetzt werden müsse.

1. Nach deren Logik müßte Niedersachsen, das vor 15 Jahren stolz sein konnte auf den höchsten VDAK Punktwert aller KZV-Bereiche, strah-

lend dastehen. Heute steht Nieder sachsen am Ende der Skala der alten Bundesländer! Der dafür Verantwortliche ist KZBV-Chef.

2. Das mögliche Volumen innerhalb des Budgets wurde nicht zuletzt wegen der schlechten Punktwerte 1994 nicht ausgeschöpft, was allein schon Millionenverluste für Niedersachsens Zahnärzte bedeutet.
3. zusätzlich hält die KZVN auch heute noch Gelder in Millionenhöhe aus 1994 zurück, die die Kassen längst überwiesen haben. In meiner Oldenburger Studiengruppe gibt es Forderungen von 40.-50. und 60 Tsd.DM an die KZV.
4. Es gibt keinen Juristen, (auch bei keiner KZV), der das Vorgehen der KZVN für rechtswirksam hält.
5. Die Kollegenschaft ist bis in die kleinsten Orte gespalten und mißtrauisch gegeneinander. Die meisten haben aus Angst vor der KZVN und aus Angst, ihre Patienten vor den Kopf zu stoßen, still und heimlich kostenlos behandelt und nach außen den starken Mann gespielt, um nicht von Wick "schlaff" und "Trottel" genannt zu werden.

**Alles dies läßt nur den einen Schluß zu: Diese Freie-Verband geführte Ständepolitik ist der größte Risikofaktor gegen die freie zahnärztliche Praxisführung, den es zur Zeit in Deutschland gibt- Seehofer ist dagegen ein kalkulierbares Risiko!**

Nach außen schwadroniert sie mit ihrer demokratischen Legitimation und ihrer satten Mehrheit in der Vertreterversammlung, nach innen aber praktiziert sie totalitäre Machtstrukturen incl. Verbiegung des Wahl-

rechts, schärfster Pressezensur und Mißbrauch der zugestandenen Rechte zu Lasten der Mehrheit der ihr anvertrauten und ihr ausgelieferten Kollegenschaft.

Nach außen postulieren sie Transparenz und Entbürokratisierung als politisches Ziel, nach innen treiben sie eine absolute Geheimniskrämerei, die selbst die eigene Vertreterversammlung nicht mehr über wichtige Haushaltsvorgänge informiert. Wieviele Millionen von Kollegen erarbeiteten Geldern die KZVN auf irgendwelchen Konten hortet oder an Rechtsanwälte in endlosen Prozessen gegen Gott und die Welt und vor allem gegen die eigenen Kollegen verjubelt, konnte weder von der KZBV-Prüfstelle noch vom Landesprüfungsamt ermittelt werden, weil die Protokolle über Vorstandsbeschlüsse zurückgehalten werden.

Ist es ein Wunder, daß Politik und Öffentlichkeit einer solchen Standesführung nicht trauen? Die subsidiäre Selbstverwaltung ist vom Staat mit Sonderrechten ausgestattet worden, die für ihre Mitglieder verbindliches Handeln vorschreiben. Heute werden von einigen diese Rechte mißbraucht, um die eigenen Mitglieder als Geiseln zu nehmen, indem man ihnen die ohnehin spärlicher gewordenen, sauer verdienten Honorare nicht mehr auszahlt - selbst dann nicht, wenn die Krankenkassen sie schon lange überwiesen haben.

Dabei werden Freiräume künstlich eingeschränkt, die jede Praxis zum betriebswirtschaftlichen Überleben

braucht. Die KZVen sind von ihrer Konstruktion her ein optimaler Schirm- ein Puffer- gegen unmittelbaren staatlichen Einfluß und gegen die Auslieferung der einzelnen Kollegen an die Krankenkassen. Die gewollte und mutwillige Zerstörung der KZVen von innen heraus, wie sie besonders in Bayern und in Niedersachsen betrieben wird, sind eigentliche Ursache und Wegbereiter für Einkaufsmodelle aller Art. Und es gebe sich keiner der Illusion hin, daß es Einkaufsmodelle nur in der GKV gibt. Die bisher am weitesten entwickelten Modelle gibt es in den USA und in der Schweiz - den westlichen Industrienationen mit dem größten Anteil an Privatversicherten.

Unsere KZV mit der Pflicht des Sicherstellungsauftrages beherrscht seit 40 Jahren ein Monopol. Dieses Monopol profitierte von der Begehrlichkeit der Krankenkassen auf ein umfassendes Leistungsangebot und ist der Grund für den geradezu legendären und beispiellosen Wohlstand unserer Berufsgruppe geworden. Diese Grundbedingungen - Monopol und Begehrlichkeit der Kassen- stimmen ja immer noch, aber der Gesetzgeber hat uns unter Kuratel gestellt, weil die Standesführung das Augenmaß für die Pflichten verloren hat, die aus diesem Monopol wuchsen. Heute ist der Sicherstellungsauftrag als Grundlage dieses Monopols akut gefährdet. Ambitionen der Zahntechniker auf eigenständige Behandlung waren nie so erfolgversprechend wie heute. Goldene Brücken werden den Krankenkassen für Einkaufsmodelle gebaut. Die Entrechtung der Zahnärzteschaft ist das Ergebnis der erklärten Kamikazepolitik des FVDZ, der nicht erkennt daß

eine Zahnärzteschaft die eine soziale Zahnheilkunde betreibt auf die Sicherheit des Zahlungsflusses angewiesen ist. Korb-Kampagnen, Muster-3-Kampagnen und Selbstblockade der KZV durch Verweigerung der Chipkartenabrechnung schaufeln munter das eigene Grab und stehen unserem Auftrag und unserem Wunsch nach Sicherstellung der Versorgung unserer Patienten diametral entgegen.

Wir können dem Kollektiv-Suizid des FVDZ nur Einhalt gebieten, wenn wir der Kollegenschaft, dem Gesetzgeber und den Kassen tragfähige Alternativen anbieten. Dazu sind Phantasie und Kreativität gefragt - Eigenschaften, die im DAZ reichlich vorhanden sind. **Ich rufe Sie auf: Machen Sie mit, es geht um das Überleben der Praxen, um die Versorgung unserer Patienten, um das Ansehen unseres Berufsstandes.**

*Dr. Roland Ernst, Edeweicht*

#### **Wenn der Patient zum Kunden wird**

"Und es ist vom medizinischen Standpunkt her außerordentlich günstig, erst nach Kürettagen der Parodontien weitere Methoden einzusetzen. So kann man sich an das Therapieschema: Vorbehandlung - Prophylaxe - Kürettagen - weitere Maßnahmen - recht gut halten, wobei die beiden ersten Punkte über Krankenkassen, der letzte jedoch über Privatliquidation abgegolten werden. Bei zahlungsunwilligen Kunden fällt Punkt drei weg, dafür wird dann extrahiert." *Quelle: Gerhard Hetz: "Moderne zahnärztliche Therapieverfahren: Implantologie und Parodontologie"; Dental-Spiegel 4/95*

# Prophylaxe im Würgegriff von Gruppeninteressen?

## Kontroverse Diskussion bei der DAZ- Jahrestagung 1995

*In diesem Oktober konnte der DAZ auf 15 Jahre Verbands-Existenz, gesundheits- und berufspolitischen Engagements zurückblicken. Was lag näher, als genau das Anliegen zum Thema zu machen, das ihn vom ersten Tag an beschäftigt hat und das nach DAZ-Philosophie die wichtigste und vornehmste Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes darstellt: die Erhaltung oraler Gesundheit durch Maßnahmen der Prävention.*

In den 15 Jahren seit Gründung des DAZ ist nicht nur der wissenschaftliche Kenntnisstand über präventive Zahnmedizin gewachsen, sondern - ähnlich wie der Umweltschutzgedanke in der Politik - Prophylaxe zu einem „salonfähigen“ Thema geworden. Für Prophylaxe ist heute jeder, von Krankenkassen, Politikern, vielen gesundheitsbewußten Patienten bis hin zu den niedergelassenen Zahnärzten, die allmählich die Angst verlieren, durch Vorbeugung arbeitslos zu werden.

Dennoch wird bis heute Prophylaxe nicht so konsequent verwirklicht und für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht, wie man bei dieser Einmütigkeit erwarten müßte. Das war für den DAZ Anstoß, bei seiner Jahrestagung eine Bestandsaufnahme des Erreichten zu versuchen und sich mit der Analyse von Defizitursachen

und Lösungsalternativen zu beschäftigen. Mit Hilfe von Kollegen/innen aus den eigenen Reihen wurde aus wissenschaftlicher Sicht der Erkenntnisstand bzgl. oraler Prävention umrissen (Dr. Stefan Zimmer, Berlin), es wurden die Aktivitäten in der Gruppenprophylaxe dargestellt (Dr. Gudrun Rojas, Brandenburg), die von den gesetzlichen Kassen angebotenen Rahmenbedingungen aufgezeigt (Dr. Harald Strippel, Essen), und aus der Sicht eines Praktikers sollte die Integration präventiver Aufgaben in die Alltagsarbeit des niedergelassenen Zahnarztes geschildert werden. Schade, daß dieser Beitrag wegen kurzfristiger Verhinderung des Referenten entfiel! Noch ist systematische Prophylaxe in der Zahnarztpraxis keine Selbstverständlichkeit. Der geplante Bericht von Dr. Jörg Hendriks (1) hätte sicher manchem Teilnehmer wertvolle Anregungen geliefert.

Prävention in der Praxis stellt ein aus DAZ-Sicht unverzichtbares Glied in der Kette flächendeckender und alle Lebensphasen umfassender Prophylaxeangebote dar. Da bei den Einführungsreferaten die prophylaktischen Betreuungsangebote im niedergelassenen Bereich und für erwachsene Patienten fehlten, kam dieser Aspekt zwangsläufig auch ein wenig zu kurz in der Diskussion, die sich in starkem Maße auf das Thema Gruppenprophylaxe konzen-

trierte. Dies entsprach zum einen dem Bedürfnis der zahlreichen Teilnehmer aus zahnärztlichen Diensten von Gesundheitsämtern.

Zum anderen bot das im Juli 1995 veröffentlichte Konzept der Gesetzlichen Krankenkassen zur Gruppenprophylaxe (2) Stoff für engagierte und kontroverse Diskussion.

Dieses Konzept trifft in eine Zeit, in der mehrere epidemiologische Untersuchungen in Deutschland und in- und ausländische Studien zur Effektivität konkreter prophylaktischer Maßnahmen (z.B. Ernährungsberatung, Hygieneanleitungen usw.) für mehr offene Fragen als Antworten sorgen. Die von Prof. Pieper im DAJ-Auftrag durchgeführte Studie (3) wurde von zahnärztlicher Seite als Erfolgsbeweis für funktionierende Gruppen- und Individualprophylaxe, nicht zuletzt auch für die Bemühungen im Rahmen des Obleute Konzepts, gefeiert - und das, obwohl vom Studiendesign her kein Zusammenhang zwischen präventiven Aktivitäten und Ausmaß der Zahngesundheitsverbesserung herstellbar ist! Die gleichen Ergebnisse veranlaßten den für Zahnmedizin Verantwortlichen im Gesundheitsministerium, Min.-Rat Rüdiger Säkel, zu einem Zeitschriftenaufsatz unter dem Titel: „Fällt Zahngesundheit vom Himmel?“ (4). Wobei einem klar sein sollte, was es heißt, wenn Ministeriale und Politiker orale Gesundheit als Himmels Geschenk ansehen: für solche Geschenke braucht es keine öffentliche Unterstützung mehr. Nicht so recht passend zu den DAJ-Erfolgsmeldungen füg-

ten sich im übrigen die von Frau Dr. Rojas aus Brandenburg berichteten Zahlen. Hier wurden im Bericht 'Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg' DMFT-Werte für 12-Jährige veröffentlicht, die ungünstiger aussehen als die Werte der Pieper-Studie, obwohl die prophylaktische Betreuung der Kinder weitaus intensiver ist als in den meisten westlichen Bundesländern! Auch kann Brandenburg im Vergleich zu 1989/1990 keine spektakulären Veränderungen in der Karieshäufigkeit vermelden - für Frau Dr. Rojas ein Hinweis darauf, daß die Umstrukturierung des Gesundheitswesens nach der Wende zunächst viele Kräfte absorbiert und die Effizienz der Arbeit eingeschränkt hat. Die allerneuesten Zahlen zeigen erfreulicherweise an, daß inzwischen das „Vereinigungs-Tal“ überstanden ist. Gemeinsam belegen die verschiedenen in der Veranstaltung angesprochenen Studien, daß - bei gleichzeitiger Polarisierung der Zahnschäden nach sozialen Kriterien - ein klarer Trend zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland besteht. Warum dies jedoch so ist und welche Faktoren wieviel zu dieser Verbesserung beitragen, das ist allem Anschein nach ein sehr diffiziles Thema. Statt ohne fundierte Forschungsdaten Kausalschlüsse zu ziehen und den Lorbeer an die eigene Brust zu heften, gilt es vielmehr, gegenüber Politik und Öffentlichkeit herauszustellen, daß kontinuierliche und flächendeckende Anstrengungen zum Erhalt und zur Verbesserung dieser Ergebnisse nötig sind.

Selbst wenn es Fortschritte (z.B. durch fluoridierte Zahnpasten) auch ohne

Gruppenprophylaxe geben sollte, so bleibt deren Notwendigkeit unbestritten. Denn schließlich lautet der gesetzliche Auftrag und die ethische Verpflichtung für die Zahnärzte, gerade dem - keineswegs unbeträchtlichen - Teil der Kinder mit dem höchsten Kariesrisiko wirksam zuhelfen. An Forderungen und Wünschen für die nächste Zeit wurden u.a. geäußert:

- \*Die Universitäten müssen stärker prophylaxeorientiert ausbilden.
- \*Der öffentliche Gesundheitsdienst braucht Unterstützung gegenüber den Kommunen, die Gelegenheit zum Personalabbau wittern.
- \*Rahmenbedingungen, die Prävention konterkarieren, wie z.B. der Verkauf zuckerhaltiger Süßigkeiten und Getränke an Schulkiosken, müssen verändert werden.
- \*Die Fluoridierung, die - obwohl effektivste Maßnahme - erst weniger als 6% der Kinder und Jugendlichen erreicht, muß dringend ausgeweitet werden.
- \*Die niedergelassenen Zahnärzte müssen erkennen, daß Gruppenprophylaxe ihnen nicht Patienten entzieht, sondern eher zuführt.
- \*Die bisher von Ort zu Ort sehr unterschiedlichen präventiven Bemühungen sollen bei Vereinbarungen nach dem neuen Kassen-Konzept nicht gekappt, sondern anerkannt und integriert werden.

Bei einheitlicher Zielsetzung dennoch verschiedene Wege zu gehen, dies hielt auch der Vertreter der Spitzenverbände, Dr. Harald Strippel, für denkbar. Wer in der Prophylaxe mitmache, solle den Effekt seines Handelns überprüfen,

Untersuchungen anstellen, seinen Erfolg mit Zahlen belegen. Auf jeden Fall solle die Gruppenprophylaxe eines leisten (was seinerzeit in der DDR durch das dortige schulzahnärztliche Betreuungssystem recht gut gewährleistet war): nämlich Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die den Hauptteil der Zahnschäden auf sich vereinen, durch zugehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen mehr Mundgesundheit ermöglichen.

Bis eine flächendeckende und effektive Gruppenprophylaxe mit sozial ausgleichender Funktion und lebensbegleitende Prophylaxeangebote für Erwachsene in Deutschland etabliert sind, wird noch viel Engagement erforderlich sein. Insbesondere wird es - wie die DAZ-Tagung zeigte - nötig sein, daß die verschiedenen Beteiligten ihre Kommunikationsschwierigkeiten und Konkurrenzängste überwinden, damit Prophylaxe nicht „im Würgegriff von Gruppeninteressen“ auf der Strecke bleibt. Dabei liegt es doch eigentlich auf der Hand:

**Prophylaxe ist eine große Chance - für die Patienten und auch für alle in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen!**

*Irmgard Berger-Orsag*  
*DAZ-Geschäftsstelle*

Literaturhinweise:

- 1) Dr.Jörg Hendriks: „Der Weg zur konsequenten Prophylaxepaxis“, DAZ-Sonderdruck kann ersatzweise wg. Ausfall des Referats kostenlos bei der DAZ- Geschäftsstelle angefordert werden.
- (2) Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen

- Basis- und Intensivprohylaxe im Rahmen der Gruppenprohylaxe gemäß 21 Abs. 1 SGB V vom 25.7.1995, anforderbar über die DAZ-Geschäftsstelle
- (3) Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ): „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprohylaxe 1994“, Gutachten für die Bundesländer BW, HH, HE, RP, SH, erstellt von Prof. Pieper, Marburg
- (4) Rüdiger Säkel, Bundesgesundheitsministerium: Fällt Zahngesundheit vom Himmel? Anmerkungen zum DAJ-Gutachten zur Gruppenprohylaxe“ in DOK 17 vom 1.9.95

## Mitgliederversammlung'95 mit Vorstandswahlen und Anträgen zur Berufspolitik

Traditionell hält der DAZ im Oktober, in Verbindung mit einer Fortbildungs- oder berufspolitischen Veranstaltung, seine jährliche Mitgliederversammlung (MV) ab. Anders als bei den übers Jahr verteilten mehr oder weniger informellen DAZ-Treffen muß hierbei ein gewisses vereinsrechtliches Pflichtprogramm absolviert werden. Die satzungsgerecht früh versandte Tagesordnung schreckt vielleicht eher ab: Wahl von Versammlungsleiter, Wahlleiter, Stellvertretern, Genehmigung der Tagesordnung, Rechenschaftsberichte, Kassenprüfung, Entlastung, Haushaltsplan, Vorstandswahlen ... Tatsächlich geht's bei einigen dieser Punkte auch recht formal her, jedoch werden die Pflichtthemen zielstrebig abgearbeitet, sodaß noch Zeit für politisch-inhaltliche Diskussion

bleibt. Auch wenn Formalia die meisten Aktiven wenig begeistern, so muß es m.E. für die Mitglieder eine solche Gelegenheit geben, hinter die Kulissen des Vereins zu schauen. Schließlich geht es um die verantwortliche Nutzung des von den Mitgliedern aufgebrauchten Geldes, um Prioritätensetzung, um die Planung der weiteren Arbeit und um die Frage, welche Kollegen den DAZ nach außen hin vertreten. Während in den Körperschaften und in der allgemeinen Politik z.T. lukrative Posten zur Disposition stehen und entsprechend umkämpft werden, basiert die Arbeit im DAZ auf reiner Ehrenamtlichkeit.

Nicht jeder kann sich neben Beruf und Familie noch ein Verbandsengagement leisten, nicht jeder kann und will jahrelang soviel Freizeit opfern. Umso erfreulicher ist es, daß der langjährige Vorsitzende Dr. Roland Ernst aus Edewecht sich für eine weitere Vorstandsperiode bereitgefunden hat, und daß auch seine Stellvertreter, Wolfram Kolossa aus Schönberg, Dr. Annette Bellmann aus Berlin und Dr. Kai Müller aus Seefeld, wieder mit von der Partie sind. Lediglich der Posten des Kassenwarts wurde neu besetzt mit Steffen Schmidt aus Leipzig; an seinen Vorgänger, Dr. Karl Jürgen Bäumler aus Brühl, ging der Dank der Versammlung.

Herzlicher Dank galt auch dem übrigen DAZ-Vorstand und den Mitstreitern aus Referaten und Arbeitskreisen, Studiengruppen und Forum-Redaktion. Anders als in streng hierarchisch strukturierten Organisationen kann im DAZ jedes Mitglied aktiv mitmachen, an Treffen teilnehmen, in Arbeitskreise u.ä. einsteigen

und Einfluß auf das Verbandsgeschehen nehmen. Als Forum für allgemeine berufspolitische Diskussion und für die Planung und Koordination verschiedener Aktivitäten fungieren die an wechselnden Orten stattfindenden „Ratsitzungen“; wenn es um kurzfristige und zielgerichtete Erarbeitung von Stellungnahmen, Konzepten usw. zu einzelnen Themen geht, ruft der Vorstand kompetente Kollegen zu einem „Brainstorming“ zusammen. Dem innerverbandlichen Austausch von Informationen und Meinungen dienen neben dem DAZ-Forum der von der Geschäftsstelle versandte Infodienst DAZ-AKTIV und natürlich zahlreiche zwischen den einzelnen Aktiven zirkulierende Faxe und Telefonate. Ob darüber hinaus auch noch andere Kommunikationswege, z.B. Mailboxen, von Nutzen sein könnten, dazu gibt's erste Überlegungen, an denen Sie sich beteiligen können.

Ehe bei der diesjährigen Mitgliederversammlung nach diversen Berichten (z.T. bei der Geschäftsstelle anforderbar), der Entlastung des alten und Wahl des neuen Vorstands der vereinsinterne Teil beendet werden konnte, galt es noch, sich mit der (insgesamt befriedigenden) Haushaltslage des Verbandes und der zukünftigen Beitragsgestaltung zu befassen. Seit seiner letzten Satzungsänderung und der Integration seiner Verwaltungsabläufe in die des NAV-Virchowbundes orientiert der DAZ sich an der Beitragsordnung des Partnerverbandes. Da insbesondere bei Praxis-eigentümern die Einkommensunterschiede zwischen Ost und West längst nicht mehr im Verhältnis 1 zu 2 differie-

ren, hat es verschiedentlich Vorschläge von Mitgliedern aus den neuen Bundesländern zur Angleichung - sprich Anhebung - der Beiträge gegeben. Bei der Bundeshauptversammlung unseres Partnerverbandes im November 1995 standen sie auf der Tagesordnung. Da die DAZ-MV bekräftigt hatte, den (zeitlich später erfolgenden) Beschluß des NAV-Virchowbundes mitzuvollziehen, wird es auch im DAZ demnächst keine Beitrags-Unterschiede mehr zwischen Assistenzärzten in den alten und neuen Bundesländern geben. Für die niedergelassenen Mitglieder und angestellte und beamtete Zahnärzte in leitender Position im Osten gilt eine Stufenregelung: Ab '96 erhöht sich ihr Beitrag auf 300 DM jährlich; ab '98 erfolgt die völlige Angleichung an den Beitragssatz im Westen. Kurzgefaßt heißt ab 1996 die DAZ-Beitragsordnung:

*12 DM Jahresbeitrag für Studenten/-innen, 120 DM Jahresbeitrag für Ausbildungsassistenten/-innen, 360 DM Jahresbeitrag für niedergelassene Zahnärzte/-innen und angestellte Zahnärzte/-innen in leitenden Positionen in den alten und 300 DM Jahresbeitrag für die entspr. Mitglieder in den neuen Bundesländern.*

Ein gutes Dutzend Anträge, z.T. angeregt durch ein Ende September durchgeführtes GOZ-Brainstorming, bildeten den Ausgangspunkt für den berufspolitischen Teil der DAZ-Mitgliederversammlung. Die Anträge bzw. Appelle an unterschiedliche Adressaten wurden - z.T. mit Formulierungsänderungen - überwiegend mit Mehrheit angenommen; ein kleinerer Teil wurde als Auftrag an den

Vorstand formuliert bzw. zur Überarbeitung bis zur nächsten Vorstands- oder Ratssitzung vertagt. Wer die Anträge im vollen Wortlaut nachlesen möchte, kann Sie beim DAZ in Köln anfordern; im übrigen folgt hier ein kurzer Abriß:

Datengrundlagen für GOZ-Novellierung: Damit der „unerträglichen Nicht-Anpassung der GOZ über acht Jahre hinweg“ wirksam begegnet werden kann, fordert der DAZ die Sammlung von verlässlichem Datenmaterial durch die BZÄK. In ähnliche Richtung geht ein Antrag, der auf die Einrichtung einer Dokumentationsstelle für private zahnärztliche Abrechnungen abzielt. Einen Antrag zur Eindämmung des GOZ-Mißbrauchs, in dem insbesondere aktuelle Zeitmeßstudien gefordert wurden, verwies die MV an den Vorstand zur weiteren Beratung.

Recht kontrovers diskutiert, aber schließlich doch verabschiedet wurde ein Antrag zur Einrichtung von Beratungsstellen bei den Zahnärztekammern. Die Inanspruchnahme solcher Stellen, wie sie schon in einigen Kammerebenen, z.B. in Berlin, erprobt werden, erfolgt aus durchaus unterschiedlichen Motiven: so wünschen z.B. Patienten Informationen über Therapiealternativen und suchen Hilfe bei Behandlungsfehlern; Zahnärzte und Versicherungsträger haben Beratungsbedarf bei Konfliktfällen und Unklarheiten bzgl. außervertraglicher Leistungen usw.

Die Materialauswahl insbesondere bei implantologischen und anderen Nicht-Vertrags-Leistungen sorgte ebenfalls für Diskussion. Zum Teil werden nicht identifizierbare ausländische Materialien

verwandt, zum Teil hierfür obendrein abenteuerliche Preise berechnet. Die MV verständigte sich auf einen Appell an Kammern und KZVen, ihre vom Gesetzgeber auferlegten Kontrollaufgaben auch wirklich wahrzunehmen. Angesichts der schwindenden nationalen Kompetenzen im Materialsektor bei gleichzeitiger Zunahme der auf den Markt drängenden Werkstoffe bleibt es allerdings ein schwieriges Unterfangen, Sicherheit, Transparenz, Offenheit für Innovationen und Schutz vor Übervorteilung in Einklang zu bringen.

Mit Zahntechnik und Dentalhandel/ Dentalindustrie beschäftigten sich zwei weitere Anträge. Zum einen mahnte der DAZ, wieder partnerschaftliche Verhältnisse zu den Verbänden der Zahntechniker herzustellen, wobei er Festzuschüsse für Zahnersatz und eine klare Aufgabenteilung (ZE-Eingliederung nur durch den Zahnarzt) als sinnvolle Ausgangsbasis ansieht. Zum anderen forderte der DAZ Dentalindustrie und Dentalhandel auf, sich auch in der Preisgestaltung auf dem Markt vermehrt dem internationalen Wettbewerb zu stellen.

