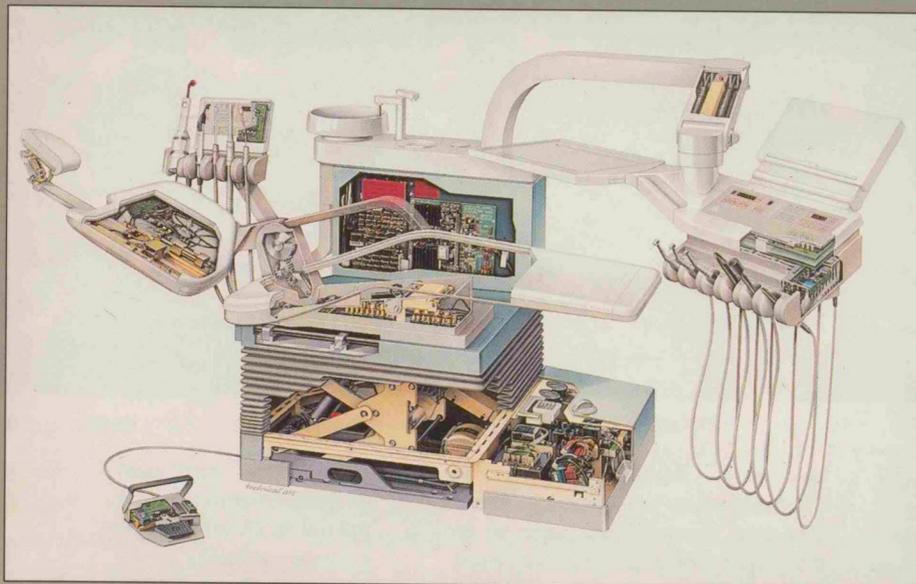


52

**von Zahnärzten für Zahnärzte**  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

**DAZ**  
**forum**

15. Jahrgang 1. Quartal 1996 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**Das Ende der Sozialpraxis**

**Praxistage in München:  
Der Gewebedefekt**

**Subgingivale  
Temperaturmessung**

**Trendwende bei  
Berufsgerichtsverfahren?**

**Gruppenprophylaxe in  
Düsseldorf**

**Serie: Die technisch unabhängige  
Zahnarztpraxis**

DAZ  
forum



# 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**

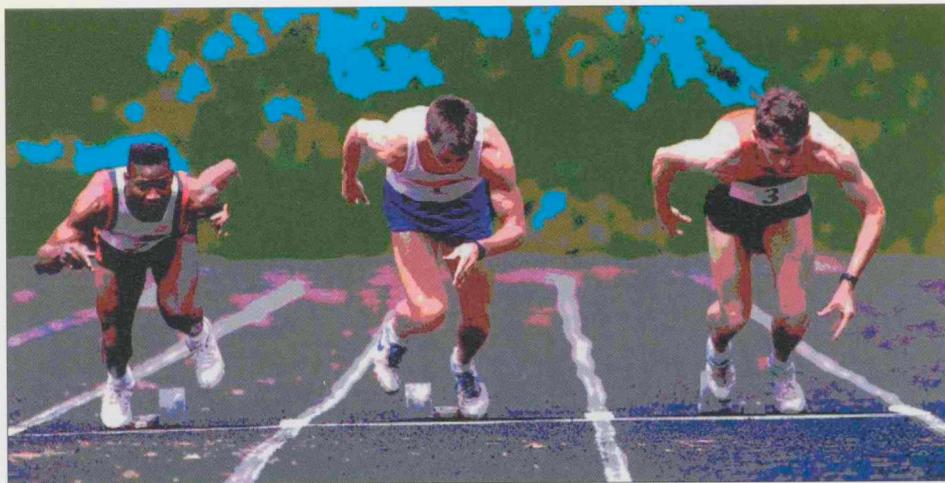
**Im Park 9b**

**04680 Zschadraß**

NUTZEN SIE DIE

# VORTEILE

**DIE DER GRUPPEN-  
VERSICHERUNGSVERTRAG FÜR  
MITGLIEDER DES DAZ BIETET.**



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.

Kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel für die meisten Tarife:

- günstigerer Beitrag
- Erlaß von Wartezeiten bei Eintritt in den Gruppenvertrag
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.

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

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

 **CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

**Abt. Marketing-Service**  
50593 Köln

**Tel.: 02 21 / 16 36-24 52**

# Inhalt

---

<b>Standespolitik</b>	Editorial Die alten Ziele	4
	Das Ende der Sozialpraxis	6
	Was ich noch zu sagen hätte	9
	Frühjahrstagung DAZ / VDZM	12
	Familienzweist	14
<b>Serie</b>	Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis	20
<b>Fortbildung</b>	Subgingivale Temperaturmessung	35
	Praxistage in München: Der Gewebedefekt	38
<b>Aus der Praxis</b>	Pulpendiagnostik mit System	45
	Der Hausbesuch	46
	Trendwende bei Berufsgerichtsverfahren?	49
<b>Prophylaxe</b>	Gruppenprophylaxe in Düsseldorf	53
	Gelähmte LAGZ Bayern	56
	Prophylaxe- ein Leben lang	60
<b>Ausland</b>	Zahnärztliche Behandlung auf den Seychellen	64
<b>Buchbesprechungen</b>		68
<b>Leserbriefe</b>		75
<b>Verbandsnachrichten</b>		79
<b>Termine</b>		85
<b>Impressum</b>		88

## Editorial

Erinnern Sie sich an die Wurzeln des DAZ ?

Die Saat wurde in den 60er Jahren gelegt und ging spätestens mit dem BSG Zahnersatzurteil 1974 auf. Damals bestand allgemeiner Konsens darüber, daß der gesamten Bevölkerung die gesamte Palette zahnmedizinischer Möglichkeiten offen stehen sollte. Der Gesetzgeber überließ es dabei weitgehend den Zahnärzten, Zahnersatz zu „verordnen“, was- wegen mangelnder Kontrollen- dazu führte, daß z. T. auch noch so unsinnige Patientenwünsche nach „Jacketkronen“ erfüllt und selbst gewagte Brücken geschlagen wurden. So therapierte ein Teil der Zahnärzteschaft in erster Linie die eigenen Begehrlichkeiten.

Aus dieser Zeit stammt das Bild des raffgierigen Zahnarztes, der sich im "Stern" mit Jaguar und Mercedes abbilden läßt. Dieser Eindruck war offensichtlich so nachhaltig, daß 20 Jahre lang ein großer Teil der (notenmäßig) besten Abiturienten nichts sehnlicher wünschte, als Zahnarzt zu werden. Die Zahnmedizin erschien vielen als der sicherste Weg zum Höchsteinkommen.

Als die Mißstände immer offensichtlicher, aber von der eigenen Standesführung ignoriert wurden, kamen vor 17 Jahren engagierte Kolleginnen und Kollegen in Süddeutschland zusammen und gründeten den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde.

Ihr vorrangiges Interesse war es, ein Instrumentarium zur Qualitätssicherung zu

## Die Alten Ziele...

schaffen und im Bewußtsein von Patienten und Zahnärzten zu verankern.

Der DAZ beklagte die zu reparative Orientierung der Zahnheilkunde und artikulierte den Wunsch nach einem neuen Berufsbild, von der ersetzenden zur Zahngesundheit erhaltenden Zahnmedizin. Deshalb wurden umfangreiche Konzepte zur Prophylaxe (als Gruppen und Individualprophylaxe mit geeigneten Fluoridierungsmaßnahmen ) und zu einer Reform des Zahnmedizinstudiums formliert.

Mit diesen selbstgestellten und ehrenamtlich durchgeführten Aufgaben wuchs das zarte Pflänzchen DAZ zu einer geachteten (und teilweise auch gefürchteten) Institution heran, die sich auch von massivsten Kampagnen der Selbstbediener, die sich im „Freien Verband“ organisiert hatten, nicht einschüchtern und korrumpieren ließ.