An BZÄK und Landes-Kammern richtete der DAZ den Appell, durch Vergütungsempfehlungen und Qualifizierungsangebote den Helferinnenberuf attraktiver zu machen. An Standesvertretungen und Politiker auf Landes- und Bundesebene adressiert war der DAZ-Vorstoß für eine Demokratisierung der Körperschaften durch Einführung des Verhältniswahlrechts.

Das Thema Körperschaften dürfte bei der nächsten Reform mit auf der Ta-

gesondnung stehen, u. a. wegen der SPD-Vorschläge, die eine Eingliederung der KZVen in die KVen und eine Organisationsreform nach Vorbild der Krankenkassen vorsehen und im DAZ bald diskutiert werden sollten. Die MV beauftragte den Vorstand, konkrete Schritte zur Unterstützung der Wahlrechtsänderung zu unternehmen.

Passend zu der Prophylaxe-Veranstaltung am vorangegangenen Vormittag verabschiedete die DAZ- MV einen Antrag zur flächendeckenden Umsetzung der Gruppenprophylaxe. Die MV stellte sich hinter das Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen und appellierte an alle Beteiligten - Kommunale Stellen, Krankenkassen, Zahnärzteschaft - konstruktiv zusammenzuarbeiten und die in dem Konzept liegenden Chancen wahrzunehmen. Der Vorschlag, auch die privaten Kassen in die Finanzierungsverantwortung einzubinden, wurde zur Beratung an den Vorstand verwiesen.

Mit Blick auf die kürzlich erfolgten Beratungen der Konzertierte Aktion (KA) im Gesundheitswesen begrüßte der DAZ das Bekenntnis dieses Gremiums zum Ende der Budgetierung und zur Höherbewertung von Kunststoff-Füllungen. Dabei war zum Zeitpunkt der MV wie auch beim Redaktionsschluß dieses Forums nicht erkennbar, wie die diplomatischen Formulierungen der KA realisiert werden sollen. Noch existiert keine Honorarvereinbarung für Kunststoff-Füllungen im Seitenzahnbereich und keine Gewißheit, da die zusätzlich erforderlichen Mittel nicht anderswo abgezogen wer-

den, und noch ist nicht klar, ob nicht doch so etwas wie ein Budget kommt, nur unter anderem Namen...

Während viele Praxen unter finanziellen Restriktionen leiden, sehen die offiziellen Einkommensstatistiken für Zahnärzte, in denen alle Fachgruppen zusammengefaßt erscheinen, nach wie vor recht üppig aus. In der DAZ-MV wurde deshalb die Forderung erhoben nach getrennter Ausweisung der Kieferorthopädie und der übrigen Zahnmedizin, um Klarheit darüber zu schaffen, ob - so der Verdacht - KfO-Praxen nicht überwiegend höhere Umsätze und günstigere Betriebskostenanteile aufweisen. Wenn es einen systematischen Unterschied in dieser Richtung gibt, so führt die bisherige gemeinsame Statistik zwangsläufig zur Überschätzung der Einkommen „normaler“ Zahnarztpraxen. Zur exakten Formulierung wurde dieser Antrag an den Vorstand verwiesen.

Als letztes Thema wurde die Weiterverführung der vertragszahnärztlichen Arbeit unter veränderten Rahmenbedingungen angesprochen. Der DAZ hat in den letzten Jahren immer wieder die Bedeutung der Körperschaften unterstrichen und es als ihre Aufgabe herausgestellt, z.B. durch entsprechende Verträge mit Kassen und durch die Ausnutzung von Erprobungsregelungen neue Spielräume für die Vertragszahnärzte zu erschließen. Diese Vorschläge waren vergeblich; im Gegenteil besteht Anlaß zu der Befürchtung, daß man als Zahnarzt in absehbarer Zeit nicht mehr unbedingt auf seine örtlich zuständige KZV als Vermittlungsinstanz zu den

Kassen bauen kann. Der DAZ-Vorstand wurde beauftragt, für einen solchen Fall Alternativmodelle zu entwickeln, damit nicht der einzelne Kollege der geballten Verhandlungsmacht der Krankenkassen allein gegenübersteht.

Mit der Planung der nächsten Aktivitäten (Termine Seite 84) endete die DAZ-Mitgliederversammlung 1995. Für '96 wurden bereits die Weichen gestellt: für eine Jahrestagung am 19.10.1996 mit Fachthema Implantologie in Berlin.

*Irmgard Berger-Orsag,  
DAZ- Geschäftsführerin*

#### **Assistentenstellen - bundesweit**

gesucht in prophylaxe- und qualitätsorientierten Praxen. Hinweise bitte an die DAZ- Geschäftsstelle im NAV- Virchow-Bund, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221 973005- 45, Fax 0221 7391239

#### **Bonussystem: Letztlich Malus für Kranke**

*Die Berliner AOK ist mitten im Sommerloch mit Plänen an die Öffentlichkeit getreten, nach denen sie ihren Versicherten ab 1996 in zwei Modellvorhaben die Beitragsrückerstattung ('Bonussystem') und die Kostenerstattung anbieten will. Diese Projekte sollten auf fünf Jahre begrenzt und wissenschaftlich begleitet werden. In einer Pressemitteilung hat die BÄK dazu Stellung bezogen:*

*'Ein Bonussystem für Gesunde ist immer auch ein Malussystem für Kranke',*

erklärte Bundesärztekammer- Präsident Dr. Karsten Vilmar am 17. 8. 95 zu den Erprobungsregelungen einiger Krankenkassen, Versicherte mit Beitragsrückerstattung zu belohnen, wenn sie möglichst wenige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. „Im Gegensatz zum Versicherungsprinzip der privaten Krankenversicherungen“, so Vilmar weiter, „sind die gesetzlichen Krankenkassen an das Solidarprinzip gebunden“. Solidarität bedeute, daß die Jungen für die Alten, die Vermögenden für die Bedürftigen und vor allem die Gesunden für die Kranken einstehen.

Außerdem bestehe die Gefahr, daß allzu leichtfertig Krankheiten als Bagatellerkrankungen abgetan werden. Werden solche Krankheiten verschleppt oder zu spät erkannt, weil der Versicherte aus Kostengründen nicht zum Arzt gegangen ist, komme dies den Patienten und schließlich auch der Kasse teuer zu stehen: Der Heilungsprozeß dauert länger und die Behandlung ist weitaus kostenintensiver.

Auch wenn das Bonussystem zunächst nur ein Versuch ist, so scheint es doch Teil einer großangelegten Imagekampagne zu sein, um den lange unterstellten Ruf einer "Arme-Leute-Kasse" loszuwerden. Aus dem Versuch der Beitragsrückerstattung sollte allerdings nicht die Versuchung erwachsen, sich als Konkurrenz zur privaten Krankenversicherung zu profilieren und so letztlich die Solidargemeinschaft zu Lasten kranker und bedürftiger Menschen aufzugeben.

*Quelle: BÄK- INTERN  
Oktober 1995*

# Steuern Sie Ihre Steuern, bevor es das Finanzamt tut!

## Traurig,

- daß 1995 bis zu 60 Pfennige Ihrer letzten verdienten Mark an das Finanzamt gehen sollen,
- daß diese Belastung es Ihnen enorm schwer macht, Vermögen zu bilden,

## ... aber wahr,

- daß der Staat Ihnen andererseits auch Subventionen anbietet.
- daß Sie zu einem soliden Vermögensaufbau steuerliche Vergünstigungen nutzen können.
- daß begünstigte Kapitalanlagen eine Vielzahl von Möglichkeiten bieten, aus Steuern Kapital zu bilden.

## Beunruhigend,

- daß der Anlagemarkt in seinem Umfang für den Laien kaum mehr überschaubar ist,
- daß es in diesem Bereich soviel "Spreu" und sowenig "Weizen" gibt,
- daß solide und seriöse Angebote immer schwerer zu finden sind,

## ... aber wichtig zu erkennen,

- daß Angst ein schlechter Berater ist.
- daß Nichtstun nur dem Finanzamt etwas bringt.

## Es ist viel wert, einen guten Berater zu haben!

Der NAV-Wirtschaftsdienst verfügt über 25 Jahre Erfahrung im Bereich steuerbegünstigter Kapitalanlagen. Know-how zu Ihrem Vorteil. Die von uns angebotenen Produkte stammen ausnahmslos von Initiatoren, Bauherren und Emittenten mit jahrelanger lupenreiner Leistungsbilanz. Sicherheit für Ihre Anlage.

**Fordern Sie mit dem nebenstehenden Antwortabschnitt detaillierte Informationen zu unseren aktuellen Angeboten an, senden Sie uns ein Fax mit Ihren Wünschen, oder rufen Sie uns einfach an.**

Informieren Sie sich rechtzeitig über Ihre individuellen Möglichkeiten, 1995 aus gesparten Steuern Vermögen zu bilden. Gute Angebote sind nicht uneingeschränkt verfügbar. Deshalb sollten Sie sich rasch entscheiden.



**NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13 - 17 • 50668 Köln  
Telefon (0221) 97 355 112  
Telefax (0221) 97 355 198

Informieren Sie mich unverbindlich über

- Sozialer Wohnungsbau Berlin
- Schiffsbeteiligungen
- 3. Förderweg in Brandenburg
- Mobilien-Leasing-Fonds

Absender/Stempel

52xx416

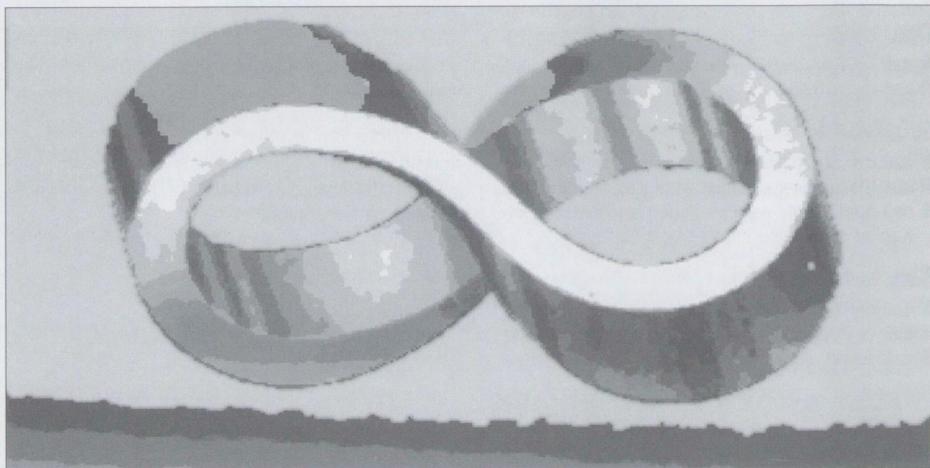
aktuell

Bitte einsenden an: NAV-Wirtschaftsdienst • Sedanstr. 13-17 • 50668 Köln

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. 0221/1636-2452

 **CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

# Zur Anatomie eines Fiaskos-

## warum aus dem Konzept 'Vertrags- und Wahlleistungen' nichts wurde

Bereits vor den Koalitionsverhandlungen zur dritten Stufe der Gesundheitsstrukturreform im November 1995 stand fest, daß das von FVDZ, BZÄK und KZBV vorgelegte Konzept 'Vertrags- und Wahlleistungen'-in Bausch und Bogen abgelehnt werden würde. Trotz partieller Ähnlichkeiten mit Empfehlungen des Sachverständigenrates wurde kein Jota der zahnärztlichen Vorschläge und Forderungen für das Gesundheitsstrukturangepassungsgesetz übernommen. Dieser Mißerfolg einer publizistisch durchaus aufwendig betriebenen Kampagne zur Liberalisierung der GKV müßte die zahnärztlichen Spitzenorganisationen zu selbstkritischen Krisensitzungen veranlassen, aber auch die 50.000 Praktiker im Lande mit (noch mehr!) Sorge erfüllen. Auch als Kritiker des FVDZ registriere ich die Tatsache und die Umstände dieses Scheiterns ohne die geringste Schadenfreude. Ich halte es aber für heilsam, einige der Gründe zusammenzutragen, warum durchaus detaillierte Empfehlungen der KZBV, Körperschaft des öffentlichen Rechts, mit der kalten Schulter der Politik abserviert wurden. Dabei ist es wohl unvermeidlich, auch Klartext zu reden und Unerträglichkeiten zu benennen, die unsere Standespolitik bestimmen. Solch kritische Anmerkungen werden ja in der Hofberichterstattung ZM und anderen Standesblättern nach Kräften aussortiert, um (angeblich) kei-

nen Zweifel an der 'Geschlossenheit des Berufsstandes' zu wecken. Und es muß auch von der Verkommenheit einer Standespolitik und deren Drahtziehern die Rede sein, die seit Jahren abgewirtschaftet hat und nun - wieder einmal - ihre offizielle Quittung erhält: 'Klassenziel nicht erreicht!'

### Konzept mit Pferdefüßen

Das Konzept 'Vertrags- und Wahlleistungen' klingt plausibel und maßvoll - auf den ersten Blick. Vieles ist auch richtig und zukunftsweisend, wenn die GKV nicht zu Tode geritten werden soll. Der Teufel liegt wie immer im Detail; ihn haben die - im Umgang mit zahnärztlichen Gedankenspielen ja nicht mehr unbedarften - Adressaten in Politik und GKV schnell erkannt. Die Heftigkeit des Verrisses freilich hat auch mich überrascht. Die Pferdefüße: Festzuschüsse? Im Prinzip ja, aber nicht so! Wer - wie das Konzept vorsieht - die einzähnige Lücke mit der Vertragsleistung Modellgußprothese versorgen will, scheidet als gesundheitspolitischer Ideengeber aus. Die Prophylaxe, im Papier vollmundig als 'zentrale Aufgabe' gepriesen? Nichts dagegen! Wer jedoch gleichzeitig die Gruppenprophylaxe, konkrete, flächendeckende und auch noch finanzierte Strategien der Krankenkassen so systematisch ausbremst, wer LAGZ's platzen läßt, dem ist als Berater in Sachen

Prävention nur schwer zu trauen. Wer Kunststoff-Verblendungen als zeitgemäße Vertragsleistung avisiert und Steinzemente in der Füllungstherapie, um hinterher längst etablierte Verfahren als Wahlleistungen verkaufen zu können, bestätigt die alten Vorurteile, daß 'die Zahnärzte' gesundheitspolitisch unglaublich und profitgeil sind. Sind diese Vorwürfe so ganz aus der Luft gegriffen? Daher ist es nicht verwunderlich, wenn Minister Seehofer in dem Konzept mehr Haken und Ösen, als wirklich ernstzunehmende Beiträge zu seinem 'Ideenwettbewerb für eine solidarisch verfasste Krankenversicherung' erkennt. An dieser Meßlatte scheitert das Konzept. 'Gewogen und zu leicht befunden!'

### Alte Hypotheken

Nicht zuletzt weiß Seehofer, mit wem er es zu tun hat. Die gleichen zahnärztlichen Ständesvertreter, die jetzt 'am Beispiel der dafür besonders geeigneten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde' die GKV reformiert wissen wollen (und wer wollte das nicht !?), haben sich in jahrelangen 'Konfliktstrategien' als unfähig gezeigt, ihre sozialpolitische Mitverantwortung für ein gerechtes und leistungsfähiges Gesundheitswesen nachzuweisen. Zahnärztesfunktionäre, denen kaum eine Beleidigung des Ministers zu primitiv war, die 'Korb-Aktionen' organisierten, die als Körperschaftsvorsitzende sogenannte 'Behandlungsvorschübe' anzettelten, die anstelle von Verhandlungen mit der GKV ewig Rechtshändel anstrengen, vermitteln nicht die Solidität, die nötig ist, wenn neue Strukturen erprobt oder gar

etabliert werden sollen. Es ist also nicht nur die - eventuell rechtzeitig zu korrigierende - Doppelbödigkeit des Konzeptes, sondern es sind primär die Personen, die nach chronischer Unseriösität als 'Wölfe, nun Kreide gefressen haben'.

### Der falsche 'Typus'

Gerade Schirborts Sündenregister ist lang. Mag er für manche Kollegen den 'neuen Typus Berufspolitiker' verkörpern, der mit Fleiß, bauernschlauem Charisma und Skrupellosigkeit Interessenvertretung betreibt, so ist er unter dem Strich für nachdenklichere Zeitgenossen der denkbar ungeeignetste Kollege, der dem Nutzen, der Geschlossenheit, dem Image und dem politischen Einfluß der Zahnärzte dienen könnte. Kollegen seiner Statur, die mit Brachialgewalt (vermeintliche) Ständesinteressen durchsetzen wollen, haben den rapiden Verfall unseres Ansehens und unserer Ertragssituation mitzuverantworten. Daß in der KZV-Niedersachsen, Schirborts Domäne, heute der niedrigste (VdAK-) Punktwert gilt, sollte doch auch denen zu denken geben, die sich so sehr Ständesvertreter wünschen, die 'endlich mal Politikern und Krankenkassen zeigen, wo der Barthel den Most holt'. Nach 'Korb', 'Behandlungsaufschub', nach Chipkarten-Verweigerung, nach privat berechneten GKV-Heil- und Kostenplänen in seiner Praxis, nach der hausgemachten 'Affäre Staatskommissar' hat Schirbort in einem Maße abgewirtschaftet, daß die Vertreterversammlungen der KZBV und der KZVN seinen Verbleib in den Ständesämtern als inopportun erkennen

müssten. Oder ist das Sektensyndrom im FVDZ schon so fortgeschritten, daß rationale Beurteilungskriterien nicht mehr zum Zuge kommen?

### **Allein auf weiter Flur !**

Zwar beruft Schirbort sich vehement auf 'eine Fülle politischer Gespräche mit fast allen Parteien', in denen er für das Konzept 'Vertrags- und Wahlleistungen' geworben habe. Tatsächlich war es jedoch nur ein trotziges Antichambrieren vor verschlossenen Türen fast aller Parteien. Daß bei diesen schütterten Kontakten seine Einladung zum 50.Geburtstag des gesundheitspolitischen Sprechers der FDP, Möllemann, ein gewisses Glanzlicht darstellt, läßt Beobachter der Szene daran zweifeln, ob diese neue politische Liaison eher grotesk oder eher peinlich ist. Wer fördert hier eigentlich wen? Positives bewirkt hat jedenfalls auch dieses Gespräch nichts.

### **Von allen guten Geistern verlassen?**

Wenn man nach den Gründen des Scheiterns der zahnärztlichen Berufspolitik sucht, stößt man zwangsläufig auch auf die Giftküche der FVDZ-Zentrale. Dort bestimmen deren Vorsitzende Gutmann und Steiner z.B. die Würzmischungen für zahnärztliche Rezeptvorschläge. Sozialpolitisch sind diese absolut unbekömmlich; standespolitisch übrigens auch. An den Nebenwirkungen laborieren wir Zahnärzte seit Jahren. Ist dem einen die GKV ohnehin ein 'Irrenhaus', geifert der andere, daß Patienten 'uns unsere Sparkonten plündern und unsere Arbeitskraft ausbeu-

ten'. Solche Sprüche sind keine einmaligen Entgleisungen, sondern entlarvende Zeugnisse für die Denkkategorien, die auch hinter dem nun für die Öffentlichkeit aufpolierten Konzept stehen. Beide Kollegen werden auch noch in ihren Verbandsämtern und sonstigen einflußreichen Positionen mit 'überwältigenden Mehrheiten' bestätigt. Offensichtlich können oder wollen sich auch eigentlich besonnenere Kräfte wie die Kollegen Willmes, Kuttruff, Kastenbauer, Albers u.a.m. dieser üblen Dominanz nicht entziehen. Daß so viele verantwortliche Kollegen nicht Manns genug sind, korrigierend in dieses ganze FVDZ-inszenierte Schmierentheater einzugreifen, ist die eigentliche Tragödie unseres Berufsstandes. Oder unterschätze ich noch die jahrzehntelang verluderten Seilschaften, die keine wirklichen Weichenstellungen der Standespolitik mehr zulassen? Ein aktuelles Beispiel in der KZBV-Führung ist der Rausschmiß von zehn KZV-Chefs aus Schirborts 'consilium politicum', einer Aktion nach Art der cosa nostra. Jene hatten gewagt, dieses Beratungsgremium nicht länger als Vergatterung, sondern als Brainstorming zu betrachten, wie der Berufsstand ohne weitere Verluste aus seiner schweren Krise geführt werden könnte. Man kann nur hoffen, daß dieser schwelende Konflikt eine berufspolitische Katharsis einleitet.

### **Keine Alternativen?**

Auf der KZBV-Vertreterversammlung Ende Oktober in Weimar beschwor Schirbort den Rest der Welt, sein Konzept 'Vertrags und Wahlleistungen' sei 'ohne Alternative'. Um der Wahrhaf-

tigkeit willen sei erwähnt, daß auch DAZ, IGZ und VDZM Reformvorschläge vorgelegt hatten, die auf wohlwollendes Interesse im Bundesgesundheitsministerium stießen, jedoch wegen der vorherrschenden Standesmentalität als nicht umsetzbar eingeschätzt wurden. Kurz: Auch unsere Alternativen blieben erfolglos.

Nun wird auch Seehofer unter Sekundanz der SPD um eine Alternative nicht verlegen sein. Die wahrscheinlichste Prognose: Es bleibt alles beim Alten! Schlimm genug! Nach einer Schamfrist von einem Jahr der aufgehobenen Budgetpolitik dürfte ab 1997 wieder die

konsequente Deckelung der Ausgaben für zahnmedizinische Leistungen wahrscheinlich sein; flankiert durch eine schmalbrüstige GOZ. Die Zahnärzte werden also weiterhin an der Kandare der Sozialpolitik hängen und würgen. Und dies vermutlich so lange, bis sie sich selbst zu neuen, sensibleren Personen und Programmen durchgerungen haben. Wer das für übertrieben hält, frage den Minister. Egal, von welcher Regierung.

*Dr. Christian Nielsen  
München*

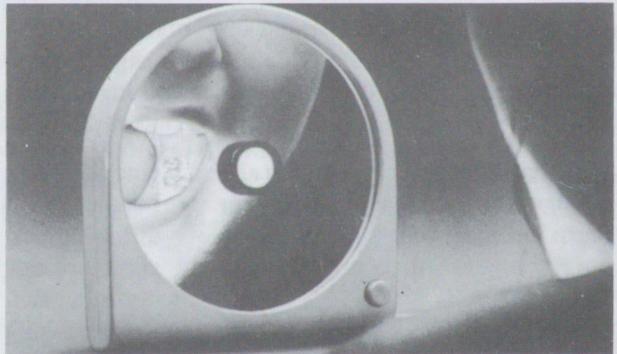
## Unerläßlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht- Spiegel

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

### **Für Praxis und Patient!**

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

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



**PROFIMED GmbH**

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

# neues Denken wagen - Neues denken wagen

*Dieser Beitrag stammt von einem jungen Kollegen, der in München als standespolitischer 'Querulant' und 'Besserwisser' verschrien ist. Wir wissen nicht, wen er meint, wenn er von 'wir' spricht. Es kann aber gut sein, daß er die Meinung jener Kollegen wiedergibt, die sich von niemandem in der Standespolitik vertreten fühlen - auch nicht vom DAZ. Diese Zeitschrift heißt aber nicht ohne Grund „forum“ - die Diskussion ist eröffnet.*

Das Versagen der Standesführung wird für immer mehr Kollegen durchschaubar. Die Unfähigkeit zum Konsens immer auffälliger. Altes Denken herrscht vor. Die zahnärztlichen Funktionäre reden wie Funktionäre, die Politiker wie Politiker und die Vertreter der gesetzlichen Versicherungen wie Versicherungsvertreter. Dabei ist das die Reform der Zahnheilkunde betreffende Ziel der Auseinandersetzung klar definiert:

Erreicht werden soll die Verbesserung der Volksgesundheit ohne Ausweitung der finanziellen Ressourcen.

Der gesellschaftliche Auftrag an drei Gruppen ist ebenfalls deutlich umrissen: Die Politik hat die Rahmenbedingungen zu schaffen, die gesetzlichen Krankenversicherungen haben für eine effektive Verwendung der Mittel zu sorgen, die Zahnärzte müssen in freier

Praxis innerhalb unseres Systems der sozialen Marktwirtschaft die notwendige Arbeit am und mit dem Patienten leisten. Art und Umfang der notwendigen Maßnahmen sind bekannt und unbestritten. Daß das Ziel der geforderten Anstrengungen keineswegs utopisch ist, ist durch Beispiele aus befreundeten Ländern belegt. Daß der Istzustand unbefriedigend und dem Status der Bundesrepublik Deutschland unangemessen ist, kann nicht bestritten werden, da epidemiologische Studien deutlich machen, daß 90 % der Bevölkerung an einer der Grunderkrankungen des Fachgebietes leiden, wenn man die Frühformen einschließt. Alle Beteiligten betuern, ihren gesellschaftlichen Auftrag mit großem Engagement zu erfüllen. Trotz dieses selbstlosen Einsatzes bleibt der Patient als Ziel der Fürsorge aller als Opfer auf der Strecke.

Offensichtlich ist somit, daß es gewichtige Gründe geben muß, die das Erreichen eines an sich einfachen, klar definierten, als vordringlich, notwendig und wertvoll anerkannten Zieles innerhalb der bestehenden Ordnung verhindern.

Bis hierher wird jede der beteiligten Gruppen zustimmen, anschließend aber sogleich mit Vorwürfen aufwarten, warum der politische Partner, der bezeichnenderweise Gegner genannt wird, die alleinige Schuld trägt für das Nichtzu-

standekommen der notwendigen Reform im Konsens. Es ist eben um so vieles leichter, ein Scheitern immer mit der Schuld der anderen zu erklären, als auch einmal an der eigenen Nase herumzufummeln. Trotzdem muß um der Sache und der Patienten willen der Versuch gemacht werden und gelingen, da sich das Gesundheitssystem in einem kritischen Zustand befindet.

Amerikanische Verhältnisse im Sinne einer Gesellschaft der Reichen mit und der Armen ohne Zähne kann niemand ernsthaft anstreben. Implantat-getragener, aus Pflichtbeiträgen finanzierter Zahnersatz für alle ist das andere unsinnige Extrem. Es gilt also, einen Weg zu beschreiben, der innerhalb des bestehenden Systems der sozialen Ordnung begehbar ist.

Alle bisherigen Versuche, sich dem Problem zu nähern, sind gescheitert. Die von der Zahnärzteschaft vorgestellten Konzepte greifen theoretisch am Stammtisch in Rosenheim, nicht aber praktisch im Bundesrat in Bonn.

Es muß folglich mit dem Denken etwas nicht stimmen. Es kann sich nur um ein falsches, ein überholtes, eben ein altes Denken handeln, das früher zur Problemlösung und zur Durchsetzung der Eigeninteressen ausreichend war, den Anforderungen von heute aber keineswegs gerecht wird und trotzdem immer weiter gedacht wird. Die Gedanken bewegen sich im Kreis, anders ausgedrückt, sie bewegen sich in einem geschlossenen System, aus dem es ohne einen kräftigen Schub von außen kein Entkommen gibt.

Geschlossene Systeme implizieren per definitionem die Unfähigkeit zur Weiterentwicklung, zur notwendigen Anpassung, zum Überleben. Sie sind zum Untergang verurteilt.

Das Einkaufsmodell der Krankenkassen ist die logische und aus ihrer Sicht legitime Antwort auf den Korb der Zahnärzte.

Gelänge wenigstens einmal der Versuch, sich in den „Gegner“ hineinzudenken - das totale Fehlen dieser für Mandatsträger essentiellen Fähigkeit angesichts existenzieller Verhandlungen erschreckt - würde man die Logik in der Reaktion auf die eigenen Denkmuster durchschauen und, wenn man schon nichts Gleichwertiges entgegensetzen hat, zumindest auf zutiefst ehrverletzende, die eigene Schlichtheit im Denken offenbarende Äußerungen verzichten.

Der fatale Verlauf der Entwicklung wird an der Diskussion um die von Öko-Rambos erzwungenen Integration der Amalgam-Alternativen in die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten exemplarisch.

Der Gesetzgeber lehnt sich entspannt zurück und an verschiedene, zahnheilkundlich beispielhafte europäische Länder an, wohlvertrauend auf die zahnärztliche Propaganda, in Deutschland waren die Voraussetzungen besser als irgendwo sonst und verordnet ein Quasi-Amalgam-Verbot. Leider sind die Voraussetzungen alles andere als ideal, die Grundbedingungen nicht erfüllt. Die Technik wird nicht beherrscht, sie wird anscheinend nicht einmal an allen Universitäten unterrichtet. Eine präven-

tive Therapie und Diagnostik findet nicht statt, warum erbringt sonst lediglich eine Minorität der Kollegen die IP-Leistungen? Eine allgemein zufriedenstellende Hygienesituation als *conditio sine qua non* für das Legen von Kunststoffüllungen in Säure-Ätz-Technik ist nicht gegeben. Warum leiden sonst 90 % der Bevölkerung an einer der Grunderkrankungen unseres Fachgebietes?

Wohl sehend, daß eine *lege artis* Kunststoffüllung in Säure-Ätz-Technik einen deutlich höheren Aufwand darstellt, fällt den gesetzlichen Krankenkassen nichts Besseres ein, als einen Zuschlag auf alle Füllungen anzubieten. Angesichts der bestehenden Defizite bei der Behandlung der Grundkrankheit eine mehr als phantasielose Art, eine Milliarde Mark pro Jahr auszugeben.

Dem früher einmal Freien Verband fällt im wesentlichen nichts anderes ein als sein Abdingungssüppchen zu kochen und an seinem Körbchen zu flechten. Alte Argumente, die in den siebziger Jahren anscheinend einmal ausreichend waren, werden gebetsmühlenartig wiederholt, wobei nicht einmal bemerkt wird, daß der politische „Gegner“ inzwischen „klüschler geworden ist“, zumindest also ein Enkel des alten Adenauer dazugelernt hat, und das nicht zu knapp.

Der Gedanke an Vertrags- und Wahlleistungen ist prinzipiell richtig und zur Anwendung innerhalb größerer Bevölkerungskreise geeignet. Das vom ehemals Freien Verband konzipierte Modell ist jedoch weder konsensfähig

noch medizinisch sinnvoll und somit zum Scheitern verurteilt. Der Versuch, sich erneut jeglicher Kontrolle zu entziehen, indem man die Wahlleistungen zur Berechnung nach GOZ freigibt, macht deutlich, daß es sich wohl eher um ein aus der Not des eigenen Scheiterns geborenes Körbchen handelt. Sinnvoll und konsensfähig sind jedoch fix vereinbarte Preise und Zuschläge. Für die Kunststoffüllung in Säure-Ätz-Technik muß beispielsweise eine eigene Position geschaffen werden, die diese Leistung detailliert beschreibt, einschließlich der unbedingt erforderlichen, die Mundhygiene betreffenden, vorbereitenden Maßnahmen. Auf diese Weise würde dem Versicherungsgeber offen gelegt, daß die Füllung wirklich in der beschriebenen Technik unter entsprechenden Voraussetzungen gelegt wurde. Gleichzeitig wird dem Patienten ein fixer Zuschlag, z.B. DM 10,- pro Fläche, mit entsprechender Begründung privat in Rechnung gestellt. Verbunden werden beide Maßnahmen mit einer Ausweitung der Verweildauer im Munde, denn warum sollte man sonst eine derart aufwendige, zeitintensive, kostspielige Technik anwenden, wenn sich die Verweildauer nicht erhöht? Solche oder ähnliche, Transparenz und Qualität schaffende Maßnahmen sind für viele andere medizinisch sinnvolle Techniken (Wurzelfüllungen im Seitenzahnbereich, Wurzelspitzenresektionen bei mehrwurzligen Zähnen, parodontalchirurgischen Maßnahmen, Inlays usw.) denkbar und praktikierbar.

Die Finanzierung einer regelmäßigen professionellen Zahnreinigung muß hin-

gegen alleinige Aufgabe der Versicherungsgeber sein. Warum diese Ihren Kunden die Behandlung der Grundkrankheit verweigern und stattdessen Unsummen für die Therapie der Folgeerkrankungen aufwenden, ist einem einfachen Menschen nicht vermittelbar.

Was der einstmals Freie Verband von seinem eigenen Konzept wirklich hält, wird an folgendem Zitat des für die sekteninterne Sprachregelung zuständigen Landesvorsitzenden in Niedersachsen, Ulrich Keck, deutlich:

*„Eine Peepshow von Politfunktionären, das Kollektiv der Angsthasen, die paranoide Euphorie und der politische Rektaltourismus mancher Berufspolitiker, das kretinhafte Modell der Vertrags- und Wahlleistungen, das in den Mülleimer der Standesgeschichte gehört“*

Um die Fundamente zahnärztlicher Berufspolitik der letzten 25 Jahre zu beschreiben, muß man nur einmal genau rechnen., wobei man mit dem mathematischen Rüstzeug eines Viertklässlers gut zurecht kommt (Textaufgabe):

In Deutschland werden pro Jahr ca. 50 Mio Füllungen gelegt. Nach Aussagen des ehemals Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte benötigt ein versierter Kollege für eine dreiflächige lege artis Amalgamfüllung bis zu einer Stunde, sagen wir einmal 40 Minuten. Für eine gleichwertige Kunststofffüllung in Säure-Ätz-Technik wird die drei- bis vierfache Zeit veranschlagt, sagen wir nur einmal 120 Minuten, also zwei Stunden. Bei

einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 8 Stunden sieht sich ein versierter, moderner Zahnarzt nach Aussagen des vormals Freien Verbandes in die Lage versetzt, 4 (in Worten vier) lege artis Kunststofffüllungen pro Tag zu legen, wenn er auf jegliche Nebentätigkeiten wie Prothetik, Chirurgie, andere konservierende Maßnahmen und Parodontologie verzichtet. Bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 200 Tagen im Jahr fabriziert er immerhin 800 ordentliche Füllungen. Für die Versorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland mit lege artis Füllungen müßten folglich 100000 (in Worten Einhunderttausend) Zahnärzte ausschließlich mit dem Legen der erforderlichen Füllungen beschäftigt sein. Da die ganze andere Arbeit auch geleistet werden muß, ein Zahnarzt folglich nur die Hälfte des Tages mit dem Legen von Füllungen beschäftigt sein kann, errechnet sich eine Zahl von reichlich 200000 Zahnärzten. Wo um Himmels Willen sind die denn, bzw. wer macht all diese ordentlichen Füllungen, die ich jeden Tag sehe? Dies ist leider keine Glosse, denn es kommt noch schlimmer. Der zur Zeit meines Vaters Freie Verband rechnet vor, daß ein moderner Zahnarzt ca. DM 300,- in der Stunde zusammenbohren muß, um seine Praxiskosten zu decken, wobei er seine beiden Kinder noch nicht ernährt hat. Dies kommt der Wahrheit sehr nahe. Bei acht Stunden pro Tag und 200 Arbeitstagen im Jahr sind das Kosten von 480000,- DM. Wenn er jetzt 800 Füllungen im Jahr legt, muß die einzelne Füllung folglich DM 600,- bringen, um auch nur die Praxiskosten zu decken, wobei seine armen Kinder immer noch nach Brot schreien. Obwohl er also

hungert, muß der bedauernswerte Kollege in allen Vergleichsrechnungen seines Verbandes auch noch den Spitzensteuersatz bezahlen.

Ärztliche Standespolitik auf derart schwachen Argumenten aufzubauen ist peinlich, sich auch noch einzureden, niemand würde diese Politik durchschauen, ist einfältig. Keine neuen, überzeugenden Ideen, immer wieder derselbe, aufgewärmte und Löfflerweise servierte Schirbortbraten nach Gutmänner Art.

Besessen von Machtphantasien aufgrund einer eingebildeten Monopolstellung, deren Ausnutzung unsere Gesellschaft niemals hinnehmen kann und wird, glauben sie, das Rad zurückdrehen zu können. Von imaginären Feinden umzingelt, denen sie sich so überlegen fühlen, daß sie ihnen nicht einmal das Niveau von Volksschülern konzederien, hocken sie in ihrer Wagenburg, prahlen mit ihren Heldentaten, klopfen sich gegenseitig auf die Schultern, sprechen sich Mut zu und .... verzocken die Zukunft ihrer Kinder und Enkel.

Ich denke, daß es nunmehr höchste Zeit ist, eine unmißverständliche Warnung auszusprechen.

Gutmann hätte bei der Verwirklichung der vermaledeiten Korbidee eine Pleitequote von 30 % der Zahnärzte nicht notgedrungen, sondern vorsätzlich in Kauf genommen. Zu diesen 30 % hätten nicht die Vielabrechner gehört, die zu bekämpfen er vorgibt. Betroffen wären die jungen, die nicht etablierten, die noch in

Ausbildung befindlichen, die alten Zahnärzte gewesen, die aus einem ärztlichen Verständnis der Zahnmedizin heraus eine zeitgemäße Zahnheilkunde in sozialpolitischer Verantwortung praktizieren und fürderhin praktizieren wollen... seine eigenen Söhne und Töchter!

Das vom im Schirbortschen Selbstverständnis politischen Feind als logische und legitime Antwort formulierte Einkaufsmodell würde Opfer in der gleichen Größenordnung innerhalb der Kollegenschaft fordern. Es würde allerdings eine andere Gruppe betroffen sein, als die von Gutmann ohne Not zum Opfer erkorene.

Keinesfalls wird es sich um die qualitätsorientierten Kollegen handeln, die ihre gesellschaftliche Verantwortung und ihr ärztliches Selbstverständnis leben und weiterhin leben wollen, und die das für ein Land wie die Bundesrepublik eigentlich selbstverständliche Niveau zahnärztlicher Kunst beherrschen. Diese Gruppe kann es gar nicht sein, denn sonst wäre der Korb voll oder würde gegebenenfalls schnell gefüllt werden.

Wir wollen und betreiben diese Ausgrenzung mit Rücksicht auf ärztliche Kollegialität (noch) nicht. Wir sind jedoch im Vertrauen auf unsere ärztliche Kunst überzeugt, auch diesen Weg erfolgreich gehen zu können, sollten wir uns dazu gezwungen sehen. Wir können dabei nur gewinnen, weil wir die dann gestellten Forderungen hinsichtlich ärztlicher Ethik, kaufmännischer Moral und Qualität der Leistung erfüllen können. Seehofer scheint wie wir (noch) die Auffassung zu vertreten, daß eine Re-

form des Gesundheitswesens innerhalb der bestehenden Strukturen möglich und wünschenswert ist, nicht anders sind seine Hinweise auf eine Stärkung der Selbstverwaltung unter der besonderen Berücksichtigung der Möglichkeit von Sonderverträgen größerer Gruppen innerhalb der Körperschaften zu verstehen. Es handelt sich um nichts anderes als um einen deutlichen Hinweis auf einen noch möglichen Konsens zur Vermeidung von Einkaufsmodellen. Für den Fall, daß wir auch diesmal die Kurve nicht kriegen, sind die Folgen bereits angekündigt. Es droht der Verlust der Eigenständigkeit durch Integration in die ärztlichen Körperschaften und das holländische Modell.

Sollte der Freie Verband diesen Wink mit dem Zaunpfahl wieder nicht verstehen oder verstehen wollen und den qualitätsorientierten und sozialpolitisch verantwortlich handelnden Kollegen die Möglichkeit zu einer an Leistung, Qualität und Kosten orientierten, gerechten Honorierung weiterhin verweigern, wird er die Quittung dafür erhalten. Eine Umverteilung des Gesamthonorars zugunsten der jungen und alten qualitätsorientierten Kollegen wird bei der aus der Verantwortung tretenden Zahnärztesgeneration eingefordert.

Neues Denken wagen bedeutet in diesem Sinne, sich mit der Idee des Einkaufsmodells ohne Scheuklappen und Ängste, linkshirinig und emotionslos auf hohem Niveau auseinanderzusetzen. Einzelverträge wären selbstverständlich tödlich. Vorstellbar ist jedoch die Gründung eines Vereines „Zahnärzte im Einkaufsmodell“. In dieser Vereinigung,

die sich als eine Art Gegen-KZV verstehen und organisieren könnte, würden sich nicht nach politischer Couleur getrennte, sondern in medizinischer Notwendigkeit und Qualität vereinte Zahnärzte zusammenschließen und volksgesundheitlich relevante, wirtschaftlich nachvollziehbare, konsensfähige Verträge aushandeln, die 70 % der Zahnärzte erfüllen können. Ich sehe nicht, wie dann der Einzelne im Machtgefüge von Krankenkasse und Staat zerrieben werden kann, um nur einmal das durchsichtige Hauptargument des zukünftig vielleicht einmal wieder Freien Verbandes ad absurdum zu führen.

Es wäre ein Zeichen, wenn die Zahnärzteschaft endlich einen konstruktiven Beitrag zur Lösung eines unserer Gesellschaftsprobleme innerhalb der bestehenden politischen Ordnung leisten und die Reform ihres Bereichs innerhalb unseres Gesundheitssystems beispielhaft organisieren und leben würde. Nur so kann sie sich mit der Gesellschaft versöhnen und die zur Ausübung politischer Macht unabdingbar erforderliche Initiative wiedererlangen.

*Rüdiger Osswald.*

*Dr. med.; Dr. med dent.*

*Jahrgang 1950, Studium der Medizin in Paris, Bochum und Münster, Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes, Staatsexamen und Promotion zum Dr. med. 1976 in Münster, ärztliche Tätigkeit bis 1982, Studium der Zahnmedizin in München mit Staatsexamen und Promotion 1985, seit 1987 als Zahnarzt in München niedergelassen.*

# 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

## Effektivität und Effizienz der Gruppenprophylaxe

*In dem nachfolgenden Beitrag wird der Versuch unternommen, die in der Gruppenprophylaxe in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zu analysieren und hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz zu bewerten. Da Effizienz die Relation von Kosten und Nutzen darstellt, wird dem Beitrag ein Kapitel über die Prophylaxe unter einem Kosten-Nutzen-Aspekt vorangestellt. Zuletzt wird die für Deutschland erhobene und analysierte Gruppenprophylaxeaktivität mit den in den letzten Jahren gewonnenen bundesrepräsentativen Daten zur Kariesentwicklung in Beziehung gesetzt und nach plausiblen Erklärungen für diese Daten gesucht.*

### **Kosten-Nutzen-Relation der Prophylaxe**

Nach der Kollektivprophylaxe ist die Gruppenprophylaxe grundsätzlich die effizienteste Form der Kariesvorbeugung. Im Rahmen des Marburger Modells konnte durch eine zweimal jährlich durchgeführte Gruppenprophylaxe eine durchschnittliche Karieshemmung von 43% erreicht werden (3). Die Kosten für dieses Prophylaxeprogramm, das neben Zahnputzinstruktionen und Ernährungsempfehlungen vor allem zweimal jährliche Fluoridapplikationen beinhaltet, lagen 1990 bei etwa 10,00 DM pro Kind und Jahr. Die Teilnehmer an den Vorsorgemaßnahmen hatten am Ende

der Grundschulzeit nach vier Jahren Gruppenprophylaxe durchschnittlich 1,1 kariöse Zähne weniger als eine Vergleichsgruppe. Selbst wenn man im (wirtschaftlich) ungünstigsten Fall davon ausgeht, daß diese 1,1 kariösen Zähne lediglich 1,1 kariösen Flächen entsprechen, dann verursacht deren Erstversorgung im Rahmen der GKV immer noch Kosten von fast 50,00 DM (bei anteiliger Berücksichtigung der Nebenleistungen I, L1, Cp, P und bMF) gegenüber 40,00 DM für 4 Jahre Prophylaxe. Nicht mitgerechnet sind dabei Folgeversorgungen. Für die Prophylaxe noch wesentlich günstiger fallen Wirtschaftlichkeitsberechnungen in der Schweiz aus. Im Kanton Zürich konnte z.B. durch regelmäßige Gruppenprophylaxe die Karies bei 8-14jährigen Kindern von 1963 bis 1991 um durchschnittlich 90% zurückgedrängt werden (15). Dort hatte im Jahre 1963 ein 14jähriges Kind noch 24 kariöse Flächen, deren „Reparatur“ nach heutigen schweizerischen Preisen etwa 1.200,00 SFr kostet. Die durchschnittlich 3 kariösen Läsionen, die heutzutage vorhanden sind, verursachen dagegen nur noch 150,00 SFr Kosten. Dieser Ersparnis von 1.050,00 SFr auf der „Therapieseite“ stehen etwa 100,00 SFr gegenüber, die die „kariesprophylaktische Aktion“ bis zum 14. Lebensjahr kostet (14, 16). Die Kosten-Nutzen-Relation liegt demnach bei etwa 1:10. Es gibt allerdings auch Untersuchungen,

die zu ungünstigeren Ergebnissen kommen. So ergaben sich beispielsweise für ein Programm mit 2x wöchentlichem Zähneputzen einschl. Zahnseide und 10 Unterrichtsstunden in Gesundheits-erziehung pro Jahr in den USA Kosten in Höhe von 11,74 \$, denen kein Gesundheitsgewinn gegenüberstand (9).

Eine Bewertung der zitierten Studien macht deutlich, daß Kosten-Nutzen-Analysen für die Gruppenprophylaxe von folgenden Faktoren abhängig sind:

1. Effektivität und Kosten der Prophylaxemaßnahmen
2. Kosten der restaurativen Zahnheilkunde
3. Zahngesundheit der Zielgruppe

### **Effektivität und Kosten der Prophylaxemaßnahmen**

Es ist vielfach belegt, daß Fluorid-Anwendungen besonders effektive Maßnahmen sind (3,8,11,12,17). Fluoridierungsmaßnahmen, die in Schulen und Kindergärten von nichtzahnärztlichem Prophylaxepersonal durchgeführt werden können, sind außerdem kostengünstig (3,15). Eine karieshemmende Wirkung von Maßnahmen der Mundgesundheitserziehung konnte dagegen - zumindest kurz- und mittelfristig- bisher nicht nachgewiesen werden (1,2,9,19).

### **Kosten der restaurativen Zahnheilkunde**

Die restaurative Zahnheilkunde ist im Ausland häufig sehr viel teurer als in

Deutschland. So kostet eine dreiflächige Füllung im Seitenzahnggebiet in der Schweiz etwa 150,00 SFr, in Deutschland dagegen nur knapp 60,00 DM. Weil gleichzeitig die Kosten für Prophylaxepersonal und -material zwischen der Schweiz und Deutschland nicht sehr stark differieren, fällt eine Kosten-Nutzen-Relation in der Schweiz viel eher zugunsten der Prävention aus als in Deutschland.

### **Zahngesundheit der Zielgruppe**

Je besser der Mundgesundheitszustand in einem Land ist, umso ungünstiger fällt -vordergründig betrachtet- die Kosten-Nutzen-Relation für die Prophylaxe aus. Wenn der jährliche Karieszuwachs sowieso schon sehr gering ist, kann man durch zusätzliche Prophylaxemaßnahmen nicht mehr viele kariöse Läsionen verhindern und damit auch nicht viel Behandlungsbedarf einsparen. Die Tatsache, daß in Ländern mit hohem Prophylaxeniveau Karies kein Problem mehr zu sein scheint, andererseits ihre Prophylaxe aber viel Geld kostet, verleitet Politiker in diesen Ländern zunehmend dazu, bei der Prophylaxe zu sparen. Sie übersehen dabei jedoch, daß das Mundgesundheitsniveau nur wegen der Prophylaxe so gut ist und bei ihrem Nachlassen sehr bald die alten Zustände mit hohem Kariesbefall und folglich hohem restaurativen Behandlungsbedarf wieder auftreten würden.

Die bisherigen Darlegungen machen klar, daß man bei Kosten-Nutzen-Analysen für die Kariesprophylaxe nicht ohne weiteres auf vorhandenes Daten-

material zurückgreifen kann, sondern für jede Ausgangssituation neu kalkulieren muß.

Bei aller Diskussion um ihre Effizienz darf jedoch nicht vergessen werden, daß die Prophylaxe imstande ist, Gesundheit zu erhalten bzw. wiederzugewinnen. Dieser Gewinn läßt sich als Geldwert nicht ausdrücken. Deshalb darf Prophylaxe nicht nur unter ökonomischen Aspekten gesehen werden.

### Status quo der Gruppenprophylaxe in Deutschland

Im Rahmen bundesweiter Befragungen der Landesstellenleiter des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BZÖG) wurde ermittelt, inwieweit die im §21 des Sozialgesetzbuches V für die Gruppenprophylaxe geforderten Leistungen tatsächlich erbracht werden (5, 22). Dabei wurde versucht, alle in der Gruppenprophylaxe engagierten Kräfte zu erfassen (BZÖG, LAG, Obleute).

Die abgefragten Leistungen waren u.a.:

1. Reihenuntersuchung
2. Empfehlungen zur Ernährung
3. Mundhygieneinstruktion
4. Fluoridprophylaxe
5. Intensivprophylaxe

### Reihenuntersuchungen

Der Anteil der Kinder, die an Reihenuntersuchungen teilgenommen haben, ist in den Abbildungen 1 und 2 dargestellt. Abgesehen von Bremerhaven sowie den Ländern Bremen, Hamburg und Hessen liegt der Anteil von untersuchten Kindern in Kindergärten und Schulen auf etwa demselben Niveau. In Bremerhaven werden schwerpunktmäßig die Kindergärten erfaßt, während in den drei genannten Bundesländern in

Abb. 1

Anteil der Kinder in Kindergärten, die an Reihenuntersuchungen teilnehmen.

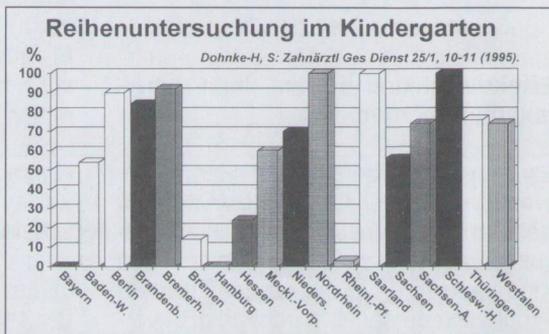
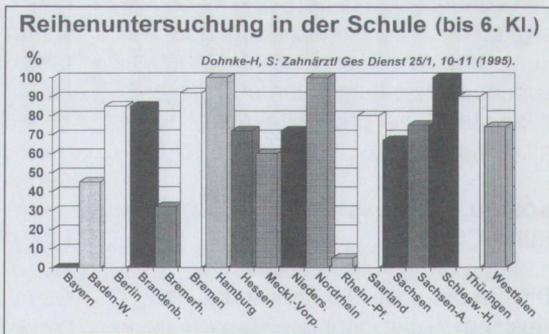


Abb. 2

Anteil der Kinder in Schulen (bis 6. Klasse), die an Reihenuntersuchungen teilnehmen.



erster Linie Untersuchungen in den Schulen stattfinden. Außer in Bayern und Rheinland-Pfalz, wo nach den Ergebnissen der Fragebogenaktion keine bzw. weniger als 10% der Kinder reihenuntersucht werden, ist das Niveau insgesamt als recht gut zu bezeichnen. Allerdings ist die Vernachlässigung des Kindergartenbereiches in Bremen, Hamburg und Hessen negativ anzumerken, weil gerade Reihenuntersuchungen in Kindergärten eine wichtige planerische Grundlage darstellen, um Prophylaxemaßnahmen einsetzen zu lassen, bevor es zu schwerwiegenden Gebißzerstörungen gekommen ist.

### Ernährungsempfehlungen und Mundhygiene-Instruktionen

Abbildung 3 zeigt den Anteil der Schulkinder, die Ernährungsempfehlungen erhalten und an einem Zahnputztraining teilnehmen. Beide Maß-

nahmen finden überwiegend 1 bis 2mal jährlich statt. Für die bayerischen Werte ist anzumerken, daß dort die Aktivitäten in der Gruppenprophylaxe fast ausschließlich nach dem Obleute-Konzept organisiert und deshalb sehr schwer erfaßbar sind. Es ist davon auszugehen, daß die tatsächliche Betreuungsdichte weit höher liegt. Generell ist anzumerken, daß die in der Grafik angegebenen Werte für Regionen, in denen zahnärztliche Obleute arbeiten, aus dem genannten Grund zu niedrig sein dürften. Da die Obleute vor allem Ernährungsempfehlungen aussprechen und Mundhygieneinstruktionen erteilen, ist nicht davon auszugehen, daß diese Unterschätzung der Daten auch für den Bereich der Fluoridierung in der Gruppenprophylaxe zutrifft.