Wann immer sich die verfaßte Zahnärzteschaft der Kooperation und Konstruktivität verweigerte, wurde zahnmedizinischer Sachverstand zur Verfügung gestellt, um die vorhandenen Strukturen zahnärztlicher Versorgung zum Nutzen aller sinnvoll weiterzuentwickeln.

Spätestens seit der Fusion mit dem NAV-Virchow-Bund wurde der DAZ zu einem starken Gewächs in der verbandspolitischen Landschaft. Professionelle Organisations- und Kommunikationsstrukturen machen heute eine wesentlich effektivere Arbeit möglich. Vielfältigste Kontakte werden leichter geknüpft und gepflegt.

Ehrenamtliche Tätigkeit erfordert aber ein gehöriges Maß an Frustrationstoleranz und leider fehlen oft die ungetrübten Erfolgserlebnisse. Deshalb haben sich mit dem Wachsen des DAZ viele Wegbegleiter vor allem der ersten Stunde von ihrem Haus entfernt.

Viele „alte“ DAZ-ler beschränken ihr Engagement für eine bessere Zahnheilkunde auf ihre Patienten, weil die erhofften standespolitischen Veränderungen ausblieben. Der DAZ erreichte zwar bei den Wahlen, zu denen er antrat, in der Regel mehr Prozentpunkte als die in Bonn mitregierende (Zahnarzt-) Partei, aber die Mehrheit der Zahnärzteschaft honorierte das Engagement nicht. Die Generation von „Möchte-gern-Millionären“ lauscht lieber jeden Mittwoch ihrem Messias und wendet jede noch so abstruse Therapie an, wenn sie als Marketinginstrument den Patienten an die Praxis bindet.

Diese Art von „Zahngesundheitsdienstleistern“- ich tue mich schwer sie als Kollegen zu bezeichnen- will den Menschen, die evtl. auch Patienten sein dürfen, Zahnmedizin *verkaufen*. Sie vermarkten den guten Ruf, den wir alle seriös erarbeiten! Ihnen geht es in erster Linie um Gewinnmaximierung im rechtsfreien, deregulierten Raum, um die sogenannte „ungestörte Zweierbeziehung Arzt-Patient“. Daß dabei die sozial Schwachen und die Leichtgläubigen auf der Strecke bleiben, gehört zum Konzept.

Diese Richtung in der Zahnmedizin bekämpft der DAZ seit vielen Jahren intensiv.

Wir wollen ein System, das (Zahn-) Ge-

sundheit fördert und das verlorengegangene Zahngesundheit durch Maßnahmen wiederherstellt, die qualitativ zufriedenstellend und für alle Patienten finanziell tragbar sind.

Mit dieser Grundüberzeugung einer sozial verpflichteten Zahnmedizin fühle ich mich in der heutigen Zeit zunehmend als Fossil einer aussterbenden Gattung. Der gesellschaftliche Konsens wurde von allen Seiten aufgekündigt.

Die Patienten suchen immer mehr nur ihren persönlichen Vorteil. Die Politiker legen keinen Wert auf zukunftsorientierte Sozialpolitik, sondern beschränken sich mit kurzfristiger Etatpolitik auf wahlwirksame Effekthascherei. Die Krankenkassen stehen im Wettbewerb untereinander- und wollen lediglich Beitragssatzvorteile erreichen. Die verfaßte Zahnärzteschaft betreibt mit dem „Freien Verband“ ausschließlich Besitzstandswahrung- und nennt uns „Sozialromantiker“, wenn uns das nicht reicht.

Wer den DAZ lediglich als (letzten?) Verfechter der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung darstellt, wird ihm nicht gerecht. Das Krankenversicherungssystem in seiner heutigen Form ist reformbedürftig - von Politik, Kassen und der verfaßten Zahnärzteschaft ist eine wahrhaftige Reformidee nicht zu erwarten.