### Fluoridprophylaxe

Nur 4,7% der Kindergartenkinder und 6,5% der Schulkinder erhalten im Rahmen der Gruppenprophylaxe regelmäßige Fluoridapplikationen (22).

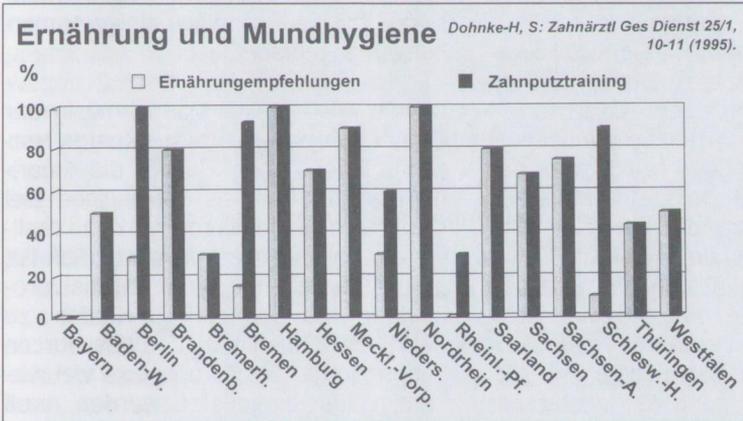


Abb. 3  
Anteil der Kinder, die Ernährungsempfehlungen erhalten und an Zahnputztraining teilnehmen

nahmen finden überwiegend 1 bis 2mal jährlich statt. Für die bayerischen Werte ist anzumerken, daß dort die Aktivitäten

Diese Daten basieren auf den Mitteilungen von 16 der 17 BZÖG-Landesstellen. Gewertet wurden die

regelmäßige Abgabe von Tabletten, mind. 2mal jährliches Auftragen von Fluoridlack oder mind. 14tägiges Einbürsten von Fluoridgelee. In den neuen Bundesländern erreicht die Fluoridprophylaxe insgesamt mehr Kinder als in den alten Ländern. In Brandenburg erfolgen bei 48% und in Mecklenburg-Vorpommern bei 19,4% der Kindergarten- und Schulkinder Fluoridierungsmaßnahmen, in Thüringen sind es 35% bei den Kindergartenkindern und 20% bei den Schulkindern. Wenn man diese positiven „Ausreißer“ unberücksichtigt läßt, liegt die durchschnittliche Fluoridierungsrate für den Rest Deutschlands im Kindergarten nur noch bei 0,95% und in der Schule bei 2,9%.

### Intensivprophylaxe

Damit eine intensive Betreuung der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko erfolgen kann, müssen diese zunächst mit einem geeigneten Verfahren identifiziert werden. Dies geschieht derzeit nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). In 8 der 16 erfaßten Landesstellenbereiche wird generell und in 2 teilweise eine Risikodiagnostik durchgeführt. Eine „echte“ Intensivprophylaxe gibt es jedoch nicht. In einem Landesstellenbereich findet eine Verweisung an niedergelassene Zahnärzte zur Erbringung der IP nach BEMA statt. In zwei weiteren Bereichen erhalten knapp 5 bzw. 10% der Karies-Risikokinder regelmäßige professionelle Zahnreinigungen.

### Bewertung

Da für Ernährungsempfehlungen und Mundhygieneunterweisungen keine unmittelbare karieshemmende Wirkung belegt ist (s. o.), kommen von den in der Gruppenprophylaxe durchgeführten Maßnahmen nur die Fluoridierung und die Intensivprophylaxe für eine direkte Kariesprophylaxe in Frage. Beide Maßnahmen werden jedoch nicht in nennenswertem Umfang durchgeführt. Deshalb muß die Wirksamkeit der derzeit in Deutschland durchgeführten Gruppenprophylaxe insgesamt in Frage gestellt werden. Glücklicherweise zeichnet sich jedoch durch vielerlei lokale Aktivitäten und vor allem durch das kürzlich vorgelegte Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen ein positiver Wandel ab.

Zum Stellenwert von Basis-Gruppenprophylaxe (v.a. im Sinne regelmäßiger Fluoridierungsmaßnahmen) und Intensivprophylaxe erscheinen einige Anmerkungen angebracht.

Da die effizienteste Maßnahme in der Gruppenprophylaxe (beste Kosten-Nutzen-Relation) ohne Zweifel die Fluoridierung ist, muß es vorrangiges Ziel sein, diese als Basisprophylaxe zu realisieren. Solange dies nicht der Fall ist, macht es keinen Sinn, Intensivprophylaxe für Kariesrisiko-Kinder zu betreiben. Ohnehin knappe Ressourcen können in der Basisprophylaxe viel wirkungsvoller eingesetzt werden, weil man dort bei gleichem Aufwand in der Summe eine viel höhere Karieshemmung erzielen kann. Dazu ein Rechenbeispiel:

Im Marburger Prophylaxemodell (Applikation von Fluoridlack 2x/Jahr) kostete die Verhinderung von 1,1 kariösen Zähnen in 4 Jahren 40,00 DM, das entspricht 36,40 DM/Zahn. Ein Kariesrisikokind (definiert auf der Basis der Prävalenzdaten der IDZ-Studie) (21) würde ohne prophylaktische Betreuung in 4 Jahren mindestens 4 neue kariöse Läsionen entwickeln. Es ist zu schätzen, daß sich mit einem Intensivprophylaxeprogramm mit 4 jährlichen professionellen Zahnreinigungen etwa die Hälfte dieser kariösen Zähne verhindern läßt. Die Kosten für diese Maßnahmen dürften pro Jahr und Kind größenordnungsmäßig mindestens bei 200,00 DM liegen (4 x ca. 1/2 Stunde Prophylaxe/Jahr á 100,- DM/Std.). In 4 Jahren wären das bei 2 verhinderten kariösen Zähnen 800,00 DM. Ein verhinderter kariöser Zahn kostet somit 400,00 DM. Selbst wenn man berücksichtigt, daß es sich bei diesen Werten um grobe Schätzungen handelt, so wird doch deutlich, daß die Basisprophylaxe mit regelmäßigen Fluoridapplikationen gegenüber der Intensivprophylaxe das wesentlich effizientere Instrumentarium ist. Erst wenn die Möglichkeiten der Basisprophylaxe bei einer Gruppe erschöpft sind, sollte deshalb die Intensivprophylaxe eingesetzt werden.

### **Effektivität der Gruppenprophylaxe**

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, daß Gruppenprophylaxe sowohl sehr effektiv als auch effizient sein kann. Die obige Bewertung der Gruppenprophylaxe in Deutschland zeigt jedoch, daß sie im Augenblick nicht effektiv ist und daher auch nicht effizient sein kann.

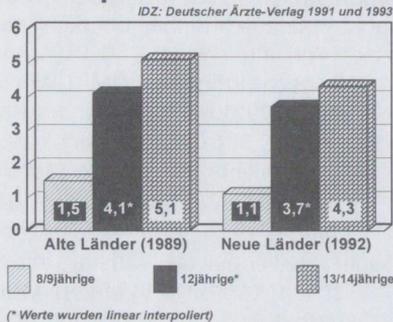
Andererseits hat sich nach den jüngst veröffentlichten Daten zur Kariesprävalenz in 5 alten Bundesländern die Zahngesundheit im Vergleich zu den letzten bundesweiten repräsentativen Erhebungen des Institutes der Deutschen Zahnärzte offenbar deutlich verbessert (Abb. 4 und 5) (4, 6, 7). Während die durchschnittlichen DMFT-Werte 1989 bzw. 1992 noch bei 4,1 (alte Länder) und 3,7 (neue Länder) lagen (aus den Daten von 8/9- und 13/14jährigen interpoliert), so bewegen sich die von 1994 bei etwa DMFT 2,5. Diese Tatsache, die schnell als „Aufstieg in der europäischen Kariesliga“ gefeiert wurde, ist zumindest durch gruppenprophylaktische Aktivitäten nicht erklärbar. Im Gegenteil: In den alten Bundesländern hat sich seit 1989 die Effektivität der Gruppenprophylaxe nicht verbessert. (In den neuen Bundesländern hat sie sogar eher abgenommen, weil Fluoridierungsmaßnahmen vielfach eingestellt wurden).

Im Bereich der Kollektivprophylaxe könnte die zunehmende Verbreitung fluoridhaltigen Speisesalzes zum Teil für den Kariesrückgang verantwortlich zeichnen. Angesichts der Tatsache, daß dessen Marktanteil immer noch unter 20% liegt und nur das Packungssalz, das etwa 30% der täglichen Salzaufnahme deckt, fluoridiert ist, dürfte der Effekt zur Zeit jedoch noch recht gering sein. Fluoridhaltige Zahnpasten haben in den alten Ländern in den letzten Jahren sicherlich nicht mehr zu einem nennenswerten Rückgang der Karies geführt, weil bereits 1985 ihr Marktanteil bei 90% lag (WHO) und in den letzten Jahren auch der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch stabil geblieben ist (Herstellerauskunft).

Auch die Individualprophylaxe kann nicht als Erklärung für einen Kariesrückgang dienen. Die ohnehin in ihrer

Veränderte Ernährungsgewohnheiten und bessere häusliche Mundhygiene können ebenfalls nicht zu einer besseren Mundgesundheit geführt haben: Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an Zucker steigt trotz seiner allgemein bekannten zahn-schädigenden Wirkung weiter an (20). Der Absatz von Zahnbürsten und Zahnseide als Indikator für die Mundhygiene der Bevölkerung ist recht stabil und zeigt bei den Zahnbürsten sogar einen leichten Abwärtstrend. 1993 lag der Pro-Kopf-Absatz an Zahnbürsten bei 1,32 Stück und 1994 bei 1,28 Stück. Der Absatz an Zahnseide erhöhte sich demgegenüber von 2,70 m pro Kopf im Jahre 1993 auf 3,00 m in 1994. Das sind allerdings immer noch nur 0,8 cm pro Tag (Marktbeobachtung Nielsen). Daß veränderte Mundhygiene- und Ernährungsgewohnheiten nicht zu einer nennenswerten Verbesserung der Zahngesundheit in den industrialisierten Ländern geführt haben, ist auch das Ergebnis einer Analyse von MARTHALER aus dem Jahre 1990 (13).

### Kariesprävalenz 1989/1992



### Kariesprävalenz 1994

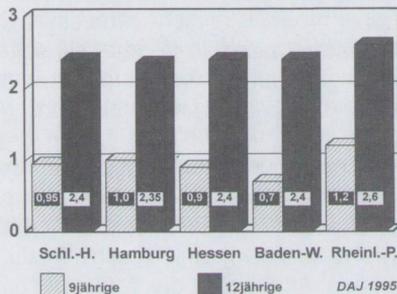


Abb. 4 und 5 Kariesprävalenz 1989/ 1992 (IDZ) und 1994 (DAJ)

Wirksamkeit fraglichen und nur in geringem Umfang genutzten IP-Positionen sind erst 1993 auf die bis 12jährigen erweitert worden und eine „echte“ Individualprophylaxe mit regelmäßigen professionellen Zahnreinigungen existiert nach eigenen Erkenntnissen nur in wenigen deutschen Praxen.-

Die bisherigen Ausführungen zeigen, daß es - auf die Gesamtbevölkerung bezogen - nur in sehr geringem Umfang Erklärungsmöglichkeiten für einen Kariesrückgang in Deutschland gibt. Auch in der DAJ-Studie können nur vage Vermutungen geäußert werden, weil eine Berücksichtigung kausaler Faktoren im Sinne der analytischen Epidemiologie unterblieb.

Als verbleibende Möglichkeit, die in der DAJ-Studie gegenüber den IDZ-Daten gefundenen Verbesserungen zu erklären, bleibt das unterschiedliche Design der beiden Untersuchungen. Der

wohl wichtigste Unterschied ist, daß die Untersuchungen der IDZ-Studien in Zahnarztpraxen, die der DAJ-Studie aber unter Feldbedingungen in Schulklassen stattfanden. Unter den Bedingungen einer Zahnarztpraxis (mit guter Untersuchungsposition, gutem Licht, Sauger, Luftbläser und der Möglichkeit des Trockenlegens) lassen sich kariöse Schäden naturgemäß weit besser erkennen als unter Feldbedingungen.

Ein besonderes Problem trat in Hamburg (eines der 5 ausgewerteten Bundesländer) auf. Dort bestanden die Behörden auf einer schriftlichen Einwilligung der Eltern für die Untersuchungen. Dies hatte zur Folge, daß die Stichprobenausschöpfung bei den 12jährigen mit 49,8% sehr niedrig war. Eigene Erfahrungen haben gezeigt, daß die Probanden, die aufgrund fehlender Zustimmung der Eltern nicht an Untersuchungen teilnehmen, vor allem diejenigen mit hohem Kariesbefall sind. Problematisch wird die Vergleichbarkeit der beiden Studien auch dadurch, daß in keiner von beiden das exakte Alter der untersuchten Probanden angegeben wird. Das Zahnalter zeigt aber von allen Einflußfaktoren den stärksten Zusammenhang mit dem Karieszuwachs. Die Liste der Fakten, die eine Vergleichbarkeit der IDZ-Studien mit der DAJ-Untersuchung in Frage stellen, ließe sich noch um einige Punkte verlängern. Insgesamt dürften die DAJ-Daten aufgrund der Untersuchungsbedingungen eher mit der Mehrzahl ausländischer Untersuchungen (z.B. aus dem Kanton Zürich) vergleichbar sein als die IDZ-Daten. Dies setzt aber eine Gleichaltrigkeit der untersuchten Probanden und eine ver-

gleichbare Kalibrierung der Untersucher voraus.

Es geht nicht um die Frage, welche Studie von beiden die „bessere“ ist, sondern einzig um die Feststellung, daß sie „anders“ sind und deshalb nicht verglichen werden dürfen. Fest stehen dürfte, daß die niedrigeren DMFT-Werte, die in der DAJ-Studie ermittelt wurden, am wenigsten auf einen tatsächlichen Gesundheitsgewinn, sondern vielmehr auf Unterschiede im Studiendesign und in der Stichprobe zurückzuführen sind. Deshalb ist der Schluß, daß die neuen Daten zeigen, daß unsere bisherigen Prophylaxebemühungen erfolgreich waren, falsch und könnte zu fatalen politischen Weichenstellungen führen. Etwa dazu, daß Gruppen- und Individualprophylaxe in unserem Gesundheitswesen nicht weiter ausgebaut werden müssen, weil wir ja auch so schon enorme Verbesserungen des Gesundheitszustandes unserer Kinder erreichen. Dies wäre die verheerende Konsequenz einer Fehlinterpretation der Studienergebnisse.

*Dr. Stefan Zimmer, Klopstockstr. 18  
14163 Berlin*

## Literatur

1. **Axelsson, P., Lindhe, J.:** Effect of oral hygiene instruction and professional toothcleaning on caries and gingivitis in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 9, 251-255 (1981).
2. **Bellini, H.T., Arneberg, P., von der Fehr, F.R.:** Oral hygiene and caries - A review. *Acta Odontol Scand* 39, 257-265 (1981).
3. **Born, C., Schmidt, H.F.M.:** Das Marburger Prophylaxemodell und seine Erweiterung auf den

gesamten Landkreis - Erfahrungsbericht nach 8 Jahren. Zahnärztl Ges Dienst 20, 12-15 (1990).

**4. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ):** Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1994. DAJ Bonn 1995.

**5. Dohnke-Hohmann, S.:** 6 Jahre nach Inkrafttreten des §21 SGB V - Eine Standortbestimmung. Zahnärztl Ges Dienst 25, 10-11 (1995).

**6. Dünninger, P., Pieper, K.:** Ergebnisse zur Prävalenz von Karies und Dentalfuriose. In: Micheelis, W., Bauch, J. (Hrsg.): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der BRD. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1991.

**7. Einwag, J.:** Ergebnisse zur Prävalenz von Karies und Dentalfuriose. In: Micheelis, W., Bauch, J. (Hrsg.): Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1993.

**8. Glockmann, E., Große, P.:** Kariesprävention bei Vorschulkindern mit Fluoridlack. Zahnärztl Mitt 82, 58-60 (1992).

**9. Klein, S.P., Bohannon, H.M., Bell, R.M., Disney, J.A., Foch, C.B., Graves, R.C.:** The cost and effectiveness of school-based preventive dental care. Amer J Publ Health 75, 382-391 (1985).

**10. Klimek, J., Schmidt, S., Schmidt, H.F.M., Jürgensen, R.:** Der kariesprophylaktische Effekt von Duraphat nach 6 Jahren in Abhängigkeit vom Kariesrisiko. Dtsch Zahnärztl Z 47, 761-763 (1992).

**11. Maiwald, H.J., Gottwald, E., Fischer, S.:** Langzeiteinsatz von Fluoridlack zur präventiven Betreuung im Rahmen der Grundbetreuung. Oralprophylaxe 11, 132-136 (1989).

**12. Maiwald, H.J., Unger, C., Zimmer, S.:** Bewertung der Effektivität angeleiteter Mundhygieneaktionen mittels verschiedener Indizes. Quintessenz 44, 701-712 (1993).

**13. Marthaler, T.M.:** Changes in the prevalence of dental caries: How much can be attributed to changes in diet? Caries Res 24 (suppl 1), 3-15 (1990).

**14. Marthaler, T.M.:** Schulzahnpflege im Kanton Zürich: Wandlungen als Folge des Kariesrückganges um 80 bis 85 Prozent. Oralprophylaxe 13, 115-122 (1991).

**15. Marthaler, T.M.:** Rückgang der Zahnschäden bei den Schülern im Kanton Zürich, 1963-1983-1991. DAZ-Forum 13, 286-287 (1994).

**16. Marthaler, T.M.:** Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in der Schweiz: Beobachtungen und Schlüsse für die Vorbeugung in Deutschland. DAZ-Forum 14, 211-215 (1995).

**17. Marthaler, T.M., König, K.G., Mühlemann, H.R.:** The effect of a fluoride gel used for supervised toothbrushing 15 or 30 times per year. Helv Odont Acta 14, 67-77 (1970).

**18. Schulte, A., Born, C., Stoll, R., Pieper, K.:** Die Auswirkungen eines Fluoridlack-Programms auf den Kariesbefall 12jähriger Schüler in Marburg. Dtsch Zahnärztl Z 48, 548-550 (1993).

**19. Weinstein, P., Milgrom, P., Melnick, S., Beach, B., Spadafora, A.:** How effective is oral hygiene instruction? Results after 6 and 24 weeks. J Publ Health Dent 49, 32-38 (1989).

**20. World Health Organization (WHO):** Country profiles on oral health in Europe 1991. WHO Copenhagen 1992.

**21. Zimmer, S.:** Kariesrisikodiagnostik im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Gesundh Wes 56, 530-533 (1994).

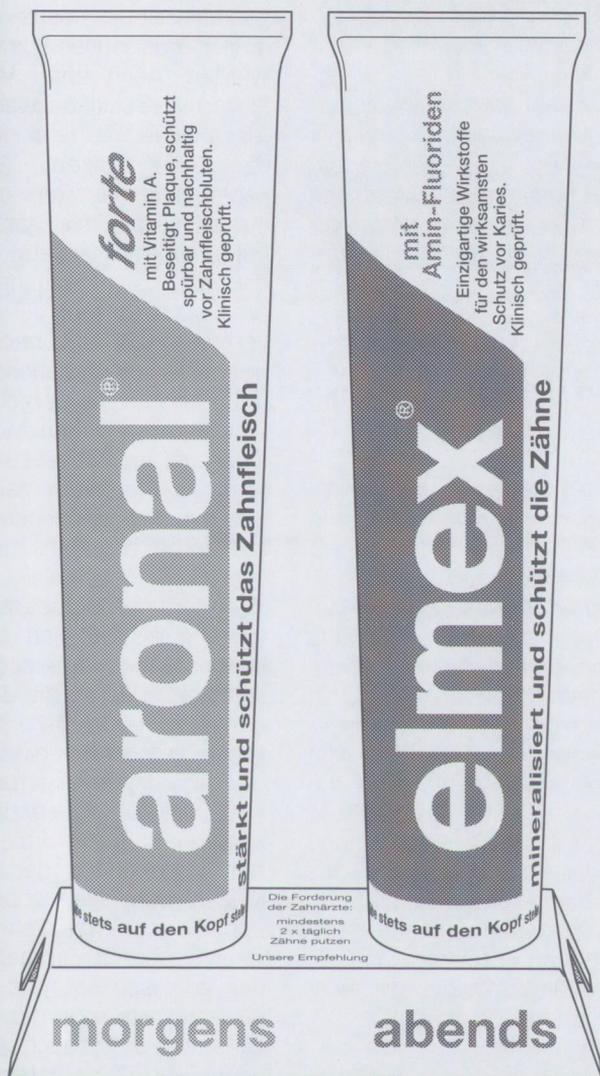
**22. Zimmer, S.:** Wo steht die Gruppenprophylaxe in Deutschland? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Oralprophylaxe (im Druck).

**Das Informationsblatt 'Liebe Eltern' für Eltern von Kleinkindern und Mütterberatungsstellen kann kostenlos angefordert werden bei der DAZ-Geschäftsstelle Belfortstr.9 50668 Köln Tel. 0221 973005, Fax 0221 7391239.**

# Der medizinische Schutz

für das Zahnfleisch

für die Zähne



## Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

## Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit am 20.9.95

*Die Auftaktveranstaltung zum diesjährigen Tag der Zahngesundheit fand am 20. September vor dem nur zu ca. einem Drittel besetzten Hörsaal der ZMK-Klinik in München statt. Während als Schwerpunktthema die 'Alterszahneilkunde' ausgesucht worden war, entpuppte sich als eigentlicher Schwerpunkt die Prophylaxe im Kindesalter, natürlich im unbestreitbaren Zusammenhang mit der Zahngesundheit im Alter.*

In seiner Begrüßungsansprache verwies Dr. Szabo von der Bundesvereinigung für Zahngesundheit e.V. in Bonn auf Studien des vergangenen Jahres, die einen deutlichen Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen belegten. Als Hauptursachen hierfür erwähnte er die verstärkte Gesundheitserziehung in Schulen und Kindergärten, den konsequenten Einsatz von Fluoriden, die Individualprophylaxe in den Praxen und eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. Sorgen bereite lediglich eine Gruppe von 30% Kinder und Jugendlicher aus sozial schwächeren Familien, auf die ca. 70 - 80% der gesamten Kariesfälle entfielen. Eine verstärkte Hinwendung auf diese Gruppe hielt er als Ziel der nächsten Jahre für dringend geboten.

Bundeszahnärztekammerpräsident Willmes verwies eingangs auf das verstärkt zu erwartende Behandlungsvolumen bei

älteren Menschen, die nicht nur einerseits dank verbesserter Vorsorge und intensiverer zahnerhaltender Maßnahmen immer mehr Zähne behielten, sondern andererseits auch vermehrt unter parodontalen Erkrankungen leiden würden. Auch unter Verweis auf die Zielgruppe sozial schwacher Kinder und Jugendlicher stellte er den Anwesenden das BZÄK-Konzept 'Prophylaxe ein Leben lang' vor, das eine individuelle Intensivprophylaxe gerade für diesen Patientenkreis anbietet. Er kritisierte in diesem Zusammenhang das Gruppenprophylaxekonzept der Krankenkassenverbände als unzureichend in Anbetracht der zu erreichenden Ziele, da es u.a. die bei niedergelassenen Zahnärzten vorhandenen Möglichkeiten der Individuaprophylaxe zu wenig berücksichtige. Skeptisch zeigte er sich in Bezug auf ausstehende Verhandlungen zur Erarbeitung eines Konsenspapiers.

Nachdem der Moderator der Veranstaltung als Mitglied der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit erklärte, die Zahnärzte hätten nunmehr die Prophylaxe zu ihrer 'Chefsache' gemacht, verwies Klaus Alte von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Kassel auf die jüngst verstärkten Bemühungen der GKV in Sachen Kinderprophylaxe, wobei das ständige Bemühen um die Zahngesundheit der Älteren ohnehin immer schon vorhanden gewesen sei. Das gruppenprophylaktische Konzept der Krankenkassenverbände sei jedoch in keiner Weise gegen die Zahnärzteschaft gerichtet. Vielmehr forderte er die Zahnärzte zu einer verstärkten Mitarbeit auch in die-

sem Rahmen auf und sagte eine 'angemessene' Honorierung dieser Bemühungen zu. Die Krankenkassen würden nun den Müttern neben den kinderärztlichen Untersuchungen auch zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen anbieten und die Kosten hierfür tragen. Alte schlug Dr. Willmes den Versuch einer Einigung vor und schloß versöhnlich, daß das Bemühen um die Gesundheitsvorsorge in enger Abstimmung zwischen allen Beteiligten geschehen müsse.

Dr. Wefers, Vorsitzender des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V. in Gießen, führte den Anwesenden die oftmals unzureichende Hinwendung des Behandlers zu den Mundhygieneproblemen älterer Menschen vor Augen. Aber nicht nur wegen anderer gesundheitlicher Probleme hätten ältere Menschen oft wenig Möglichkeiten für eine gezielte effektive Mundhygiene, sehr oft ist es auch schlichte Ahnungslosigkeit in Sachen Prophylaxe oder mangelnde Fähigkeit zur Änderung jahrzehntelang eingefahrener Gewohnheiten. Da aber auch bei alten Menschen eine Prophylaxe Sinn macht, müßte mehr Zeit darauf verwandt werden, diesem Patientenkreis die Nützlichkeit effektiver Mundhygienemaßnahmen näher zu bringen. Tatsächlich sind Techniken aus der Jugendprophylaxe auch für alte Menschen anwendbar.

Für den Praktiker nichts wirklich Neues enthielt der Vortrag des Gastgebers Prof. Hickel von der Abteilung Zahnerhaltung der ZMK-Klinik München. Die Beschreibung diverser konservierender Methoden richtete sich wohl eher an das überwiegend abwesende Laienpublikum.

Einen Einblick in die beispielhafte zielgerichtete ambulante Behandlung älterer Menschen an der Abteilung für Prothetik und Alterszahnheilkunde der Charite in Berlin vermittelte Dr. Ina Nitschke. Sie schilderte die dort zahlreich behandelten und sonst schwer zu betreuenden älteren Patienten als durchaus dankbare Zielgruppe zahnärztlicher Bemühungen und regte zur Nachahmung in weiteren Kliniken und Praxen an.

*Dr. Eberhard Riedel  
München*

#### **Wrigley Prophylaxe Preis 1995/1996** Einsendeschluß 31. Dezember 1996

Der Wrigley Prophylaxe Preis wird erneut für den Zeitraum 95/96 ausgeschrieben. Ab sofort wird der Preis jährlich verliehen. DM8.000,- winken dem/den Gewinner/n. Wrigley Dental Programs, das Forschungs- und Informationsprogramm zur Kariesprophylaxe der Wrigley GmbH in München, stiftet den Preis.

Zielsetzung ist es, die Forschung und Umsetzung von Prophylaxemaßnahmen in der zahnärztlichen Praxis zu unterstützen. Bewerben können sich deutschsprachige Arbeiten (Umfang: nicht mehr als 20 A4-Seiten) aus Theorie und Praxis der präventiven Zahnmedizin (auch Doktorarbeiten können eingereicht werden!).

Teilnahmebedingungen bei: IMK, Institut für medizinische Kommunikation, Rosenkavalierplatz 8, 81925 München, Tel. 089 918042, Fax. 089 918046. An diese Adresse sind auch die Arbeiten einzureichen.

# Eine Institution im Ruhestand

## Prof. Marthaler emeritiert

Wenn es stimmt, worauf immer mehr Studienergebnisse hinweisen, daß Fluoride die einzige wirklich wirksame Maßnahme zur Verhütung von Karieschäden sind, dann können *seine* Verdienste um die Zahngesundheit -nicht nur der Schweizer- gar nicht hoch genug eingeschätzt werden: Thomas M. Marthaler, Dr.med.dent. und a.o. Professor für orale Epidemiologie und Biostatistik am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

40 Jahre lang hat er sich mit wissenschaftlichen Grundlagenforschungen über die kariostatische Wirkung von Fluorid befaßt und die Erkenntnisse daraus konsequent und „unnachgiebig“ im öffentlichen Gesundheitswesen umgesetzt:

Zuerst und am stetigsten in seinem Kanton Zürich, dann in der Gesamtschweiz, wo- mit der Trinkwasserfluoridierung in Basel, F-Gelee-Einbürstungen in der Schule, und der Fluoridierung des Speisesalzes- hervorragende Erfolge erzielt werden konnten.

90% Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen innerhalb von 30 Jahren! Diese weltweit einzigartige Bilanz kann getrost mit dem Namen Marthaler assoziiert werden. Sie hat der Schweiz und ihm selbst internationales Renomme' verschafft, vor allem aber Arbeit- in den Gremien der Weltgesundheitsorganisa-

tion und als Berater vieler Länder Europas, Mittel- und Lateinamerikas und des Ostblocks.

Der DAZ schuldet ihm Dank und Anerkennung, weil er unserer Initiative zur Einführung von fluoridiert-jodiertem Kochsalz in Deutschland mit einem überzeugenden Gutachten zum Erfolg verholfen und als Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Informationsstelle für Kariesprophylaxe wichtige Arbeit geleistet hat.

Am 16. Juni hat der „Prophylaxepapst“ seine Abschiedsvorlesung in Zürich gehalten. Sicher gibt es niemanden, der ihm nicht von Herzen den verdienten Ruhestand gönnt. Wer ihn kennt, weiß aber, daß er noch eine zeitlang dieses und jenes zu ordnen haben wird, um alles zu einem noch besseren Ende zu bringen.

Insofern werden auch wir uns trauen, noch ab und zu unter der gewohnten Telefonnummer einen guten Rat abzuholen, und uns erst recht darüber freuen, ihn als Kollegen und Freund bei uns zu haben.

*Hanns-W. Hey  
München*

# Gute Chancen für gesündere Zähne

## Pressekonferenz der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

*Anlässlich des Tags der Zahngesundheit 1995 veranstaltete die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ in Dresden eine Pressekonferenz, deren Referate wir nachfolgend in Kurzfassung wiedergeben.*

### Zahngesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

*Prof. Dr. K. Pieper Universität Marburg  
FB Kinderzahnheilkunde*

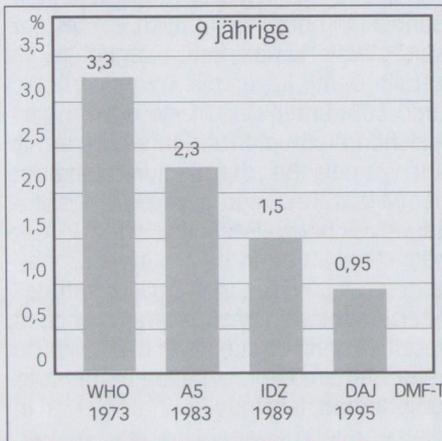
Im Jahre 1994 wurde im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. ( DAJ ) eine wissenschaftliche Studie zur Zahngesundheit deutscher Schulkinder durchgeführt. Die Studie stand unter der fachlichen Leitung von Prof. Dr. K. Pieper von der Universität Marburg. Beteiligt waren die Bundesländer Schleswig - Holstein, Hamburg, Hessen, Baden-Württemberg und Rheinland - Pfalz, in denen nach einem identischen Schema ein repräsentativer Querschnitt 6 - 7 jähriger, 9 jähriger und 12 jähriger Kinder zahnmedizinisch untersucht wurde.

Alle Befunde wurden mit einem standardisierten EDV-System, dessen Entwicklung vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert worden war, erfaßt und ausgewertet. Damit liegt erstmals ein überregionaler Überblick zur Kariesverteilung in Deutschland vor.

Die Untersuchungen sollen in den nächsten Jahren in allen Bundesländern durchgeführt werden, sodaß für das Jahr 1997 ein bundesweiter Überblick erwartet werden kann. Die Untersuchungsergebnisse sind insgesamt sehr erfreulich. Bei den 6 - 7 jährigen waren je nach Bundesland durchschnittlich 2,4 bis 2, 8 Milchzähne kariös bzw. wegen Karies gefüllt. Damit liegen die Karieswerte um rund 50% unter den Werten, die in vergleichbaren Studien vor 10 Jahren ermittelt wurden. Bei den Sanierungsgraden der Milchzähne sind aber noch Defizite zu verzeichnen. Deshalb sollten in den nächsten Jahren in der Gruppenprophylaxe zusätzlich zur Primärprävention Anstrengungen unternommen werden, speziell Vorschulkinder und Grundschüler verstärkt an die zahnärztlich Behandlung heranzuführen.

Auch bei den 9 jährigen waren niedrige Prävalenzwerte zu verzeichnen: Die durchschnittlichen Zahlen kariöser, wegen Karies gefüllter oder fehlender bleibender Zähne ( DMF-T-Werte ) lagen je nach Bundesland zwischen 0,7 und 1,2. Somit waren die Karieswerte in dieser Altersgruppe um ca. 70% niedriger als vor 20 Jahren. Auch die Prävalenzwerte bei den 12 jährigen lagen niedriger als in früheren Jahren und in allen Bundesländern dicht beisammen (DMF-T-Werte zwischen 2,35 und 2,6). Auffällig war speziell in dieser Altersgruppe, daß

eine kleine Gruppe von Kindern relativ stark zerstörte Gebisse hatte, während die Mehrheit kariesfrei war oder nur wenige Defekte bzw. Füllungen aufwies. Diese 'Polarisierung des Kariesbefalls' wurde auch durch eine Auswertung abhängig vom Schultyp verdeutlicht: In Baden-Württemberg beispielsweise lagen die mittleren DMF-T-Werte zwischen 1,7 (Gymnasium) und 2,9 (Hauptschule). Der Gruppe der 'Kariesrisikokinder' sollten in nächster Zeit verstärkte Anstrengungen gewidmet werden.



DMF-T-Studie an 9-jährigen von 1973 - 1995

Die Ergebnisse der zahnmedizinischen Kontrolle von 1994 zeigen, daß die Prävalenzwerte bei den untersuchten Kindern erfreulich niedrig lagen. Damit wird dokumentiert, daß die jahrzehntelangen präventiven Bemühungen mittlerweile auch in der Bundesrepublik Deutschland Früchte getragen haben. Die positive Entwicklung ist vermutlich auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Auf eine verbesserte Gesundheitserziehung im Rahmen der Gruppen-

prophylaxe, auf systemische Fluoridierungsmaßnahmen, auf den verstärkten Gebrauch von Mitteln zur Lokalfluoridierung (Fluorid-Zahnpasten, Fluorid-Gelees etc.) sowie auf Maßnahmen der Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigungen, Lokalfluoridierungen mit Lacken etc.) in den Zahnarztpraxen.

### Kariesbefall bei Kindern in Sachsen

*MR Dr. Helga Reichelt, Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gesundheitsamt Freital.*

Im Freistaat Sachsen werden in Kindergärten und Schulen alle Kinder von 3 - 16 Jahren 1 x jährlich durch die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Jugendzahnkliniken oder beauftragte niedergelassene Zahnärzte untersucht. Über das Ergebnis erhalten die Eltern eine schriftliche Mitteilung, verbunden mit Empfehlungen für die Gesunderhaltung der Zähne. Die Behandlung erfolgt beim Zahnarzt nach freier Wahl. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse vom Schuljahr 1993/94 zeigt vor allem im jüngeren Altersbereich, d.h. im Kindergartenalter, einen hohen Kariesbefall mit Vernachlässigung der Sanierung dieser Defekte. So waren von allen untersuchten Kindern im Alter von 3 - 6 Jahren 53,5 % primär gesund, 32,2 % behandlungsbedürftig und nur 14,3 % saniert. Die Behandlungsbedürftigkeit ist auch bei den Kindern der Grundschulen mit durchschnittlich 36 % noch hoch, allerdings steigt hier der Sanierungsgrad kontinuierlich an. Bereits ab der dritten Klasse waren

mehr Kinder saniert als behandlungsbedürftig. Dieser Trend setzt sich fort. In der zehnten Klasse waren über 60 % saniert gegenüber etwa 25 %, die behandlungsbedürftig waren.

Nach unserer Einschätzung sind die größten Lücken in der zahnärztlichen Versorgung im Alter von 3 - 6 Jahren zu finden, da hier ein hoher Kariesbefall einem sehr geringen Sanierungsgrad gegenübersteht. In zunehmendem Maße finden wir Kinder, die nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) nicht nur ein erhöhtes Kariesrisiko aufweisen, sondern die bis zu 10, ja sogar bis 20 zerstörte Milchzähne haben. Solche extremen Schäden sind eindeutig auf Ernährungsfehler zurückzuführen, besonders auf das Dauernuckeln an Flaschen mit gesüßten Getränken wie Tee oder Fruchtsaft. So fanden wir 1994/95 bei Untersuchungen in Kindergärten allein in unserem Landkreis 246 Kinder mit solch ausgedehnten Zerstörungen.

Uns erscheint es daher wichtig, präventive Maßnahmen so früh wie möglich einzusetzen. Gruppenprophylaktische Maßnahmen in Kindergärten haben auch den Vorteil, daß wir gerade solche Kinder erreichen, die individuell sonst nicht für uns erreichbar wären, da von Seiten der Eltern mangelndes Interesse oder mangelnde Kenntnisse vorliegen. Die Zustimmung der Eltern und wenn möglich ihre weitgehende Einbeziehung in alle Maßnahmen ist unbedingt erforderlich.

## **Speisesalzfluoridierung in Dresdner Kindergärten**

*Dr. Helga Kinze, Jugendzahnklinik  
Dresden*

Der amerikanische Zahnarzt Dean beobachtete in den 30er Jahren, daß die Bevölkerung in Regionen mit einem natürlichen erhöhten Fluoridgehalt im Trinkwasser weniger kariöse Zähne hatte, als in anderen Regionen. Die daraufhin in den 40er Jahren begonnene künstliche Trinkwasserfluoridierung in den USA hatte einen Rückgang der Karies auf etwa die Hälfte zur Folge.

Die karieshemmende Wirkung von Fluoriden sowohl bei innerlicher als auch bei äußerlicher Anwendung ist heute von Fachleuten allgemein anerkannt.

In den 70er Jahren war der Kariesbefall bei Dresdner Kindern und Jugendlichen erschreckend hoch. Deshalb wurde 1978 in Dresden eine systematische Kariesprophylaxe mit Fluoridtabletten in allen Kinderkrippen, Kindergärten und Grundschulen aufgebaut. In den Folgejahren kam es zu einem deutlichen Kariesrückgang bei Vorschulkindern und Schulkindern.

Die Neuordnung des zahnärztlichen Versorgungssystems nach 1990 brachte einen Einbruch in der Tablettenfluoridierung. Seitdem ist ein Wiederanstieg der Karies bei Dresdner Kindern zu beobachten, der sicher auch veränderte Ernährungsgewohnheiten zur Ursache hat. Wenn die kariesepidemiologische Situation in Dresden auch vergleichs-

weise noch sehr gut ist, so ist die Entwicklung in den letzten 5 Jahren doch ein Anlaß zur Besorgnis und erfordert effiziente Gegenmaßnahmen. Dabei bietet sich das fluoridierte Speisesalz an.

Langjährige positive Erfahrungen mit der Speisesalzfluoridierung liegen vor allem seit 1963 aus der Schweiz und seit 1986 aus Frankreich vor. Auch dort ergeben Kontrolluntersuchungen einen Kariesrückgang um ca. 50 %.

In Deutschland ist die Fluoridierung des Speisesalzes seit 1991 möglich geworden. Fluoridiertes Jodsalz ist in allen Lebensmittelgeschäften erhältlich. Damit haben wir eine für Deutschland neue, einfache, wirksame und kostensparende Möglichkeit der Kariesvorbeugung, die wir auch für unsere Kinder nutzen wollen.

In der Mehrzahl der Dresdner Kindergärten wird das tägliche Mittagessen in eigener Küche zubereitet. Damit ist es möglich, fluoridiertes und jodiertes Speisesalz für die Speisenzubereitung zu verwenden. Voraussetzung ist das schriftliche Einverständnis aller Eltern und die Bereitschaft der Erzieherinnen. Außerdem müssen die Eltern informiert und motiviert werden, das fluoridierte Jodsalz auch im eigenen Haushalt zu nutzen.

Unter diesen Bedingungen kann die Speisesalzfluoridierung als Alternative für die Tablettenfluoridierung angesehen werden. Insgesamt soll damit erreicht werden, daß wieder ein hoher Prozentsatz Dresdner Vorschulkinder

	Forderung der WHO für 2000	Dresden 1985	Dresden 1989	Dresden 1994
<b>12-jährige</b> durchschnittl. Summe der kariösen, fehlenden u. gefüllten Zähne	3,0	3,4	2,4	2,7
<b>6-jährige</b> naturgesunde Gebisse	50%	43,5%	58%	54%

eine regelmäßige systematische Fluoridversorgung erhält und die Zahl der kariesfreien Kinder wieder steigt. In dieses Programm der kommunalen Jugendzahnklinik Dresden sind bisher ca. 1.000 Kindergartenkinder einbezogen.

### Wissenschaftliche Kontrolle und Effizienz der Speisesalzfluoridierung

*Professor Dr. Gisela Hetzer, Medizinische Fakultät der TU, Dresden*

Seit 1991 wird in Deutschland fluoridiertes Speisesalz (fluoridiertes Jodsalz) zur Karies und Kropfprophylaxe angeboten.

Die Einführung dieses Produktes wurde von wissenschaftlichen Untersuchungen begleitet, um sowohl die Akzeptanz in der Bevölkerung als auch die Effizienz dieser Prophylaxe-Methode zu prüfen. Entsprechende Erfahrungen lagen bis dahin nur aus dem Ausland vor (Schweiz, Frankreich).

Die Speisesalzfluoridierung ist eine Vorsorgemaßnahme, die auf dem Freiwilligkeitsprinzip beruht. Deshalb muß die Bevölkerung umfassend und sachgerecht informiert und vom Nutzen dieser Maßnahme überzeugt sein.

Nach einer 1993 in Dresden bei 800 Personen durchgeführten Umfrage lag der Bekanntheitsgrad des fluoridierten Speisesalzes bereits damals bei erstaunlich hohen 48%. Das seit vielen Jahren eingeführte Jodsalz kannten 90% der Befragten. 19% der Haushalte verwendeten das fluoridierte und jodierte Salz, 67% benutzten Jodsalz, 12% ein Salz ohne Zusätze und 2% konfektionierte salzhaltige Streuwürzen.

Bei der Frage nach der Wahl zwischen Fluoridtabletten oder fluoridiertem Speisesalz zur Kariesprophylaxe entschieden sich 75% der Befragten für das Speisesalz, 15% für Tabletten als Fluoridträger. Die Entscheidung für das Speisesalz wurde mit der einfacheren Handhabung begründet.

Bei jüngeren Kindern ist wegen des geringen Salzverzehrs nur eine suboptimale Fluoridversorgung zu erwarten. In einschlägigen Studien wurde diese Frage überprüft.

Das Niveau der Fluoridversorgung läßt sich anhand der Fluoridausscheidung im Urin bestimmen. Bei 3- bis 6jährigen Dresdner Kindergartenkindern wurde dazu über mehrere Monate hinweg die Fluoridausscheidung im Urin gemessen. Kinder dieses Alters scheiden etwa 40 % des insgesamt aufgenommenen Fluorids im Urin aus. Der größere Anteil wird im Hartgewebe eingelagert und hat so ausschlaggebende Bedeutung für Härte und chemische Widerstandsfähigkeit von Knochen und Zähnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt für 3- bis 6jährige eine

tägliche Gesamffluoridaufnahme von 1,0-2,5 mg. Die Untersuchungsergebnisse zeigen:

- Kinder, die fluoridiertes Jodsalz nur zu Hause verzehren (Wochenende und häusliches Abendbrot) scheiden in 24 Stunden etwa 0,25 mg Fluorid aus.
- Bei Kindern, die fluoridiertes Jodsalz zu Hause und über die Gemeinschafts-  
verpflegung im Kindergarten aufnehmen, ist die in 24 Stunden ausgeschiedene Fluoridmenge mit 0,5 mg doppelt so hoch. Die Fluoridversorgung liegt dann innerhalb des empfohlenen optimalen Bereiches.

Folglich kann die Salzfluoridierung trotz des geringen Salzverzehrs der Vorschulkinder eine Alternative zur Tablettenfluoridierung sein, vorausgesetzt, daß das fluoridierte Salz sowohl zu Hause als auch bei der Zubereitung der Gemeinschaftsverpflegung im Kindergarten verwendet wird.

Aber auch dann, wenn das fluoridierte Salz nur im Haushalt eingesetzt wird, verbindet sich damit ein Nutzen für die Zahngesundheit. Jede Mahlzeit, die mit diesem Salz zubereitet wird, erhöht die Fluoridkonzentration in der Mundhöhle und fördert die Wiederverkalkung, die "Reparatur" beginnender Kariesschäden.

Für Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr bleibt die Empfehlung zur kombinierten Karies- und Rachitisprophylaxe über Fluorid-/Vitamin D-Tabletten bestehen, weil in diesem Alter praktisch kein Salz zur Speisenzubereitung benutzt wird.

## Fluoridierung - die wirksamste Maßnahme

*Dr. Hanns- W. Hey, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde*

Selbstverständlich gilt auch für den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde - genauso wie für alle anderen zahnärztlichen Institutionen - das oberste Prinzip zahnmedizinischer Vorbeugung: Zahnschäden -und in gewissem Grad auch Zahnbetterkrankungen - lassen sich wirksam verhindern nur durch

- **Verzicht auf zuckerhaltige Speisen und Getränke**
- **gründliche Zahnpflege regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen und Fluoridierungsmaßnahmen.**

Wir wissen aber genauso selbstverständlich, daß diesen radikalen Forderungen die tägliche Realität entgegensteht:

Kaum jemand, vor allem Kinder, lassen sich vollständig von Süßigkeiten, Honig, Kuchen und besonders von Süßgetränken fernhalten ( Sie kennen das Problem der vollen Regale in den Supermärkten mit den sogenannten Zwischenmahlzeiten und Energiespendern, das Problem der lieben Großeltern, der guten Tanten und Onkel, der süßen Nuckelfläschchen etc. etc.

Ähnliches gilt für die Mundhygiene: Diejenigen, die die 100%ige Plaqueentfernung durchzuführen und durchzuhalten in der Lage sind, kann man mit der Lupe suchen. Der normale tägliche Kontakt mit der Zahnbürste dürfte sich

im Durchschnitt auf 1-2 Minuten beschränken, ganz zu schweigen von Anwendungen mit Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürstchen.

Auch wenn viele Zahnärzte von ihren Patienten Anderes und Besseres berichten - das Problem ist ja, daß es sich bei Leuten, die in einer Zahnarztpraxis regelmäßig betreut werden, ohnehin bereits um eine Auswahl, eine Minderheit handelt, die nicht dem Durchschnittsbürger entspricht - und daß vor allem nur ein Teil der Kinder von den Eltern zum Zahnarzt gebracht wird, um entstandene Schäden wirklich frühzeitig genug feststellen und reparieren zu lassen. Aus diesen Realitäten ergeben sich für uns zwei Konsequenzen:

Man darf sich nicht zu stark auf die Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen verlassen, weil man damit nur einen Teil der Bevölkerung erreicht - sondern man muß sich darum bemühen, eine flächendeckende Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen aufzubauen, um möglichst *alle* Kinder und Jugendlichen zu betreuen. Nur auf dieser Basis sind dann die individuellen Bemühungen in der Zahnarztpraxis die sinnvolle und notwendige Fortführung, Erweiterung und Intensivierung.

Und die zweite Konsequenz, die sich aus den täglichen Erfahrungen mit dem massenhaften Süßigkeitenkonsum und der unzureichenden Zahnpflege ergibt, heißt Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Denn deutliche Erfolge bei der Eindämmung der Karies sind nur und vor allem von den Fluoriden zu erwarten.

Diese Einschätzung wird durch die dreißigjährigen Erfahrungen in der Schweiz bestätigt, wo man den Rückgang der Kariesschäden bei Kindern und Jugendlichen um 90 % auf die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten, vor allem aber auf die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz, mit dem zum Teil auch das Brot gebacken wird, zurückführt.

Der entscheidende Punkt bei der Kariesvorbeugung mit Fluoriden ist die regelmäßige Anwendung, und, besonders bei Kindern, die richtige Dosierung. Wir haben deshalb zwei **neue Informationsschriften** erarbeitet, die wir Ihnen hier vorstellen möchten. Die eine ist für Laien, für den Verbraucher bestimmt und gibt deshalb neben leicht verständlichen Basisinformationen Tips für die richtige Dosierung der verschiedenen Fluoridierungsmittel wie Tabletten, Gelees, Lacke, Spüllösungen und fluoridiert-jodiertes Speisesalz.

Die andere Schrift 'Fakten und Argumente' enthält ausführlichere, wissenschaftlich begründete Informationen für Ärzte, Zahnärzte, Prophylaxeassistentinnen und interessierte Nichtfachleute.

Aus beiden Broschüren geht die klare Botschaft hervor, daß Kariesschäden deutlich und dauerhaft vor allem durch die Anwendung von Fluoriden zu verhindern sind, und daß hierbei dem Einsatz von fluoridiert-jodiertem Speisesalz eine Hauptrolle zukommt,

- weil damit gleichzeitig Kariesschäden und jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen verhindert werden können,

- weil dies eine freiwillige Maßnahme ist, von der die ganze Familie Nutzen hat,
- weil es die einfachste Prophylaxe ist und - wegen der mühelosen Regelmäßigkeit - auch eine sehr sichere Methode und
- weil diese Maßnahme nicht nur der Gesundheit des einzelnen zugute kommt, sondern Volkswirtschaft und Krankenkassen Kosten sparen hilft.

Aus diesen Gründen werden wir uns in Zukunft dafür einsetzen, daß dieses Salz auch in der Gemeinschaftsverpflegung eingesetzt wird und schließlich auch zum Backen von Brot Verwendung findet.

*Wer Interesse an den neuen Informationsschriften über Fluoride hat, kann diese kostenlos anfordern bei der*

#### **Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ**

Postfach 1352 64503 Groß-Gerau

Telefon 06152/ 81466

Telefax 06152/ 81788

---

#### **Pflegewissenschaft in Herdecke**

Ab dem Sommersemester '96 gibt es auch an der Universität Witten/Herdecke die Möglichkeit, Pflegewissenschaft zu studieren. Das Studium dauert neun Semester und wird mit einer Diplom-Prüfung abgeschlossen. Bewerbungsschluß für das Sommersem. '96 ist der 15.11.'95. Die Unterlagen können bei der Universität Witten/Herdecke, Fakultät Medizin, Pflegewissenschaft, Alfred Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten angefordert werden. Quelle: Dr. med. Mabuse

---

---

DAZ- Presseerklärung

## **GKV-Konzept zur Gruppenprophylaxe nicht verteufeln!**

Die gruppenprophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfolgte bisher durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAGZ), in denen Zahnärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenkassen zusammenarbeiten sollen. Diese Arbeitsgemeinschaften waren jedoch nicht selten Schauplätze sachfremder Animositäten aller Beteiligten, so daß eine flächendeckende und effektive Gruppenprophylaxe nicht umgesetzt werden konnte. Regionale Erfolge können über die defizitären Ergebnisse insgesamt nicht hinwegtäuschen.

Die nun überaus heftige Reaktion zahnärztlicher Mandatsträger auf das kürzlich vorgelegte Konzept der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Durchführung der Gruppenprophylaxe gemäß §21 Abs 1 SGB V lenkt von diesen Defiziten ab und spiegelt wohl eher verletzte Eitelkeit und den Zorn über schwindende Zuständigkeiten in der zahnmedizinischen Versorgung wider.

Nach Ansicht des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Vichowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, sind ständiges Kompetenzgerangel und gegenseitige Verdächtigungen nur schädlich bei der Konkretisierung dieser wichtigen gesundheitspolitischen Aufgabe. Ob es der GKV mit ihrem Konzept gelingt, die Gruppenprophylaxe effektiver durchzuführen, bleibt abzuwarten. Die Initiative jedenfalls ist als fachlich stimmig zu bewerten.