### **Der DAZ ist also erneut gefordert!**

Das amerikanische Modell der HMO „Gesundheitserhaltungsorganisationen“ ist eine denkbare Variante: der (Zahn-) Arzt wird honoriert für das Schaffen von

Gesundheit und nicht mehr für die immer wiederkehrende Reparatur von Krankheit. Klingt genial einfach - ist aber natürlich nicht undifferenziert übertragbar auf die deutschen Verhältnisse. Aber warum sollen wir uns nicht zumindest näher mit diesem Modell auseinandersetzen, über eine „Health-Maintenance-Organisation“ nachdenken, die allen Bürgern offensteht? Und warum beteiligen sich an dieser Diskussion nicht auch einige der Alt-DAZler ?

In einer Zeit der Orientierungslosigkeit und Egozentrik sind zukunftsweisende und sozial stabilisierende Modelle gefragt, vor allem in der Gesundheitspolitik- und dazu sind Phantasie und Rat langjähriger Praktiker besonders wertvoll!

*Wolfram Kolossa  
Schönberg*

---

#### **Marktbereinigung à la Freier Verband:**

## **Das Ende der Sozialpraxis - und Seehofer schaut zu**

Zehn Prozent Honorarklau bei Zahnersatz/Kfo und Deckelung des Restes - das war Seehofers Abstrafung für unsere ausstiegsversessenen Freiverbändler. Einen sachlichen Grund dazu gab es für uns Zahnärzte nicht, denn wir hatten unter allen Sparten des Gesundheitswesens den geringsten Anteil an der Kostenschiefelage der Gesetzlichen Krankenversicherung (-die ja, wie wir wis-

sen, nicht an einer Kostenexplosion krankt, sondern an einer Finanzierungs-krise).

Kostenstabilität, verbunden mit massiven Einkommenseinbußen bei verbesserter Zahngesundheit der Bevölkerung, das ist eine stolze Bilanz von 10 Jahren Kostendämpfung und Hinwendung der Kollegenschaft zu Zahnerhaltung und Prophylaxe - vom DAZ seit jeher gepredigt wie vom Rufer in der Wüste. Den Honorardeckel für die Jahre 1993- 1995, nach Seehofers Willen der nochmalige Solidarbeitrag der Zahnärzte, hätten wir zur Not noch ausgesessen, zumal wir in den letzten 15 Jahren mit unseren von unseren Standesführern zugrunde gerichteten Punktwerten ohnehin weit hinter der Grundlohsummenentwicklung hergehinkt sind.

Doch dieses Mal machte der Kamikazeverband („Kamikazeflug ist der moderne Auftrag an die KZV“), der die deutschen Zahnärzte anführt, seine Drohung wahr: Er machte den Bock zum Gärtner („ Die KZV muß so lange opponieren, bis sie abgeschafft ist“) und Schirbort zum Chef der Bundes-KZV. Sein erstes Ziel, den Punktwert auch unter dem Deckel hochzuhalten, damit man am Ende mit der Einzelleistungsvergütung auf hohem Niveau weitermachen kann, muß sein Schiedsamtsvorsitzender in Niedersachsen in den falschen Hals bekommen haben: Als einziger KZV-Bereich fuhr sich Schirbort im Heimspiel eine 3,95%ige Abwertung des VdAK- Punktwertes ein. Obwohl mit nachweislich falschen Zahlen des Schiedsamtes zustande gekommen, hat die KZVN dagegen nicht geklagt. Absicht oder nur

Schlamperei? Stattdessen wurde der Druck nach innen auf die eigene Kollegenschaft erhöht. Weil es ja nun mit dem Korb nicht geklappt hatte („Wer sagt, der Korb ist tot, ist Gegner des Freien Verbandes“- Gutmann), folgte nun die Abstrafaktion der laschen Kollegenschaft.