Insbesondere begrüßt es der DAZ, daß es sich um ein integratives Konzept handelt, das grundsätzlich für alle zahnmedizinischen Berufsgruppen offen ist und erstmalig eine flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung ermöglichen würde. Der DAZ begrüßt es weiterhin, daß sich die Krankenkassen eindeutig zu ihrer Pflicht zur Finanzierung der Gruppenprophylaxe bekennen und konkrete Vorschläge zu ihrer Realisierung gemacht haben. Die in dem GKV-Konzept geforderte Bindung der Finanzierung an vorher definierte lokal erhobene Zielvorgaben wird als wichtiges Element zur Erlangung von Effektivität und Effizienz angesehen. Der zwingend geforderte konsekutive modulare Aufbau in der Reihenfolge: Erst flächendeckende Basisprophylaxe, dann zugehende Intensivprophylaxe setzt die zahnmedizinische Forderung "Basisprophylaxe vor Intensivprophylaxe" konsequent um.

Die öffentliche Hand darf aus ihrer Pflicht zur schulzahnärztlichen Gesundheitsvorsorge nicht entlassen werden. Schulzahnärztliche Reihenuntersuchungen sind die Grundlage für die Ermittlung des Prophylaxe-Bedarfs sowie für die Definition der Prophylaxe-Ziele und erlauben retrospektiv eine Bewertung, ob diese Ziele erreicht worden sind.

Der DAZ erwartet nun eine zügige und konsequente Umsetzung der Gruppenprophylaxe. Die Zahnärzteschaft ihrerseits sollte diese Anstrengungen der Krankenkassen zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen durchaus kritisch, aber konstruktiv unterstützen und nicht durch Konfrontation und ideologische Verdächtigungen behindern.

c.n.

# 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.*

## Es muß nicht immer Singapur sein...

### **Auch aus nächster Nachbarschaft werden exotische Abrechnungs- akrobatiken angeboten.**

Die Zeitschrift **Capital** brachte in Heft 10/95 einen "Zahnreport: Was Kassen zahlen, wie Sie mit den Ärzten verhandeln, wie Sie mehr erstattet bekommen". Dieser Report enthüllt viele brauchbare Informationen über Versicherungsschutz und Behandlungskosten, insbesondere über Zahnersatz für Privat- und Kassenpatienten. Neben versicherungstechnischen Ratschlägen wird auch die Minderungsmöglichkeit der Laborkosten durch Import-ZE angeschnitten (siehe auch daz-forum 48, Seite 53), doch dieses nun um eine Variante angereichert, die neben den Krankenkassen eigentlich die SOKO-DENT (Sonderkommission Dental der Kriminalpolizei) interessieren müßte. Der Verein **Verbraucher Selbsthilfe Vereinigung (VSV) e.V.**, Ahrensburg bei Hamburg bietet laut **Capital** nach einem einmaligen Betreuungs-Beitrag von 50 bis 250 DM eine Rückerstattung der ZE-Technikkosten von 30 % an. (Bei einem Beitrag von DM 50 maximale Rückerstattung DM 500,-, bei einem Beitrag von DM 200.- unbegrenzt.), direkt auf das Konto des Patienten. Dieser seit drei Jahren bestehende Verein beauftragt laut **Capital** für seine 2500 Mitglieder preisgünstige Labors im ganzen Bundesgebiet (deren Namen auch bei Nachfragen nicht genannt werden!), die (bisher nur) von einem Dutzend Zahnärzten (in Hamburg, Kiel

und Berlin) versorgt werden. Zusätzlich werden die Patienten nach pflichtgemäßer Vorlage des Heil- und Kostenplanes noch vom Verein beraten. Ein Telefongespräch, ein Kontaktbesuch und ein Informationsblatt brachte schnell weitergehende Informationen über einen bestehenden Graumarkt, der nicht in unserem gesundheitspolitischen Interesse sein kann. Der in einem Praxislabor beschäftigte Zahntechnikermeister Joachim Kröger (in **Capital** mit einem schönen Foto aus der Zahnarztpraxis vorgestellt) hat den VSVe.V. gegründet, der seine Mitglieder oder vertraglich gebundenen Betreuten versorgt, d.h. mit Rat und Tat zur Seite steht. Wirtschaftsträgergesellschaft dieses Vereines ist die VSV GmbH, über die der offizielle Geschäftsverkehr abläuft (Auftragsabwicklung, Laborrechnung). Der VSV e.V. vermittelt an die VSV GmbH die Aufträge und erhält nach Abwicklung 35 % Provision von der VSV GmbH. Von dieser Provision bekommt der Patient dann anschließend einen Anteil bis zu 30 % wieder "und dies auf legalem Wege" laut Vereinsschreiben. Und es wird noch mehr geboten: u.a.

- \* Kosmetische und technische Beratung bei der Auswahl ihres Zahnersatzes (z.B. laut Kröger: "bei diesen günstigen Preisen sollten Sie den 6er auch verblenden lassen").
- \* Unterstützung bei der Wahl eines guten Arztes (als Kriterium genügen Herrn Kröger die Abformungen).
- \* Sonderpreise bei Genossenschaften und Clubs (ist man dann vielleicht automatisch Mitglied im Bertelsmann Lesering oder dergl.? Ich vergaß, zu fragen).

- \* Einkaufsvorteile für Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes. (Gilt aber nach Kröger nicht für die Kfz-Versicherung, dafür müsse man Beamter sein).

*"Da der Zahnarzt kein eigenwirtschaftliches Interesse am ZE haben darf..."* (laut Info-Material), ja, was hat er denn dann davon? Kröger: *"wir können für Sie werben bzw. Sie bei Ihrer Werbung unterstützen"*. Natürlich ganz legal. Plakate im Wartezimmer, Visitenkarten, Wiederbestellzettel mit Werbung zur Weckung von ZE-Bedarf, zur positiven Änderung des Kaufsverhaltens (wie es uns auch wöchentlich in der DZW vorgemacht wird). Kröger: *"Wir haben dafür günstige Druckereien an der Hand"*.

Diese reine Verkaufsstrategie der Bedarfsschaffung dürfte doch nicht im Interesse der Krankenkassen sein - was haben denn die davon? Kröger: *"Wir handeln ganz im Interesse der Krankenkasse, denn die Rechnungen für unsere ZE-Leistungen sind 7% günstiger"*(?). Mit diesen 7% wird dann der gesamte Hintergrund der VSV e.V. & GmbH offenbar: Es handelt sich bei dieser Konstruktion vermutlich um eine "ABM-Maßnahme" von 3 (Hamburg, Kiel, Berlin?) unausgelasteten Praxislaboratorien, die im Trüben fischen wollen. Mit den "Betreuungsgebühren": 2500 x DM 50 - 250 haben sie ja schon einen reichen Fang gemacht. Petri Heil!

*Dr. Ulrich Happ  
Hamburg*

## Risiken und Nachteile palladiumfreier Legierungen

### Allgemeine Betrachtungen aus zahntechnischer Sicht

Die Entwicklung zahntechnischer Legierungen ist weitgehend davon bestimmt worden, preisgünstige Werkstoffe mit möglichst optimalen Eigenschaften herzustellen. Die Scheideanstalten sind bestrebt, den Forderungen der Zahnärzte und der Zahntechniker Rechnung zu tragen und Legierungen mit möglichst geringen Verarbeitungsproblemen, hoher Haltbarkeitsdauer und wirtschaftlicher Rentabilität anzubieten.

Die Verwendung einer Reihe von hochwertigen Legierungen der unterschiedlichsten Hersteller sind heute zahntechnischer Alltag, da sich diese Legierungen untereinander kaum noch unterscheiden. Ihre Zusammensetzung hat sich durch steigende Qualitätsforderungen der Anwender und der Endverbraucher nivelliert und entspricht derzeit höchsten technischen Erfordernissen. Sie sind das Ergebnis oft jahrzehntelanger Entwicklung. Werden nun auf Grund neuer technischer Erkenntnisse, durch steigende Allergieproblematik, durch zu hohe Kosten oder durch höhere kosmetische Ansprüche der Patienten Forderungen nach anderen Legierungen laut, geraten erst einmal wir Techniker in Schwierigkeiten

Erinnern wir uns: Nach den Richtlinien für kassenzahnärztliche prothetische

Versorgungen sollten seit dem 1. Juni 1986 im Regelfall Palladium(basis)legierungen oder edelmetallfreie Legierungen benutzt werden. Die Bezuschussung der Krankenkassen ist auf den Preis dieser Legierungen abgestimmt worden.

Mit Unbehagen erinnern wir uns unserer Verblendungen, die, welche Zahnfarbe auch immer der Zahnarzt angegeben hatte, mit "grün" zu bezeichnen war. Mit Schrecken denken wir an jene Zeit zurück, als wir nach Verwendung der ersten edelmetallfreien Legierungen Dutzende von Kronen und Brücken betrachten durften, bei denen man die Verblendungen mit dem Fingernagel abkratzen konnte. Wie staunten wir über die ersten NE-Brücken, die nach zwei Monaten im Mund bereits zu rosten anfangen, weil die Haftoxide für die Keramik durch erhebliches Beimengen von Eisen herbeigezaubert werden sollte.

Wie wohlthuend war das Gefühl, diverse zahntechnische Systeme, die einem nächtelang den Schlaf raubten, im Müll-eimer versenken zu können, nur um den Ärger endlich vom Tisch zu haben.

Die Dentalforschung hat heute kaum Möglichkeiten, Langzeiterfahrungen selbst zu sammeln - man gibt diesen "Schwarzen Peter" an das Labor weiter.

Das "Amalgamschreckgespenst" noch im Genick, werden von Zahnarzt und Patienten in zunehmendem Maße Forderungen laut, hochgoldhaltige, goldfarbene und vor allem palladiumfreie Legierungen zu verwenden. Innerhalb kürzester

Zeit bot nun eine Scheideanstalt nach der anderen solche Legierungen an, und wir Zahntechniker sind wieder einmal gefordert, sie zu verarbeiten, und mehr noch - ihre negativen Seiten auszubaden.

Macht man sich einmal Gedanken, was Palladium in einer Legierung bezweckt, dann kommt man schnell zu dem Ergebnis, daß der Verzicht auf dieses Metall eigentlich mehr Nachteile als Vorteile mit sich bringt. Die positiven Eigenschaften einer Legierung hängen nicht nur vom Goldgehalt ab, sondern werden wesentlich durch das Verhältnis der Zusatzmetalle mitbestimmt. Jede Aufbrennlegierung besitzt eine ausgeklügelte Zusammensetzung, um bestimmte Eigenschaften zu erreichen. Diese Eigenschaften verändern sich in drastischer Weise, wenn man bestimmte Legierungsbestandteile einfach wegläßt.

### **Die wichtigsten Eigenschaften des Bestandteiles Palladium:**

Palladium gehört zu den Platinmetallen und verleiht der Legierung die erforderliche Mundbeständigkeit. Es trägt doppelt soviel dazu bei wie die gleiche Gewichtsmenge Gold, weil eine Gewichtsmenge Pd fast doppelt soviele Atome enthält wie die gleiche Gewichtsmenge Gold.

Palladium gibt der Legierung die notwendige Feinkörnigkeit, die für den späteren Keramikverbund von mitentscheidender Bedeutung ist. Die Feinkörnigkeit senkt die Gefahr der Lunken- und Porenbildung, die in der Grenzschicht der Keramikmassen Blasen verursachen und somit den Zusammenhalt der beiden Kompo-

nenten Keramik und Metall und das Aussehen der Verblendschicht beeinträchtigen.

Palladium verbessert die mechanischen Eigenschaften wie Härte, Bruchelastizität und Festigkeit.

Das Metallgerüst, das mit keramischen Massen verblendet werden soll, darf beim Aufbrennen nicht schmelzen. Je näher die Brenntemperatur der Keramikmasse am Soliduspunkt der Legierung (der Punkt, an dem die Legierung zu schmelzen beginnt) liegt, desto mehr nimmt die Warmfestigkeit der Legierung in der Brennhitze ab. Bei größeren Brücken besteht dann die Gefahr, daß sich das Metallgerüst beim Brennen durchbiegt. Daher müssen Aufbrennlegierungen eine hohe Fließgrenze und ein hohes Elastizitätsmodul haben, damit sich ihre Form bei starker Beanspruchung auch im Mund nicht ändert. Palladium erhöht den Soliduspunkt der Legierung und trägt zum gefahrlosen Verarbeiten der Keramikmassen bei.

Keramische Massen werden bei Temperaturen über 600 Grad plastisch und haben in diesem Bereich einen höheren Wärmeausdehnungskoeffizienten (WAK) als die Metalllegierung. Beim Abkühlen nach dem Brennen "schrumpfen" sie bis zu einer Temperatur von 600 Grad auf das Metallgerüst auf. Dadurch entsteht ein Anpressdruck, der zu einer verbesserten Haftung führt. Aufbrennlegierung und Keramikmassen müssen im Temperaturbereich unter 600 Grad einen ähnlichen WAK-Wert haben, um die Spannung zwischen beiden Werkstoffen möglichst gering zu halten. Der Verbund der Keramikmassen mit dem Metallgerüst ist abhängig von den

Haftoxiden und der Benetzung der Mineralmassen auf dem Gerüst. Die richtigen Mengen der unterschiedlichsten Legierungsbestandteile sind entscheidend für die Qualität einer Legierung. Je weniger Legierungsbestandteile die Legierung enthält, desto weniger kann sie leisten. Ein absolut "reines" Metall, also nur Feingold, wäre als Gußgold für uns unbrauchbar.

Auch wir als metallurgische Laien müssen nicht allzu spitzfindig sein, um zu erkennen, daß wir bei Verarbeitung einer Pd-freien Legierung mit nur unzureichend kompensierbaren Nachteilen konfrontiert werden, deren Spätfolgen zum heutigen Zeitpunkt ebenso ungewiß erscheinen wie seinerzeit die Verwendung quecksilberhaltiger Füllungsmaterialien.

#### **Verarbeitungstechnisch bedeutet das:**

Der Soliduspunkt einer Pd-freien Legierung liegt im Durchschnitt bei 1060 Grad, der Oxidbrand der Legierung bereits bei 960-1000 Grad. Geht man nun davon aus, daß die meisten Keramiköfen auch nicht auf's Grad genau brennen, dann bewegt man sich in einem Toleranzbereich von 40 - 80 Grad unterhalb der Schmelztemperatur der Metalllegierung. Anders bei einer Pd-haltigen Legierung, bei der der Soliduspunkt um 1120 - 1150 Grad liegt, also fast 100 Grad höher.

Hier wird es dem Keramiker spätestens dann "warm" ums Herz, wenn er eine Brücke mit drei nebeneinander liegenden Brückengliedern brennen soll. Das

Gelingen ist dann eher Zufall - meist jedoch Abfall. Der Techniker erinnert sich nun wieder an seine früher angewandten Tricks. Er fängt erneut an, wie in den 70er Jahren, individuelle Brennträger zu basteln, die ein Absinken der Brückenglieder verhindern sollen, (was für ein Fortschritt!) und verschwendet möglichst keine Gedanken an den erheblichen Mehraufwand, den ihm keiner bezahlt. Er fertigt die schon in Vergessenheit geratenen Brückengliedgirlanden an, die so schön scheußlich auf den Brückeninnenseiten herausleuchten und er wuchtet die Wandstärke seiner Kronengerüste von 0,3mm auf die erforderlichen 0,7- 0,9mm auf. Für den Techniker ist das der Unterschied zwischen zierlich und monströs. Hat er nur wenig Pech, muß er seine nach dem Brand schaukelnde Brücke wieder trennen und erneut verlöten, hat er großes Pech und der Zahnarzt akzeptiert eine gelötete (da bereits "reparierte") Brücke nicht, fängt er wieder von vorne an.

Natürlich bietet ihm die Dentalindustrie für sein unzulängliches Metall sofort eine entsprechende "lowfusing" Keramikmasse (niedrigschmelzende Keramikmasse als Nachschlag zum Ausgleich verloren gegangener Werte) an, denn auch sie will schließlich verkauft werden. Leider kann man aber auch mit diesen Massen nicht zaubern und der Qualitätsverbund im Vergleich zu den normalen Massen ist wohl einmal eine gesonderte Abhandlung wert.

Was haben wir nun letztendlich gewonnen? Das sehr zweifelhafte Vergnügen, eine schön gelbe, aber auch teurere

Legierung anbieten zu können, die zwar den meisten Patienten besser gefällt, aber nur von wenigen Patienten wirklich benötigt wird. Zudem die erneute Verunsicherung über ein Metall, dessen Unbedenklichkeit die Kassen 10 Jahre lang bescheinigt haben, obwohl in den Palladiumbasislegierungen das -zigfache Gewichtsvolumen enthalten ist, als in den hochgoldhaltigen, weißen Aufbrennlegierungen. Und schließlich die oben beschriebenen Verarbeitungsprobleme, die wohl für jeden Techniker eine Minderung seiner Effizienz darstellen.

Mag sein, daß es Labors gibt, denen diese Schwierigkeiten fremd sind, (die gibt es immer) - wir für unseren Betrieb ziehen jedoch folgendes Fazit: Größere Brücken sollten nur mit Pd-haltigen Legierungen gegossen werden, um das Risiko eines Mißerfolges möglichst gering zu halten. Pd-freie Legierungen sollten nur bei Einzelkronen oder kleinen Brücken und nur bei wirklichen Allergiepateinten verwendet werden.

*ZTM Wolfgang Terplan  
Corona Dental, München*

### **Tips aus der Praxis**

Zur Vermeidung von Luftblasen an der Präparationsgrenze wird die dünn fließende Abdruckmasse mit dem Luftbläser zu einer dünnen Schicht 'verblasen', erst dann den Löffel aufsetzen. (Korntheuer 04-94)

*Quelle: Kniffologie, zu beziehen bei  
Dr. Forschner, Köhlesrain 86, 88400  
Biberach Tel. 07351 23788 Fax 31667*

**Kostendämpfung** leicht gemacht

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

**Corona Dental**

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental GmbH

Berg-am-Laim-Straße 64

81673 München 80

Telefon (089) 4 313008/09

Telefax (089) 4 312779

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

**SAE**

# Präzision

im Detail



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

Übrigens: Kompetenz kommt von Können, Qualität von Niveau.

ZAHNTECHNIK  
**scharl**

Zahntechnik Scharl · Kleinraigerling 66 · 92224 Amberg · Telefon 096 21 / 379-0

# Speicheldiagnostik als wertvolle Motivation und Entscheidungshilfe in der Prophylaxe

*Speicheldiagnostik ist bei dem multikausalen Geschehen der Karies keine absolut sichere Methode zur Kariesvorhersage. In der Praxis können Speicheltests aber helfen, den Patienten über seine persönliche Kariesgefährdung zu informieren und einzuschätzen, wie ein effektives individuelles Prophylaxeprogramm aussehen sollte.*

Kariestests erlauben unspezifische Verdachtsdiagnosen, insbesondere im kariesgefährdeten Gebiß von Kindern und Jugendlichen eindeutig zu fassen. Die Gefahr, eine Karies zu bekommen, läßt sich aus dem Vorhandensein und der jeweiligen Stärke kariesauslösender Risikofaktoren vorhersagen. Zu ihnen zählen:

1. Die Bestimmung spezifischer Mikroorganismen wie: Streptokokkus mutans, Laktobazillen
2. Die Speichelfließrate
3. Die Pufferkapazität des Speichels

Unter normalen Bedingungen steht das Ökosystem Zahn in einem Gleichgewicht von demineralisierenden und remineralisierenden Prozessen. Bildet sich jedoch bei geeignetem Substratangebot - speziell Saccharose - für Streptokokkus mutans eine ökologische Nische, so überwiegt die Demineralisation; bei gleichzeitig vermehrten Laktobazillen entsteht eine kariöse

Läsion. Der Organismus verfügt jedoch über einige Schutzmechanismen, die in der Regel abschwächend wirken. Zu diesen Faktoren gehört unser Speichelsystem. Die Hauptfunktion des Speichels besteht darin, Bakterien und Plaque fortzuspülen. Darüber hinaus verfügt der Speichel über antibakterielle Stoffe, remineralisationsfördernde Ionen und vor allem Puffersysteme, die bis zu einem gewissen Grad die Säurewirkung der Bakterien neutralisieren können. Dies wird als Pufferkapazität bezeichnet.

Für ein individuelles Kariesrisiko sind noch folgende Faktoren wichtig:

Zuckeraufnahme (niedrig/ hoch /zwischen)

Medikamenteneinnahme (ja/nein)

Allgemeinerkrankung (ja/nein)

Indikation für den Speicheltest (vor zahnärztlichen Maßnahmen)

Aber noch ein anderer Punkt ist von größter Wichtigkeit und kann direkte Auswirkungen auf wirkungsvolle Prophylaxekonzepte haben. Karies ist in einem gewissen Sinn als Infektionskrankung anzusehen. Der Streptokokkus mutans kann von der Mutter oder dem Vater auf das Kind übertragen werden z.B. durch Ablecken eines Schnullers oder Löffels, ja sogar durch

Küssen auf den Mund. Eine frühe Besiedlung mit Mutans-Streptokokken bei Kindern kann eine frühe und ausge dehnte kariöse Zerstörung des Milchgebisses nach sich ziehen.

Speicheltests können angezeigt sein

- bei Kindern und Jugendlichen
- bei Schwangeren
- vor PAR-Behandlungen
- vor der Behandlung mit festsitzenden KFO-Apparaten
- vor Chirurgischen Eingriffen (Transplantation, Implantation)
- vor umfangreichen prothetischen Rekonstruktionen
- bei Diabetikern, und Tumorpatienten

### **Bestimmung von Mutansstreptokokken**

Die Untersuchung der Speichelprobe auf die Anzahl an Mutansstreptokokken gibt uns eine Auskunft über den Grad der Besiedlung und das damit verbundene Kariesrisiko (Axelson 1984, van Houte u. Green 1974, Krasse 1988, König 1987 u.a.). Mutansstreptokokken spielen eine entscheidene Rolle im Plaqueaufbau auf der Zahnoberfläche. Hohe Zahlen dieser kariesauslösenden Mikroorganismen sind neben den Laktobazillen ein eindeutiges Anzeichen für eine erhöhte Kariesgefährdung.

Zum Nachweis von Mutansstreptokokken wurden schon seit 1979 Verfahren

entwickelt, die es ermöglichen, die Anzahl der Keime im Speichel zu bestimmen. Das Strip-Mutans-Testverfahren (Fa. Vivacare) greift dies alte Verfahren in modifizierter Form wieder auf. Der Test besteht aus einem Plastikspatel, einem Röhrchen mit einem Flüssigkeitsmedium und einem bacitracinhaltigen Filterplättchen. Weiterhin benötigt wird ein Brutschrank zur Inkubation des Teströhrchens.

Die Selektivität der Nährlösung wird dadurch erreicht, daß man 10 min vor Inkubation des Teströhrchens eine Bacitracin-Tablette in die Flüssigkeit legt.

Zunächst gewinnt man stimulierten Speichel durch das Kauen auf einem Paraffinstück. Durch das Kauen der Paraffinkapsel gelangen die Mutansstreptokokken von den Zahnflächen in den Speichel. Nach einer Minute spuckt man die Paraffinkapsel aus. Anschliessend wird ein einseitig ange rauter Kunsstoffspatel 10 x auf dem Zungenrücken gewendet und zum Schluß zwischen den geschlossenen Lippen hindurch aus dem Mund gezogen. Dieser Spatel wird in vorbereitete Nährlösung getaucht (Mitis-salivarius), die mit dem Antibiotikum Bacitracin vorbehandelt ist. Dieses Antibiotikum hemmt das Wachstum der Mundhöhlenbakterien mit Ausnahme von Streptokokkus mutans. Nach zweitägiger Bebrütung im Brutschrank vergleicht man den Teststreifen mit einer Vergleichsskala.

Klasse 3: > 1.000.000 Bakterien/ml Speichel =hohe Kariesgefährdung

Klasse 0 und 1: < 100.000 Bakterien/ml  
Speichel =geringe Kariesgefährdung

Klasse 2: entspricht einer dazwi-  
schenliegenden Zahl mittelhoch

### Therapeutische Maßnahmen:

- Reduzierung der Mutansstrepto-  
kokken durch Chlorhexedine (durch  
Gelee, durch Lacke)
- Aufklärung des Patienten
- Langzeitschutz durch Verbesserung  
der Mundhygiene
- Fluoridierung (Fluor Protaktor, Duraphat)
- Fissurenversiegelung
- Nahrungsumstellung (Verwendung  
von Zuckeraustauschstoffen)

Das wirksamste Mittel zur Reduktion von Mutansstreptokokken (MS) ist das Chlorhexedin-Digluconat. Chlorhexedin hemmt die Vermehrung der Bakterien (Bakteriostase). Bei höheren Konzentrationen dringt Chlorhexedin in das Zytoplasma der Bakterien ein und läßt es koagulieren (bakterizide Wirkung). Ist die antikariogene Wirkung des Chlorhexedins erwünscht, so ist die Therapie mit einem Gel effektiver, da dessen Verweildauer auf der Zahnoberfläche länger ist. Zur Anwendung kommen zur Zeit zwei Gele: **Chlorhexamed-Gel**, 1%iges Chlorhexedin (Blendax) und **Corsodyl-Gel**, 1%iges Chlorhexedin (ICI-Pharma, Plankstadt). Man kann dieses Gel entweder mit einer Zahnbürste auftragen oder mit Hilfe eines Medikamententrägers (Tiefziehschiene oder Elmex Gelee-Applikator), was die Zahl der Mutansstreptokokken noch deutlicher verringert.

Der Patient wendet Chlorhexidengel selbst zuhause zweimal täglich 10

Minuten über einen Zeitraum von 14 Tagen an. Er wird angewiesen, gerade soviel Gel zu verwenden, daß die Zähne nach dem Einbringen der Schiene im Mund vollständig benetzt sind. Am besten sollte das abends vor dem Schlafengehen geschehen, sodaß das Chlorhexidin-Gel über Nacht die volle Wirkung entfaltet.

Den Test 2 Wochen nach Absetzen des Gels wiederholen, da erst dann die Fähigkeit verbliebener MS zur Anheftung wiederhergestellt ist. Der Test kann erst dann eine zuverlässige Auskunft über die wirklichen MS-Zahlen ermöglichen. Normalerweise sind die Mutansstreptokokken für die nächsten 2-4 Monate auf einem niedrigen Niveau, ohne daß die Nebenwirkungen überwiegen. Man gewinnt so genügend Zeit, um in der Folge durch Motivation und Instruktion zur Zahnpflege, Ernährungslenkung sowie durch Fluoridierungsmaßnahmen den Mutansstreptokokken langfristig die Lebensbedingungen zu entziehen. Gleichzeitig muß eine notwendige Sanierung des Gebisses erfolgen.

Weiterhin gibt es Chlorhexidin-freisetzenden Lack (z.B. Cervitec) zum dauerhaften Schutz von Risikoflächen (Kauflächen im Durchbruch, Approximalflächen, freiliegende Wurzeloberflächen, Ränder von kieferorthopädischen Brackets).

Wenn die Mutansstreptokokken-Zahlen über 1000 000/ml liegen, so wird im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung zusätzlich eine Zungenreinigung mit einem Zungenschaber durchgeführt. Es hat sich gezeigt, daß sich bei solch hohen Speichelkeimzahlen hier

ein großes Reservoir an Mutansstreptokokken befindet. Diese Zungenreinigung sollte daher bei allen Risikopatienten Bestandteil der zahnärztlichen Betreuung im Rahmen professioneller Reinigungsmaßnahmen sein.

Patient wie Zahnarzt, ZMF und Prophylaxeassistentin dürfen sich jedoch nicht allein auf pharmazeutische Präparate verlassen. Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Prophylaxe sind Motivation und Instruktion des Patienten zu einer effizienten Mundhygiene, professionelle Zahnreinigung, deren Intervalle sich nach dem aktuellen Kariesrisiko richten (alle 3-4 Monate) und die Schaffung eines Ernährungs- und Zahnbewußtseins mit dem Ziel, daß der Patient Zahnschäden als vermeidbar ansieht und die Zahngesundheit als wichtigen Bestandteil seines Wohlbefindens begreift.

### **Kariestest Laktobazillen**

Eine hohe Laktobazillenzahl ist ein zuverlässiger Indikator für ein erhöhtes Kariesrisiko. Die Kariesgefährdung wächst, wenn sich über hohe Laktobazillenzahlen hinaus der Speichel mit einer geringen Pufferkapazität verbindet. Falsche Ernährung sowie häufiger Verzehr von vergärbaren Kohlehydraten (Saccharose) begünstigt das Wachstum von Laktobazillen. Um die Laktobazillenzahl zu ermitteln, kaut der Patient einige Minuten auf einer Paraffinkapsel. Den stimulierten Speichel läßt man auf einen speziellen Nährboden (Agarfläche) fließen. Das Testmedium wird anschließend 4 Tage bei 35 Grad C in einem Brutschrank bebrütet. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe einer Vergleichsskala.

> 10.000 Keime/ml hohe Rate  
< 1000 Keime/ml niedrige Rate

Die Therapie bei erhöhter Lactobazillenzahl entspricht der bei starkem MS-Befall, also Verbesserung der Mundhygiene, Zuckerverzicht, konsequente Fluoridierungsmaßnahmen und evtl. Fissurenversiegelung.

### **Speichelfließrate**

Reichlicher Speichelfluß schützt die Zahnschmelz. Fehlt der Speichelfluß oder wird er durch einen dicken, mikrobiellen Zahnbelag an der Benetzung der Zahnoberfläche gehindert, wächst das Kariesrisiko steil an. Um die Speichelfließrate zu ermitteln, kaut der Patient wieder auf einem Paraffinstück. Der Speichel, der sich in den ersten 30 Sekunden bildet, wird geschluckt. Danach sammelt der Patient 5 Minuten lang den gebildeten Speichel in einem Meßbecher. Aus der Menge des Speichels läßt sich die Sekretionsrate der Speicheldrüsen ablesen. Das Ergebnis der Speichelfließrate beträgt bei einem gesunden Patienten zwischen 0,7ml/min und 1,5-2ml/min Speichel. Frauen haben im allgemeinen etwas weniger Speichel als Männer.

### **Therapie bei geringer Speichelfließrate:**

- Verbesserung der Mundhygiene
- vermehrte Kauleistung durch faserreiche Kost
- Kauen zuckerfreier Kaugummis zwischen den Mahlzeiten
- Abklärung, ob eine medikamentöse Ursache für den geringen Speichelfluß vorliegt. (Psychopharmaka und Antihistamine senken den Speichel-

fluß, ebenso blutdrucksenkende Mittel, gastrointestinale Medikamente sowie Strahlentherapien

- Verordnung von künstlichem Speichel
- Fluoridierung, zuckerreduzierte Ernährung.
- Mundspüllösung nach den Mahlzeiten

### Bestimmung der Pufferkapazität

Neben reichlichem Speichelfluß kommt insbesondere den im serösen Speichel enthaltenen Puffersystemen ein zahn-schützender Wert zu. Puffern nennt man die Fähigkeit einiger Verbindungen im Speichel, Säuren zu neutralisieren. Der Normbereich liegt bei einem pH-Wert 7. Eine hohe Pufferkapazität verhindert das Absinken des Säurewertes unter den kritischen Entkalkungs pH-Wert von 5,4-5,7. Um die Puffereigenschaft festzustellen, wird Speichel mit einer Pipette aufgenommen und unverzüglich auf den Indikator getropft. Nach 5 Minuten Einwirkungszeit wird die Testflächenfarbe (z.B. anhand der Dentobuff Strip Farbenkarte) verglichen.

blau >6,0 hoch; grün 4,5- 5,5; gelb <4,0 niedrig

Therapie bei geringer Pufferkapazität

- Reduzierung von zucker- und säurehaltigen Getränken und Nahrungsmitteln.
- Mineralzufuhr erhöhen
- Fluoridierung erhöhen
- Zahnpasta mit Natriumhydrogenkarbonat verbessert die Pufferkapazität des Speichels und hat überdies eine bakterienabtötende (baktericide) Wirkung auf die Mikro-

organismen des Zahnbelags (z.B. Parodontax mit Fluorid).

Betrachtet man nun den Patienten mit seinen oralen Problemen als Gesamtheit, so ergibt sich ein darauf abgestimmtes Prophylaxekonzept.

*Aufklärung der Erkrankungsursachen*

*Bestimmung des Kariesrisiko*

*Diagnose*

*bedarfsorientierte Prophylaxe*

*Hygienephase*

*Kontrolle der kariogenen Keime*

*Korrektive Phase*

*Kons./PAR./CHIR.ORTH.*

*Recallbestimmung*

*Erhaltungsphase*

Am Anfang steht die Diagnose, aus der Prophylaxemaßnahmen abgeleitet und in der Hygienephase umgesetzt werden. Ziel dieser Phase sollte es sein, die kariogenen Keime unter Kontrolle zu bekommen, zu reduzieren. Erst danach werden in der korrektiven Phase alle notwendigen Behandlungsschritte koordiniert; konservierende, parodontologische, chirurgische und orthodontische Maßnahmen. In der Erhaltungsphase sollte das Recallsystem installiert werden, um eine Reinfektion mit kariogenen Keimen zu verhindern. Die Intervalle der Recallsitzungen sollten anhand des aktuellen Kariesrisikos festgelegt werden.

*Heide Meister, ZMF*

*München*

*Weiterführende Literatur:*

*Hellwege: Die Praxis der Zahnmedizinischen Prophylaxe*

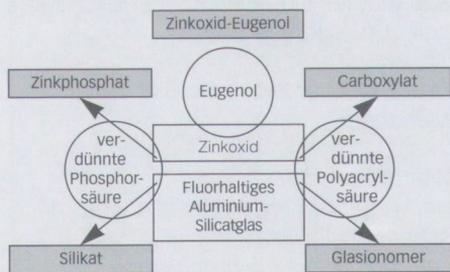
*Laurisch: Individualprophylaxe*

*Einwag: Professionelle Prävention*

# Zemente und Zementieren

*Die Premiere fand bereits vor Jahresfrist statt: In der Karlsruher Akademie für Zahnärztliche Fortbildung führte die Züricher Gruppe Schärer erstmals einen Kurs ausschließlich zum Thema "ZEMENTE UND ZEMENTIEREN" durch. Dabei - gleichfalls eine Premiere - Stefan Paul, derzeit Oberarzt in Zürich mit interessantem Werdegang und mutmaßlich beachtenswerter Zukunft.*

In dem Ganztagesseminar wurden natürlich die materialkundlichen Aspekte ausführlich abgehandelt, chemische Zusammensetzungen, physikalische Eigenschaften etc. Alle Erörterungen führten aber stets direkt zur praktischen Umsetzung. Produkte wurden benannt und bewertet. Der unmittelbare Nutzen für die Praxis war evident. Während auf die Behandlung der "Provisorischen" und der "Anderen Zemente" ( Polycarboxalate, EBA ) nur kurze Zeit verwandt wurde, lag das Hauptgewicht auf dem "Phosphatzement", den "Glasionomorzementen" (eigentlich Polyalkenoaten ) und den "Kompositzementen".



Die fünf Hauptgruppen von Zement auf Säurebasis

**Phosphatzement:** Universell einsetzbares Befestigungsmaterial, aber ohne chemische Haftung und mit hoher Opazität. Anmischen von Hand erforderlich; Kapselsysteme nur bedingt geeignet, da im Ergebnis zu große Filmstärke resultiert. Wichtig: Temperatur der Anmischplatte, portioniertes Einspateln unter Uhrkontrolle. Indikationen: Große Brücken, Rekonstruktionen mit Metallgerüst, kombiniert festsitzend/abnehmbare Arbeiten, Goldinlays. Kontraindikationen: Adhäsivprothetik, Vollkeramik.

**Glasionomorzemente:** Komplizierter Abbindevorgang in zwei Phasen: Zunächst zu große Trockenheit, später Feuchtigkeit für negative Ergebnisse verantwortlich. Haftung am Schmelz in der Größenordnung von 25% der Komposit-Haftung. Geringe Haftung am Dentin, und die auch nur nach Vorbehandlung mit Polyacrylsäure (Durelon-Flüssigkeit). Abgabe von Fluorid-Ionen. Sehr geringe Filmstärke, weniger als 10µ erreichbar. Nur Kapselsysteme sinnvoll, Ketac Cem Maxicap besser als Fuji Cap I. Indikationen: Einzelkronen, kleine Brückenarbeiten.

Auf die neuen Glasionomer-Resin-Zemente wurde lediglich hingewiesen, eine Bewertung wegen der unzureichenden Erprobung aber unterlassen.

**Komposit-Zemente:** Alle Probleme wie bei der adhäsiven Füllungstechnik. Gute Haftung am Schmelz erreichbar. Haftungsmechanismen am Dentin nach wie vor nicht vollständig geklärt. Favorit unter den verschiedenen Systemen für die Züricher: All Bond 2 der Firma Bisco. (Bei den in-vitro-Versuchen ist es be-

deutsam, daß im Dentin ein Flüssigkeitsdruck erzeugt wurde. Andernfalls ergeben sich "zu günstige" Haftwerte.)

Vorbereitungen: *Schmelz*: Ätzung mit 37%iger Phosphorsäure. *Dentin*: Ätzung

mit 10%iger Phosphorsäure, Primer, Adhäsiv. Keramik: Flussäure-Ätzung, Silanisieren. (Einkomponenten Silane verfallen innerhalb weniger Monate!) Selbstverständlich gab es noch wesentlich mehr Informationen, z. B. zur Druck-

### Indikation/Materialempfehlung

Aufgrund eigener Testresultate (Lüthy & Schärer 1989 Paul & Schärer 1993) und aufgrund von in der Literatur veröffentlichten Daten empfehlen wir zum adhäsiven Zementieren folgende Dentinhaftmittel/Komposit-Zement-Kombinationen (DHM=Dentinhaftmittel, Komp.-Z.= Komposit-Zement):/

1. Vollkeramische Restaurationen (Kronen, Inlays, Veneers, Etched Pieces)	Silan	DHM	Komp.-Z.
Geschichtete Keramik	ja	AlIB 2 <sup>®</sup>	Porcelite <sup>®</sup> oder Dual Zement <sup>®</sup>
Glaskeramik	ja	AlIB 2 <sup>®</sup>	Porcelite <sup>®</sup> oder Dual Zement <sup>®</sup>
Inceram	nein*	AlIB 2 <sup>®</sup>	Panavia TC <sup>®</sup>
2. Adhäsivbrücke (NE)	Silan nein*	DHM AlIB 2 <sup>®</sup>	Komp.-Z. Panavia OP <sup>®</sup>
3. Stumpfaufbauten Titan-/ Gold- Stifte	nein*	AlIB 2 <sup>®</sup>	Panavia OP <sup>®</sup>
Zirkonoxid-Stifte	nein*	AlIB 2 <sup>®</sup>	Panavia TC <sup>®</sup>

### Relative Indikation

1. Hochgoldhaltige Restaurationen VMK-Kronen/3-gliedr. Brücken Goldgerüst	Silan nein*	DHM AlIB 2 <sup>®</sup>	Komp.-Z. PanaviaTC <sup>®</sup>
Porzellanstufe Goldinlays/Onlays	ja nein*	AlIB 2 <sup>®</sup> AlIB 2 <sup>®</sup>	Panavia TC <sup>®</sup> Panavia TC <sup>®</sup>

\* (nur sandstrahlen)

festigkeit der Materialien oder zur Dichte der Zementspalten. Sehr ansprechend und hilfreich waren die ausgelieferten Kursskripte mit zusätzlichen farbigen Bögen zum "step-by-step" Vorgehen für die einzelnen Materialien. Letztere sind hervorragend geeignet für die Anleitung der Mitarbeiterinnen.

Wie der Kurs selbst, so ist auch das Kompendium neu entwickelt unter Mitwirkung von insgesamt elf Autoren. Es kann daher nicht verwundern, wenn noch der eine oder andere Verbesserungswunsch entstand: Insbesondere sollten die Rubriken "Eigenschaften" vereinheitlicht werden; für die Glasionomere zementen müßten sie aufgenommen werden. Die Erweiterung dieser Zusammenstellungen um die Parameter "initiale Löslichkeit" oder "Dichtigkeit" wäre nur konsequent, da diese jeweils in den Referaten zur Sprache kamen. Der Druckfehler im Zusammenhang mit den "Eigenschaften" der Phosphatzemente dürfte vermutlich bereits ausgemerzt sein. Alles in allem: Es war ein überaus lohnender, dichter Fortbildungstag, der auch eine relativ weite Anreise gerechtfertigt hat. Das Karlsruher Institut hat den Kurs auch für 1995 erneut ausgeschrieben.

*Dr. Lutz Albers  
Oldenburg*

---

#### *DAZ-Pressemeldung*

---

#### **DAZ fordert wie KZBV- Festzuschüsse**

Nachdem das Silberamalgam leider als Werkstoff in der Füllungstherapie immer geringere Akzeptanz erfährt, kommen

neben laborgefertigten Alternativen nur Komposite in Frage. Die Verarbeitung dieser Kunststoffe erfordert jedoch einen ungleich höheren technischen und zeitlichen Aufwand. Eine angemessene Honorierung dieses Mehraufwands scheitert an den Krankenkassen, die bestenfalls nur zu symbolischen Zuschlägen bereit sind.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, kann es nicht hinnehmen, daß neue und aufwendigere Behandlungsmethoden kostenneutral, d.h. durch die entsprechende Absenkung anderer Leistungen finanziert werden. Dies ist prinzipiell abzulehnen und würde die ohnehin angespannte Situation vieler Praxen weiter verschärfen. Der DAZ unterstützt deshalb die Stellungnahme der Vorsitzenden aller Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), in der sie erneut Festzuschüsse und die Aufhebung des Zuzahlungsverbotes für Füllungen fordern.

Gleichzeitig hält es der DAZ für nötig, eine gesonderte Gebührenposition für Kunststoff-Füllungen im Seitenzahnbereich einzurichten, um zuverlässige Daten der Effektivität und der Effizienz dieser neuen Versorgungsform zu erhalten. Kenntnisse darüber sind bisher lückenhaft. Die gesonderte Dokumentation liegt nach Auffassung des DAZ gleichermaßen im Interesse der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wie der Kostenträger und sollte deshalb bald gemeinsam und einheitlich vereinbart werden. c.n.

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!**

## Als Zahnärztin in Namibia

### Bericht über einen Aufenthalt in der Missionsstation Dornfeld/Namibia als Zahnärztin für 1089 Schulkinder im Juni/Juli 95

Nachdem ich am 19.06. ohne Schwierigkeiten in Dornfeld angekommen war, konnte ich zu meiner Zufriedenheit feststellen, daß genügend zahnärztliche Materialien und Instrumente zusammen mit dem Behandlungsstuhl vorhanden waren, um die auf mich wartenden Patienten zu versorgen.

Ich inspizierte und sterilisierte die Instrumente, sortierte und schuf mir ein bequemes Arbeitsfeld, da das Anmischen der Füllungsmaterialien, die Auswahl der Instrumente für die Behandlungen sowie die Desinfektionsbäder ohne Hilfestellung einer Assistenz arrangiert werden mußte.

Einige Materialien waren ausgetrocknet und wurden durch neue, mitgebrachte ersetzt.

Am 20.06. begann ich mit der Sprechstunde um 7.00 Uhr, was sich als notwendig für den Rest meiner Zeit dort erwies. Systematisch wurde bei den Kleinsten begonnen, die auch die größten Klassenverbände von durchschnittlich 50 Kindern pro Klasse aufwiesen.

Um die Mittagszeit wurde eine Stunde Pause eingelegt, die mir gerade soviel Zeit ließ, die gebrauchten Instrumente zu sterilisieren.

Nach dem Mittagessen ging es unaufhörlich weiter, bis 19.00 Uhr war die Praxis geöffnet, danach folgten für mich 1 bis 2 Stunden Säuberungsarbeiten und Vorbereitungen für den nächsten Behandlungstag. Dieser zeitliche Rhythmus wurde die nächsten 8 Tage, bis auf den Sonntag, eingehalten, sodaß ich am 28.6. alle 1089 gesehen, behandelt und teilweise nach chirurgischen Eingriffen 2-3 mal kontrolliert hatte.

Am auffälligsten war die Tatsache, daß ca. 80 % der Kinder einen guten Gebiß



zustand aufwiesen, ohne oder mit sehr kleinen Löchern, dagegen stand der Befund, daß über 90% der Kinder Gingivitiden und Parodontitiden aufwiesen. Dies ist die Folge des Nichtputzens der Zähne, da die wenigsten eine Zahnbürste besitzen und auch nicht den Zusammenhang von Zähneputzen und gesundem Zahnfleisch/ Zähnen kennen. Daraus folgte für meine Behandlung, daß ich bei allen Kindern Zahnstein entfernen mußte. Die älteren Schüler, die Englisch verstanden, versammelte ich vor dem Behandlungszimmer, um Sie über die notwendige Zahnhygiene aufzuklären. Einigen Lehrern konnte ich diese

Notwendigkeit klar machen und so versprachen mir diese, in den Klassen der Kleineren ein Art Aufklärungsgespräch über die Zahnhygiene durchzuführen.

Chirurgisch konnte ich einige Engstände in allen Altersstufen beheben, 5 überzählige Zähne wurden entfernt, sowie überfällige Milchzähne.

Durch Sturz auf die Frontzähne hatten einige der Schüler abgebrochene Schneidekanten und als Folge tote Frontzähne. Ich habe 5 Wurzelfüllungen durchgeführt und 2 Schüler nicht zunden behandeln können, da dadurch entstandene Fisteln noch nicht abgeheilt waren. Insgesamt habe ich über 80 Amalgam Füllungen und 10 Kunststofffüllungen gelegt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß allen Kindern sehr geholfen werden konnte. Viele empfanden das Zahnfleischbluten als normal, den wenigen die mit akuten Beschwerden kamen, konnte ebenso geholfen werden wie denjenigen ohne, da das Bewußtsein für die Zahnpflege geweckt werden konnte.

Der Behandlungsraum ist in Dornfeld vorbildlich eingerichtet. Wenn sich ein deutscher Techniker bereit erklärt, nach Namibia zu fliegen, um den Wasserdruk sowie die Absauganlage korrekt einzustellen, ist die zahnärztliche Einheit voll einsatzfähig. Dann könnten auch benachbarte Missionstationen, sofern sich der Transport der Patienten regeln läßt, mitversorgt werden.

*Dr. Cornelia Göttke  
Regensburg*

Unser Anliegen ist die zahnmedizinische Hilfe für Kinder und Bedürftige in Afrika.

## Afrodent e.V

wurde von deutschen Zahnärzten/innen gegründet, die in ihrer Freizeit ehrenamtlich dringend benötigte zahnmedizinische Hilfe in Afrika leisten.

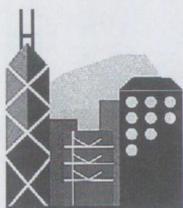
**Bisher durchgeführte Projekte:**  
Zahnärztliche Behandlung von 1100 Kindern einer Missionsstation in Dornfeld/Namibia, Aufbau einer stationären zahnärztlichen Einrichtung in Dornfeld und Sicherstellung der Versorgung durch deutsche Zahnärzte/innen.

**Zukunftsprojekte:** Zahnmedizinische Hilfe in anderen afrikanischen Ländern und schließlich der Aufbau weiterer Zahnstationen.

**Bitte helfen Sie uns dabei durch Ihre Mitgliedschaft oder eine Spende.**

Afrodent e.V. Ruffinstraße 16,  
80637 München, Tel. 089 168520  
Bankverbindung: Deutsche Bank,  
Kto 6900401, BLZ 70070010

## 83rd FDI Annual World Dental Congress, 23-27 October, 1995 Hong Kong



**FDI 1995 HONGKONG**

"Die Basis vieler aktueller Zahnheilkunde beruht auf Fiktion und Folklore, stellt sich als Märchen oder Mytostar", mit diesen starken Worten stellte

Alton Lacy, USA in seinem Referat Tradition and Truths in Dentistry beim diesjährigen FDI Kongreß in Hong Kong unser täglich Tun in Frage. Und doch glauben wir dran. Wir müssen diese Basis immer neu auf Plausibilität überprüfen, um den neuen Kreationen der Industrie gewachsen sein zu können. Sein provokanter Vortrag konnte nur wenige Beispiele anführen, die doch nachdenklich stimmen: Die Regeln der Kavitätenpräparation nach Black seien bei unseren neuen adhäsiven Füllungsmaterialien unnötig, ja, schädigend, einfach überholt, denn sie opfern unnötig viel Zahnschubstanz - dennoch werden sie in fast allen Hochschulen gelehrt, von den Studenten verlangt und prägen so nachhaltig sein späteres Therapieverhalten - hier wäre eine eingehende Unterrichtung in die speziellen Eigenschaften der indizierten Füllungsmaterialien angebracht. Auch sei die Furcht vor der Säureeinwirkung auf den Zahn völlig unbegründet, sie schädigt nicht die Pulpa, wie es nun die Ätzungen zur Adhäsivtechnik bewiesen haben. Schädigend ist das Präparationstrauma und die spätere Infektion, das Zurücklassen

von Keimen oder die Schaffung von Retentionsmöglichkeiten. Calciumhydroxid schützt nicht die Pulpa, bildet kein Sekundärdentin, dafür gäbe es keine Beweise, Sekundärdentin bildet sich nach jeder Noxe, wenn nicht eine Infektion diese natürliche Pulpenreaktion verhindert. Calciumhydroxid wird resorbiert und bietet den Keimen nun "Nistplätze". Glasionomere schützen trotz enthaltener Fluoride nicht vor Karies, darüber gibt es keine plausiblen Studien, es ist alles Wunschdenken oder einfach eingängige Lüge. Wir müssen unser täglich Tun kritisch überdenken, auch das einfache im beruflichen Alltag- und weiterhin wird Unbewiesenes, nicht mehr Aktuelles täglich auch in den Hochschulen gelehrt.

Was aber nicht gelehrt wird und weltweit, nicht nur in Deutschland, immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist das Praxismanagement. *Building a Successful Dental Practice* war ein Schwerpunktthema des diesjährigen FDI-Kongresses. **"Dealing with Dollars"**, so das provokante Thema von Kenneth James, USA, das bestimmt auch gute Leitartikel für die DZW abgeben könnte, denn: "Geld ist wie Gesundheit, wir können nie zuviel davon haben." Wir stehen in einem beständigen Wettbewerb zu unseren Kollegen und nur eins sei klar: Die zahnärztlichen Fakultäten sind unbeschreiblich dumm, nach 5 Jahren Klinik sind wir nicht in der Lage, eine

Zahnarztpraxis zu leiten, Dienstleistungen anzubieten. Die Klinik bietet uns High Tec, doch müsse für die Praxis alles möglichst einfach sein, um zum beständigen Erfolg zu kommen. Rentabel wird das Geschäft durch erstklassige Mitarbeiter, gegenseitiges Vertrauen und gemeinsame Ziele. Leadership, Management sind gefragt, und dafür bot K.James drei Schwerpunkte an:

1. Hören Sie auf die Ideen Ihrer Mitarbeiter, stellen Sie regelmäßig Ihren Mitarbeitern einzeln folgende Fragen und hören Sie gut auf die Antworten:

- \* wie geht es Ihnen in unserer Praxis
- \* wie kann ich Ihren Arbeitsplatz verbessern
- \* was würden Sie tun, um die Praxis zu verbessern

2. Geben Sie Ihren Patienten Zuwendung, fragen Sie ihn, wie er mit der bisherigen Behandlung zurechtgekommen ist.

3. "verkaufen" Sie nur ein gutes Produkt - aber teuer.

**Keep your staff... and happy**, das ist der Weg zum Praxiserfolg, für den Jennifer de St. Georges, USA 12 wichtige Punkte angab:

1. Die Mitarbeiter möchten einen Chef, der gute Qualität bringt, sie wollen stolz auf ihn sein.

2. Er soll ein gerechter und konsequenter Chef sein, der führen kann. Er soll gute Geschäftspraktiken haben (z.B. pünktlich Gehalt zahlen, Arbeits- und Urlaubszeit einhalten) und den Mitarbei-

tern vorher definierte Erlaubnis geben, im zugeordneten Bereich selbständig Entscheidungen zu fällen.

3. Die Mitarbeiter müssen wissen, was sie tatsächlich an Gehalt (incl. der Zuwendungen) bekommen und was ihre Arbeit für die Praxis kostet.

4. Das Arbeitsumfeld soll angenehm bei möglichst gleicher Konsistenz sein: harmonische Atmosphäre im Praxisteam, persönliche Probleme vor der Tür lassen, besser als stark wechselnde ist jeden Tag schlechte Laune.