Ein individueller Honorar-Einbehaltungsmaßstab beschneidet nun nicht etwa diejenigen, die mit ihren Riesenumsätzen seit Jahren die Töpfe geleert haben, sondern diejenigen, deren Praxis im Wachstum begriffen ist: Im Schnitt 15% weniger als im Vorjahr durfte 1994 an budgetiertem Honorar erarbeitet werden. Darüber hinaus gehendes Honorar behielt die KZV zurück, obwohl sie es von den Kassen überwiesen bekommen hatte. 15% Honorareinbuße bedeuten bei einem Praxiskostensatz von 70% einen Einbruch von 50% des Gewinns, der noch katastrophaler ausfällt, wenn mehr Leistungen als im Vorjahr erbracht werden (wofür es ja viele Gründe geben kann!). Mit den einbehaltenen ca. DM 200.000.000 (=200 Mio.) wurden ganze Gruppen an der Vertreterversammlung vorbei in geheimen Ausschuß-Sitzungen und nach nicht nachvollziehbaren Kriterien großzügig bedient, während andere völlig leer ausgingen. Hunderte von Klagen vor den Sozialgerichten folgten - die Spitze des Eisberges der eiskalten Verdrängungspolitik der Führungsriege: IUZ für die Cleveren, Korb für diejenigen drei Viertel, die glauben, sie seien besser als die anderen drei Viertel und der HVM für den Rest-Marktbereinigung à la Niedersachsen. „Die Gesetze ... interessieren uns nicht ...Wir werden immer recht haben, ganz

egal, was andere für Recht erklären“ sagt FVDZ-Chef Gutmann. Das haben andere vor ihm auch schon gesagt - Sie erinnern sich, wie das ausgegangen ist?

Was die ganze Affäre aber über eine Provinzposse hinaushebt: Unser Staat, die Aufsichtsbehörde und unser Rechtssystem sind nicht in der Lage, diesem Spuk ein Ende zu bereiten und rechtssichere Zustände wiederherzustellen. So gibt es bis heute keine genauen Angaben darüber, was mit den ca. 200 Mio. eigentlich geschehen ist, die Kollegen werden nicht informiert, was mit ihrem Geld geschieht, der Aufsichtsbehörde und dem Landesprüfungsamt wird die Einsicht in Akten verweigert - man lebt ja schließlich in einem Rechtsstaat - und selbst der Staatskommissar war froh, als er mit heiler Haut wieder raus war - von den Drahtziehern ausgelacht als Popanz einer Staatsmacht, die an Gesetze gebunden ist und die nur ein sehr begrenztes Interesse daran hat, sich eine blutige Nase in der Öffentlichkeit dafür zu holen, ausgerechnet Zahnärzten zu dem Geld zu verhelfen, das ihnen die von ihnen selbst gewählte Führung vorenthält.

Die KZVN weiß genau: bevor die Hunderte von Klagen von eigenen Kollegen, Klagen zu den Anordnungen der Aufsichtsbehörde, den Klagen des Landesprüfungsamtes auf Einsicht in die Akten durch alle Instanzen rechtskräftig werden, ist der Markt von einem Teil der Zahnärzte in Niedersachsen gesäubert und die KZV an ihrem Verwaltungschaos erstickt- ihrem selbst verursachten Verwaltungschaos, das sie nicht müde wird, dem „System“ in die Schuhe zu schieben.

Und derweil funktioniert die Selektion unter den Kollegen präzise: wer mit seinen Kassenpatienten viel privat und wenig über die KZV abrechnet, gewinnt, und wer sich gesetzes- und vertragskonform verhält, verliert und scheidet aus. Und die Schiedsrichter - Sozialgerichte und Aufsichtsbehörde - sehen zu und bekommen ihre Füße nicht aus den Schreibtischschubladen.

Wer vertritt eigentlich noch die Interessen und Rechte der Sozialpraxis und der Patienten, die auf sie angewiesen sind?

*Dr. Roland Ernst, Edeweicht*

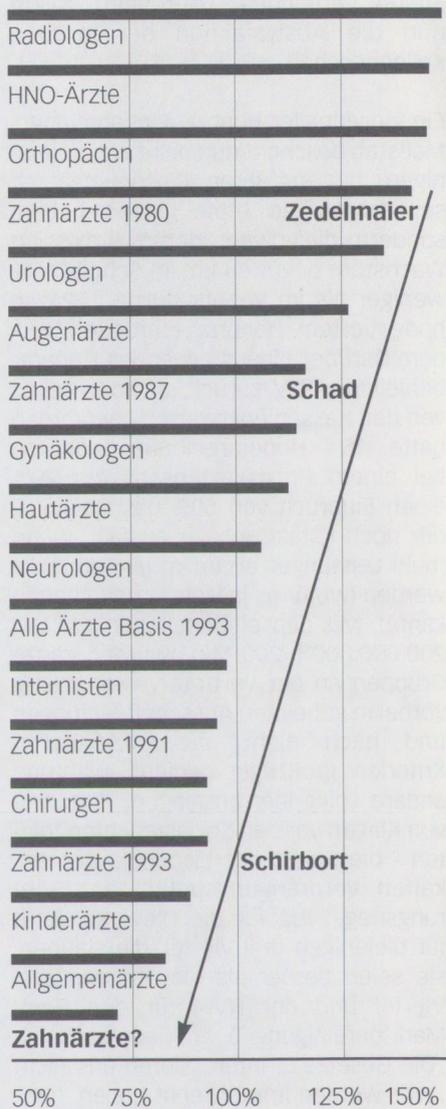
### Finale Enttäuschung?

Die nebenstehende Tabelle entstammt, leicht uminterpretiert, der Zahnarztwoche 1-2/96.

Man darf gespannt sein, welche Argumente Herrn Schirbort's Bundes-KZV und Herrn Pischel einfallen, wenn das ersehnte System der Vertrags- und Wahlleistungen Realität, aber für die Durchschnittspraxis möglicherweise zur finalen Enttäuschung wird: Dann nämlich, wenn die Patienten ausbleiben, die sich den weitgehend selbst zu zahlenden Zahnersatz nicht leisten können. Und die Krankenkassen und Herr Seehofer gar nicht daran denken werden, irgendetwas wieder rückgängig zu machen, weil sie mit den Milliarden, auf die die Zahnärzte von sich aus verzichtet haben, die Lösung der Krankenhausprobleme noch eine Zeitlang vor sich herschieben können.

## Einkommensentwicklung der Zahnärzte während der Alleinherrschaft des Freien Verbandes

Zahnärzte gewaltig abgerutscht



# Was ich noch zu sagen hätte...

## Eine Betrachtung zum Ende meiner Zeit als Vorsitzender des Regensburger DAZ

Momentan erleben wir, daß in einmaliger Weise die Zahnmedizin, der einzige Sektor des Gesundheitswesens, der dank diverser Abspeck- und Kostendämpfungsmaßnahmen keine "Kostenexplosion" verursacht, einen nochmaligen brutalen Rationalisierungsschub verordnet bekommt: In der Füllungstherapie sollen wir die kostenneutrale Umstellung auf hochwertige Amalgamalternativen realisieren, zum Ausgleich fordert die SPD eine weitere Prothetikabsenkung, damit die Prophylaxe künftig Vorfahrt hat. Wir sind schon soweit, daß das Bundesversicherungsamt (Krankenkassenaufsicht) allen Ernstes konstatiert, daß "notwendige" Inlays als BEMA-Nr. 13 a-d (incl. Mat.!) zu erbringen sind. Außer daß mir dabei die Tränen, gemischt von Lachen und Wut, kommen: Hat schon mal wer überlegt, daß man langfristig nur bekommt, was bezahlt wird? Daß die Rentnerin, der damals prophylaktisch die Zähne gezogen wurden („bevor sie Ärger machen“) jetzt prophylaktisch keine Totale von Ihrem Kassenzahnarzt mehr bekommt, weil der nicht weiß, wie er zum Kassensatz zurecht kommen soll? Das „Hoch mit der Vorbeugung“ ist doch nur dann etwas wert, wenn für die Prophylaxe mehr als vorher gezahlt wird; z.B. wenn endlich der staatliche, effektive Jugendzahnmedizinische Dienst mit Weisungsbefugnis gegenüber Lehrern und Eltern kommt. Hat schon derjenige die Verkehrssicherheit

im Griff, der Unfallchirurgen und Auto-mechaniker schlechter bezahlt?

Wer außer Walter Kannengießer von der FAZ weiß in Deutschland noch, daß bei der Budgetierung allerdings zuerst die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven kommt, danach aber die Rationierung von Leistungen? (Wenn einnahmegebundenes Budget die Lösung aller Finanzfragen darstellt, warum sagt das niemand Herrn Weigel? Ach, eine jährliche Neuverschuldung ist wegen der Wichtigkeit der Bundesausgaben leider unumgänglich? Aber hallo, wozu zählt dann die Gesundheit? ) Wer uns jetzt ausquetscht wie die Auto-konzerne ihre Zulieferer, wird eine andere Zahnheilkunde erzeugen. Nichts gegen Strukturveränderungen, aber unseren Herren Oberschaffnern scheint weder klar zu sein, wohin die Reise gehen wird, noch wo der Zug hält. Wenn es nicht mehr eine Frage der Noblesse ist, sondern des wirtschaftlichen Überlebens, ob man "Problempatienten" (jeder, der weniger Punkte pro Minute als der Durchschnitt bringt) behandelt, wird man sehen, wo die Quengelkinder und die Alten bleiben. In Scharen werden die Leute zu den Heilpraktikern laufen, die zwar wenig wissen und keine Geräte für eine halbe Mio haben, aber dafür zuhören können. Wer laut mitdenkt „kann ich doch auch“, der hat schon wieder verloren: auch der ungenutzte Gerätepark frißt jede Minute sein

Geld, so daß jeder Stundensatz vom Heilpraktiker mit gutem Gewinn unterboten werden kann.

Aus dieser unerfreulichen Situation helfen uns natürlich die netten Berater heraus: von „High-Tech-Guru“ mit schicker Privatpraxis über „Prophylaxepapst“ bis zu „Naturzahnheilkundler“ lauten die neuen Erfolgskonzepte. Dazu ein paar Worte: wo bleibt denn die Nachfrage nach all den tollen Privat- und Selbstzahlerleistungen, wenn den Leuten systematisch über Beiträge die Kasse geleert und dafür das Blaue vom Himmel versprochen wird? Wo die wunderbaren Privatanteile, wenn Lehrer und kleine Beamte endlich, gleiches Recht für alle, in der BKK Bund-Länder sind? Was tun, wenn es bei der Rückbesinnung von Feinkost-Käfer auf Aldi nicht mal mehr die Kassenlizenz zurückgibt? Bezahlte Individualprophylaxe: ein Leuchten tritt uns in die Augen, wenn der Patient sagt: ich zahle für die Vorbeugung, und jetzt habe ich ein neues Loch? Gottseidank fällt uns da unser neuer Titel „Zahnarzt für Naturheilverfahren“ ein, und wir erklären das Ganze mit geopathischen Einflüssen, die schließlich nicht unter unserer, ähem, absoluten Kontrolle stehen, nicht wahr? Hier seien noch diejenigen gewarnt, die jetzt fleißig Kurse belegen: ein Engagement im Sektor "biologische Zahnmedizin" bedingt eine eigene Persönlichkeitsstruktur und Lebenseinstellung, um den Patienten langfristig glaubhaft binden zu können. Der feste Glaube an den Grundsatz „Natur zu Geld“ genügt alleine nicht. Als positives Beispiel seien ausdrücklich diejenigen genannt, die wie Wühr, Kötzing, um

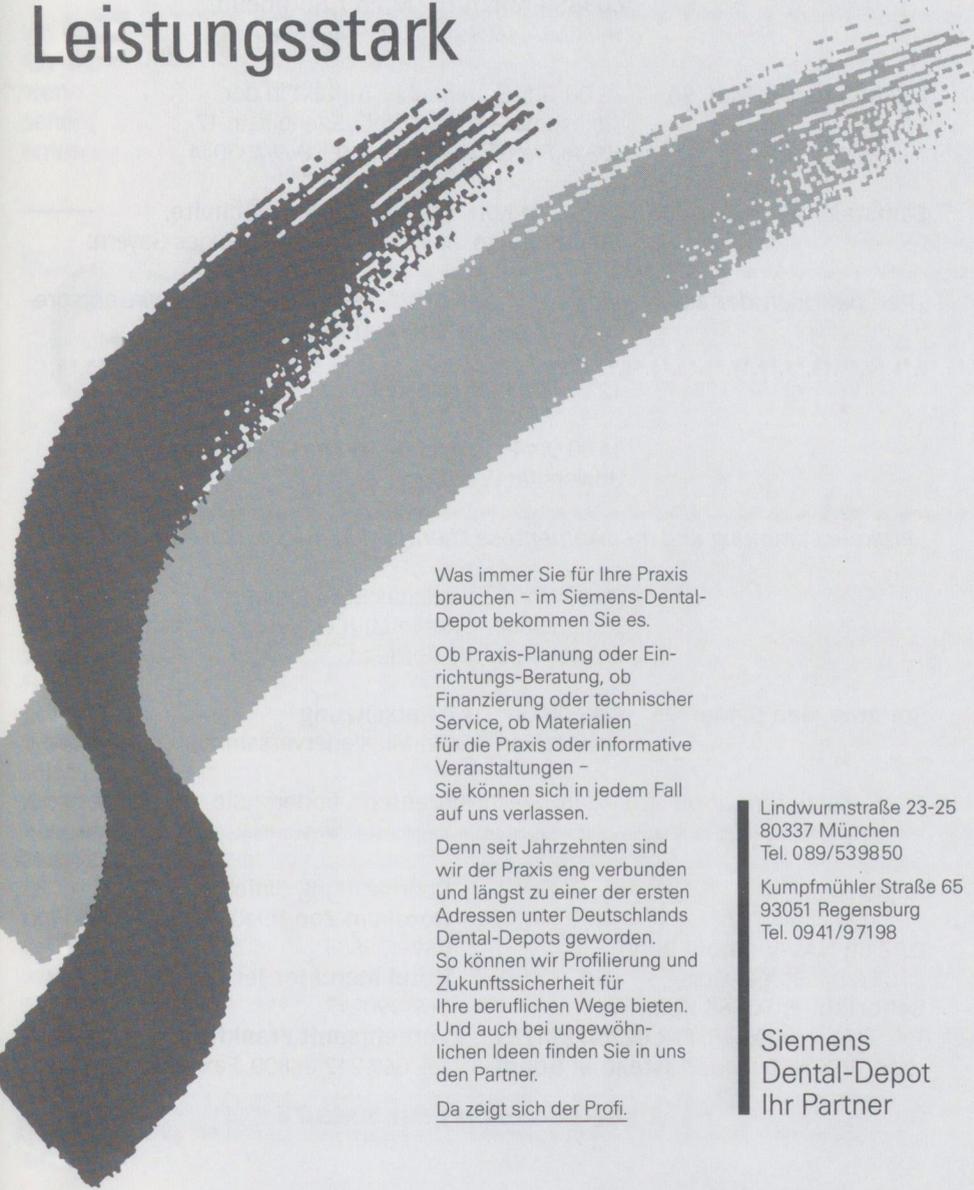
eine Bewertung und rationelle Qualitätssicherung bei Naturheilverfahren ringen.

Auch meine lieben „Materialwarner“ seien erwähnt: Wer gestern das Amalgam in Erwartung lukrativerer, anderweitiger Aufträge verteufelte, und heute je nach Coleur gleiches vom Edelmetall und vom Composite (... aber nur in den Seitenzähnen...) zu berichten weiß, der wird schneller als er glaubt bei der „urbioologischen Zahnmedizin“ sein: Kranke Zähne werden wegen Schmerzen oder