5. Das Praxisteam muß aus kompetenten Mitarbeitern bestehen, die die Praxisziele respektieren. Dabei muß jeder er selbst sein können (Anpassung ist nur sehr beschränkt möglich, Wechsel wäre besser).

6. Für das Team sind professionelle Mitarbeiter zu gewinnen (für die Rezeption wären z.B. fachfremde aus dem Reisebüro vorzuziehen, da sie das Kontaktgespräch zum Kunden beherrschen und kaufmännisch/organisatorisch fit sind (sein sollten), das speziell Zahnärztliche ist schnell zu lernen.

7. Die Praxiseinrichtung muß angemessen, rationell im Gebrauch und von guter Qualität sein.

8. Weiterbildung ist auch für die Mitarbeiter notwendig. Der allein perfekte Zahnarzt kann nicht delegieren.

9. Die Mitarbeiter müssen selbst etwas machen können - und das muß der Zahnarzt anerkennen (Reifung des Managementstiles).

# Service

WIRD BEI UNS GROSS GESCHRIEBEN!

Für Ihre Praxis bieten wir Ihnen  
**TOP-KUNDENDIENST** durch laufend  
geschultes Personal.

**REPARATUREN** auch für Altgeräte  
sämtlicher Hersteller, schnell  
und preiswert – unsere Stärke!

**Ihr Vorteil – unser Know-how!**



**Gebrüder Genal GmbH**

DENTALMEDIZINISCHE GROSSHANDLUNG  
RIEDENER WEG 66 · 82319 STARNBERG



**0 81 51/30 05**

**Fax 0 81 51/30 06**

10. Überschneiden sich die Verantwortungsbereiche mehrerer Mitarbeiter, so muß die individuelle Verantwortung schriftlich festgelegt werden. Für jeden Bereich muß es eine (anwesende) Reserve geben.

11. In gewissen (3-monatlich) Abständen müssen schriftliche Leistungsberichte als Diskussionsgrundlage zur Teamverbesserung erstellt werden, von jedem über alle!

12. Regelmäßig (monatlich) muß gemeinsam über die Perspektiven der Praxis kommuniziert werden, denn der Hauptgrund des Patientenverlustes in einer Praxis sind die Mitarbeiter.

The small practice - will it survive?, so fragt Peter Tay, Singapore und sagt, wir benötigen eine harte Strategie (wie die Vorredner vorgestellt haben) für einen weichen Markt. Der größte Konkurrent ist der \$, d.h. wir müssen uns genau vorstellen, was wir für welches Geld bieten können. Die kleine Praxis (mit 1 - 3 Zahnärzten) wird überleben, die große wird zum "Dinosaurier", denn der Patient hat eine starke Personenbindung und will eine einfache Behandlung in menschlicher Umgebung. Herr Tay muß es wissen, denn er kommt aus einer (noch) großen Praxis aus Singapore.

Zu einem anderen Schwerpunktthema **Dentistry at the Crossroads of the World** stellte Linda C Koo, Hong Kong in einem phantastischen Vortrag dar, daß etwa zur gleichen Zeit, zu der Hippokrates seine Gedanken zum Leben, zur Gesundheit und Krankheit äußerte, die klassische philosophische chinesische Medi-

zin eine komplette Gesundheitslehre anbot, die, tief in der Tradition verwurzelt, noch heute bestimmend auf den chinesischen Alltag einwirkt, eine Gesundheitslehre des Ausgleiches, der Ausgewogenheit des Yin und Yang und der fünf Elemente. Zhang Kui-hua, VR China und Paul But, Hong Kong, stellten den heute möglichen Einsatz der traditionellen chinesischen Medizin in Form von Akupunktur und Kräuterheilkunde dar, nebenwirkungsfreie Medizin, deren Erfolg die tägliche Praxis beweise.

Der Kongreß bot auch reichlich "weltliche" Informationen mit Themenkomplexen wie: "Ästhetische Restauration -garantierte Qualität?"; "Implantatgetragene Restauration- der neue Stand", "Diagnose in der zä. Praxis", "mod. Perspektiven zu PAR-Behandlungen" oder "Endodontie: eine verlässliche Basis der restaurativen ZHK"- wobei stets die kritische Infragestellung im Vordergrund stand: "Regeneration des Parodonts - eine erstzunehmende Alternative?" oder "Endodontische Mißerfolge: den Ansatz ändern". Dies sind nur einige Beispiele aus dem reichhaltigen Hauptprogramm. Geballte Informationen gab es zusätzlich in 133 wissenschaftlichen Kurzvorträgen (deren abstracts schriftlich vorlagen). Alles in allem: ein hochkonzentrierter, kritischer Überblick aktueller Zahnheilkunde mit der Zukunftsperspektive eines sich jährlich wiederholenden Kongreßhappenings, das ich wirklich empfehlen kann. Auch die gut ausgewählten Austragungsorte sind nicht ohne Reiz: nächstes Jahr Orlando, USA, 1997 Seoul, Korea, 1998 Barcelona, Spanien. Vielleicht treffen wir uns dort.

*Dr. Ulrich Happ, Hamburg*

## Buchbesprechungen

*Walter Hoffmann-Axthelm*

Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Quintessenz-Verlag Berlin 1995  
352 S. ISBN 3-87652-077-0 DM 189,-

Es ist gut, daß in diesen hektischen und frustrierenden Zeiten auch Bücher für Zahnärzte verlegt werden, die quasi von höherer Warte aus die Entwicklung unseres Faches beleuchten. Das hilft, den Überblick zu behalten, sich seiner ärztlichen Wurzeln zu erinnern und nicht allzu vorschnell den Tageslosungen ums Marketing zu erliegen. Daß sich der Quintessenz-Herausgeber auch für medizinisch-geschichtliche Themen verantwortlich fühlt, ehrt ihn!

Der Berliner Medizinhistoriker Hoffmann-Axthelm, Jahrgang 1908, hat die Geschichte der Kieferchirurgie dargestellt und mit zahlreichen Dokumenten, Zeichnungen und Fotos ausgestattet. Als organisiertes Fach hat sich die MKG-Chirurgie erst nach dem 2. Weltkrieg etabliert, zusammengewachsen in etwa hundertjähriger Entwicklung aus der alten Chirurgie und der sich im 19. Jahrhundert konsolidierenden Zahnheilkunde. Beide Fächer sind die zwei Seiten einer Medaille. Kiefer-, Oralchirurgen und chirurgisch tätige Zahnärzte werden dieses Werk mit Anteilnahme und Respekt vor unseren Altvorderen - und deren Patienten - aufnehmen. Aber auch Studenten gewinnen einen motivierenden Einblick in die stürmische und fruchtbare Entwicklung der Mund- und Kieferchirurgie. Drei renommierte Kiefer- und Gesichtschirurgen -

Neumann, Pfeifer, Stiebitz beleuchten als Mitautoren die jüngere und jüngste Entwicklung. Dies auch aus standespolitischer Sicht, denn die weitere Spezialisierung unseres Faches ist nicht abgeschlossen. Besonders sympathisch ist das 'Nachwort' der Koautoren zu Ehren Hoffmann-Axthelms, der mit diesem Werk sein langes, Maßstäbe setzendes medizinisch-historisches Schaffen beschließen will. Zu seiner inzwischen in 10. Auflage erschienenen 'Geschichte der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde' ist diese letzte große Arbeit eine höchst verdienstvolle und faszinierende Ergänzung. *c.n.*

*Hans-Jürgen Gülzow*

Präventive Zahnheilkunde  
Grundlagen und Möglichkeiten der  
Karies- und Gingivitisprophylaxe

Carl Hanser Verlag München 1995  
ISBN 3-444-12385-4 DM 68.-

Die Prävention, in keinem Bereich der Medizin so leicht umzusetzen wie in der Zahnmedizin und vom DAZ in den vergangenen zehn Jahren immer wieder mit erster Priorität gefordert, ist wesentliches Anliegen des kleinen Buches von H.-J. Gülzow. Er zeigt Grundlagen und Möglichkeiten der Karies- und Gingivitisprophylaxe anhand des Themenspektrums Ätiologie, Kariologie, Mundhygiene, Fluoridierung und Fissurenversiegelung etc. auf. Mit 36 Abbildungen, 10 Tabellen und 256 Seiten eine gute Einführung und ein handliches Lehrbuch für Studierende, sowie prophylaktisch tätige Mitarbeiter des präventiv praktizierenden Zahnarztes. *s.l.*

Walter Holzinger, neu bearbeitet von  
Enno Kramer

Prophylaxefibel Grundlagen der Zahn  
gesundheitsvorsorge

Carl Hanser Verlag München 1995  
ISBN 3-446-17987-9 DM 38.-

Seit nunmehr fast 20 Jahren greifen Zahn-  
arthelferinnen, aber auch engagierte  
Eltern, Erzieher und Lehrer zur Prophylaxefibel von Walter Holzinger. Nun gibt es eine Neuauflage des bewährten Standardwerkes. Detaillierte Beschreibungen der Ursachen für die Entstehung von Karies und Parodontopathien, in einer leicht verständlichen und gut nachvollziehbaren Sprache bis hin zu Maßnahmen zur Vorbeugung durch richtige Ernährung, wirksamer Mundhygiene und den Einsatz von Fluoriden machen die Prophylaxefibel zu einem wertvollen Helfer mit vielen Tips und Anregungen, wie im Alltag Kindern, Schülern und Erwachsenen zahngesundes Verhalten vermittelt werden kann. s.l.

### Nichtmetallische Amalgam-Alternativen

DENTSPLY DeTrey hat sich anlässlich eines Kolloquiums mit der Leistungsfähigkeit nichtmetallischer Amalgam- Alternativen intensiv auseinandergesetzt. Die Ergebnisse der Anhörung aller beteiligten Wissenschaftler (u.a. Prof. Klaiber, Prof. Lutz, Prof. Roulet) sind in dem jetzt erschienenen Buch zusammengefaßt mit dem Ziel, dem Praktiker Hilfestellung bei der Materialwahl zu geben. Gegen 10.-DM Schutzgebühr zu beziehen bei

DENTSPLY DeTrey 78467 Konstanz

### DAZ-Pressmeldung

#### KFO-Leistungen gesondert ausweisen

In den sozialpolitisch relevanten Statistiken werden neben den 'zahnärztlichen Leistungen' nur Aufwendungen für 'Zahnersatz' separat ausgewiesen. Kieferorthopädische Leistungen werden traditionell in der allgemein-zahnärztlichen Leistungsmenge subsummiert. Da sich durch eine inzwischen weitgehende Spezialisierung der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie eine fast geschlossene Leistungsmenge ergibt, ist es nicht mehr einsichtig, diese Vergütungen statistisch nicht gesondert auszuweisen. Durch diese Vermischung verschiedener Leistungskomplexe wird eine zunehmend unterschiedliche Honorar- und Einkommensentwicklung kaschiert, die eindeutig zugunsten der Kieferorthopäden ausfällt. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde -DAZ- im NAV Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hält es für wünschenswert und erforderlich, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für kieferorthopädische Leistungen gesondert zu erfassen. Krass divergierende Honorarentwicklungen innerhalb des Berufsstandes sind angesichts der problematischen Ertragslage vieler Allgemeinzahnärzte Anlaß, diese Prozesse genauer als bisher zu analysieren. So ist zu vermuten, daß die Durchschnittseinkommen "der Zahnärzte" ohne den integrierten Anteil der Kieferorthopäden deutlich geringer anzusetzen sind. Da eine klarere Datenlage der unterschiedlichen Berufsfelder denkbare Ungleichgewichtigkeiten aufhellt, entspricht es nur der standespolitischen Vernunft, diese Transparenz herzustellen und eventuell erforderliche Konsequenzen einzuleiten. c.n.

## Leserbriefe Leserbriefe Leserbriefe Leserbri

Fassungslos beobachte ich das verhängnisvolle Wirken unserer führenden Standespolitiker. Immer provokanter, immer aggressiver, immer unerträglich, immer peinlicher und für das Image des ganzen Berufsstandes immer abträglicher. Und das zu einer Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs, in der so vieles wirklich reformbedürftig wäre und eine konstruktive Gesundheitspolitik dringend gefragt ist. Wann bereitet man diesem Spuk endlich ein Ende? Warum stellt man die Zahnärzte nicht vor die Alternative: entweder Kassenzahnarzt oder Privatzahnarzt.

Der Kassenzahnarzt wirkt wie bisher als "Sozialmediziner"- ohne überzogenen Eigennutz oder allzu vordergründiges Gewinnstreben- zum Wohle der Solidargemeinschaft, rechnet weiterhin auf Krankenschein, Heil- und Kostenplan usw. über die KZV (!!!) ab, die auch weiterhin seine Rechte gegenüber den Kassen vertritt. Der Privatzahnarzt (besser "Zahnkaufmann") muß generell (!) direkt mit dem Patienten über eine Privatliquidierung abrechnen, beim Privatversicherten wie üblich nach den Tarifen der GOZ, beim Kassenspatienten über die Kostenerstattung, wobei dieser von seiner Kasse das Honorar nur anteilig gemäß Bema-Gebühr ersetzt bekommt. Voraussetzung bei dieser Teilung ist eine regionale Ausgewogenheit beider Gruppen, damit nur geschröpft werden kann, wer geschröpft werden will. Und der Kollege, der das glaubt, unbedingt "Marktmedizin" betreiben zu müssen, der für jede Behandlung "das qualifizierte Verkaufs-

gespräch als notwendigen und ethischen Bestandteil hochwertiger Dienstleistung" (Zahnärzte-Wirtschafts-Institut) führen möchte, der also mit dem Patienten "um den Preis feilschen" (Ulrich Keck) will, dem bieten diese Voraussetzungen alle Möglichkeiten- allerdings mit der entsprechenden Konkurrenz (!), die aus meiner Sicht überhaupt erst wirkliche Marktbedingungen schafft. Erst ohne den "sicheren" Honorartopf der Krankenkassen noch zusätzlich im Rücken läßt sich beweisen, wer ein echter Freiberufler ist. Dr. Jürgen Rabbel Warnemünde

Es ist traurig, aber sobald man eine deutsche Zeitung oder Illustrierte aufschlägt, liest man über die "bösen Zahnärzte", die Absahner.

Aber es geht auch anders: Als Leser der Südtiroler Tageszeitung "Dolomiten" und häufiger Italienbesucher bin ich über die dortige Meinung etwas besser informiert. Schon in der Bevölkerung besteht die Auffassung, daß man für gute Leistungen auch das entsprechende Honorar bezahlen muß- im Gegensatz zur Discountmentalität in Deutschland. Bestätigt wird dies in einem Artikel des Vorstandsmitglieds des VSF (Verband Südtiroler Freiberufler) G. Vesco, der schreibt, daß bei einem Zahnarzt die Punkte Qualität, Präzision, Funktion, Ästhetik und Hygiene zu beachten seien. Dazu äußert er, daß diese Leistungen eine Motivation voraussetzen, welche ihre Entsprechung in der Honorierung finden müßte. Zu diesem

Thema (Honorar) liegt mir eine andere Veröffentlichung aus den "Dolomiten" vom Febr. dieses Jahres vor, in der Dr. Arzt, der Vorstand der Ärzte u. Zahnärztekammer in Bozen, die Durchschnittspreise für zahnärztliche Leistungen aufzeigt. Die Veröffentlichung bezieht sich auf die Angaben von 132 (von 290) Zahnärzten in Südtirol. Diese Honorare liegen wesentlich höher als unsere GOZ-Werte (ausgenommen bei unseren "Abrechnungskünstlern"), wobei zu bedenken ist, daß die Bevölkerung in Südtirol zahnärztliche Leistungen selbst zahlen muß.

Was mit Kollegen passiert, die als Motivation nur das Kommerzielle haben, erwähnte Dr. Arzt in einem anderen Bericht: Zehn Kollegen hatten ihren Patienten für eine Versicherung falsche Liquidationen ausgestellt; je nach Schwere des Falles erwartet diese Kollegen die zeitweise oder vollständige Relegation (Entzug der Approbation), nicht die Rückendeckung der Kammer.

Nachbemerkung: Am 30.-09. war ich kurz auf der Expodental in Mailand. Eine interessante Ausstellung mit Besuchern aus vielen Ländern. Das Angebot ist mit unserem vergleichbar, auch die Firmen sind die in Deutschland bekannten. Aber die Preise sind nicht den dortigen Honoraren angepaßt, sondern sind etwas niedriger als bei uns. Komplette Einheiten mit Schränken wurden bereits ab 23 000 000 L angeboten.

Im Gegensatz zu unseren Honoraren: Visita (01) zwischen 46 500 und 70 000 L. Zahnsteinentfernung 80 000 bis 88 000 L. F3 (Amalgam) zwischen 139 000 und

180 000 Lire. In welchem Land, finden Sie, sind die Relationen gesünder?  
Dr. Harald F. Bauer Herzogenaaurach

Liest man die exzellente Denkschrift des Herrn Prof. Staehle (in der ZM) unvoreingenommen, kann man daraus lernen, daß Rückbesinnung auf die ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns nicht nur edel ist, sondern schönerweise auch unter „Marketing-Aspekten“ klug! Forciertes Anbieten medizinisch nicht indizierter zahnärztlicher Dienstleistungen mag so lange finanziellen Erfolg haben, wie die Behandler noch von dem in Jahren erworbenen Vertrauensbonus zehren können. Doch wehe, die Patienten erkennen „die Absicht und sind verstimmt“ (frei nach W. Busch): - Die möglichen Schäden für den einzelnen Zahnarzt und den gesamten Berufsstand hat Prof. Staehle im o.g. Artikel vorsichtig, aber deutlich aufgezeigt.

Es ist ungut, ja beängstigend, daß Herr Pischel die Wahrheit dieser Veröffentlichung (die Marketing nicht ablehnt, sondern lediglich Grenzen aufzeigt) im Marketing-Rausch nicht erkannt hat!

Ein alter Professor riet einmal im Zorn einem laxen Studenten, doch lieber Friseur zu werden; so habe er wenigstens seinen Kittel nicht fehlinvestiert. Ginge es nach gewissen Marketingstrategien, wäre dieser böse Rat bald überflüssig: Der Unterschied wäre nach Verlassen der Hochschule nur noch gering.

Dr. J. Hendriks, Aurich

## Termine

**2.12.1995**, Köln/NAV-Wirtschaftsdienst:  
DAZ - Brainstorming zum Thema  
„Vertragszahnärztliche Strukturen in  
der Krise - Modelle zu ihrer Überwin-  
dung“

**6. 12. 1995**, 16.30 Uhr, Köln: MV der  
Bezirksgruppe Köln des NAV- Virchow-  
Bundes mit standespolitischer Diskus-  
sion und Fortbildung zu Morbus  
Parkinson

**13. 12.1995**, 19.30 Uhr, Berlin/ Congreß-  
Center Jannowitzbrücke: Treffen der  
DAZ- NAV- Virchow-Bund Studiengruppe  
Berlin/ Brandenburg zum Jahresausklang

**12.-14.1.1996**, Landkreis Lichtenfels /  
Kloster Banz: LHV des NAV-Landesver-  
bandes Bayern

**27.1.1996**, Berlin: DAZ- Ratssitzung

**16.3.1996**, Köln, NAV- Wirtschaftsdienst:  
DAZ-Brainstorming

**13.4.1996**, Steinkirchen: DAZ-Ratssitzung

**20.- 21. 4. 1996**, Köln, KV Nordrhein:  
Arbeitstagung der NAV- Virchowbund-  
Bundeshauptversammlung

**4.-5.5.1996**, Frankfurt/Bürgerhaus  
Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung  
mit Fachreferat von Priv.-Doz. Dr.  
Thomas Flemming, Uni Würzburg, zum  
Thema „Risikodiagnostik und medika-  
mentöse Therapie bei marginalen

Parodontitiden“, sowie Diskussion zur  
aktuellen Berufspolitik

**20.-24.5.1995**, Westerland: Tagung der  
ZÄK Schleswig-Holstein mit Helferin-  
nen-Fortbildung und Dentalausstellung.  
Hauptthema: "State of the Art -  
Erkenntnisstand der Zahn-, Mund- und  
Kieferheilkunde" (Info: Tel.0431/ 3897280  
Frau Kuchenbecker)

**18.-20.10.1996**, Berlin: DAZ- Jahresta-  
gung mit Fortbildung zum Thema  
Implantologie am **19.10.1996**, Referent:  
Dr. Schmidinger, Seefeld; DAZ- Mitglie-  
dersammlung am 20. 10. 1996

**15.-17.11.1996**, Köln: Bundeshauptver-  
sammlung des NAV-Virchowbundes mit  
öffentlicher Veranstaltung und Arbeits-  
tagung

Nähere Infos unter Tel. 0221 973005-45  
oder 0221 973005-0

---

## Der DAZ stellt sich vor



und Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das Informationsblatt DAZ- Aktiv heraus.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde 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-Virchow-Bund

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV Virchow-Bund, 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

### 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 Virchow-Bund 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 Zusatzleistungen innerhalb der GKV
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- die Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

## Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

-Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

## 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.

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

## Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

### Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668Köln.Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239

**Redaktion** Dr. Karl J. Bäumlner, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Johann Brosch, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, Silke Lange, Dr. Till Ropers, Rolf Tödtmann, Dr. Stefan Zimmer

**Redaktionsadresse** Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 240, Fax 08177 1038

**Erscheinungsweise** 4 mal jährlich

**Auflage** 2500 Exempl., bei Sondernummern 6000

**Bezugsbedingungen** Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 40.-DM

Für Mitglieder des DAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten das forum auf Anfrage.

**Layout und Satz** Karla Hey

**Anzeigenverwaltung** Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 240, Fax 08177 1038

**Mediadaten** bei der Anzeigenverwaltung

**Druck** ZELIG - DRUCK Hirschgartenallee25, 80639 München



Das DAZ- forum ist die Verbandszeitschrift des DAZ,  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV- Virchow Bund,  
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.  
Der DAZ ist der zweitgrößte bundesweit vertretene  
zahnärztliche Berufsverband.

Das DAZ- forum ist von Zahnärzten für Zahnärzte geschrieben.  
An der Praxis orientiert berichtet es aktuell  
sowohl über fachliche als auch über berufspolitische Belange.  
Es versteht sich als *Diskussionsforum*.

Bei Interesse an unserer Arbeit wenden  
Sie sich bitte an eine der DAZ-Studien-  
gruppen oder an unsere regionalen  
Ansprechpartner:

**Baden-Württemberg**, Dr. W. Schempf,  
Wilhelmstraße 3, 72764 Reutlingen,  
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517

**Berlin**, Dr. E. Jakobczyk, Spremberger Str.3,  
12627 Berlin, Tel, Fax 030 9915108 / 5612573

**Chemnitz**, Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,  
09130 Chemnitz, Tel. 0371 402228, Fax 408686

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

**Freiburg**, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215,  
79211 Denzlingen, Tel. 07666 2410

**Hamburg**, Th. Murphy, Poppenbütteler  
Chaussee 45, 22397 Hamburg,  
Tel.040 6074151, Fax 040 6074152

**München**, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr.20,

81247 München, Tel.089 8111428 Fax 8117768

**Nordrhein**: Dr. W. Abel, Aldenhovenstr.10,  
Dormagen, Tel. 02133 47494, Fax 43593

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

**Oldenburg**, Rolf Tödtmann,  
Oldenburgerstraße 291, 26180 Rastede,  
Tel. 04402 928811, Fax 04402 928831

**Schleswig Holstein**, Wolfram Kolossa,  
Bahnhofstraße 43, 24217 Schönberg,  
Tel. 04344 9020, Fax 04344 3349

**Thüringen**, Dr. B. Kröplin,  
Leine-Einkaufszentrum, 37308 Heilbad  
Heiligenstadt, Tel./ Fax 03606 9518

oder an Irmgard Berger-Orsag,  
**DAZ-Geschäftsst.**, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Tel. 0221 973005 - 45, Fax 7391239

oder an das **Pressereferat des DAZ**  
Lindenschmitstraße 44, 81371 München,  
Tel. 089 7250246, Fax. 089 7250107

# Beitrittserklärung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ  
im NAV-Virchow- Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

Geb. Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1. 1996

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12.- DM  |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, alte Länder             | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, neue Länder             | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel.ZÄ/ZA, alte Länder             | 360.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel. ZÄ/ZA, neue Länder            | 300.- DM |
| <input type="checkbox"/> | ZÄ/ZA im Ruhestand                       | 60.- DM  |

- Ich interessiere mich für den Gruppenversicherungs-Vertrag mit der CENTRAL Krankenversicherung

**Bundesweite Lehrstellenaktion** Die Fernseh-Zeitschrift "Die 2" plant eine breit angelegte bundesweite Lehrstellen-Aktion. Das Blatt veröffentlicht kostenlos "Stellenangebote" quer durch alle Ausbildungsberufe. *Geliefert werden sollten die folgenden Infos:* Name des Arbeitgebers und Anschrift, gewünschter Beginn der Ausbildung, tarifliche/übertarifliche Bezahlung, eventuelle Vorbedingungen für eine Anstellung und u.U. mögliche Hilfen bei der Wohnungssuche. Interessenten leiten entsprechende Angebote bitte entweder direkt per Fax an den verantwortlichen Redakteur Herrn Groeneveld (Fax 040-3195747) oder mit der gelben Post an Redaktion Die2, Holstenstraße 9, 22767 Hamburg. Die Aktion läuft bis ins nächste Jahr.

**Vertretungen-bundesweit** Junger promov. Zahnarzt übernimmt ab sofort alle Vertretungen, auch langfristig. Ganzheitlich versiert und interessiert an allen Bereichen. Tel.04408 60747

**Assistentenstelle** in prophylaxe- und qualitätsorientierter Landpraxis frei. Kontakt: Dr. Dalle, Burghof 2, 54576 Hillesheim, Tel. 06593 8121 (Prax.) oder 06593 9656 (priv.)

**Praxisverkauf** Gut eingeführte, seit 12 Jahren bestehende Praxis in Dortmund zum 1.1.96 abzugeben. 4 Behandlungszimmer, eigenes Labor, 1,7 Mio DM Umsatz, Räume gemietet. Info: NAV-Widi, Edgar Melenk, Tel. 0231 572252, Fax 0231 525933, Funk-Tel. 0171 3147793

1900

1901

1902

1903

1904

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier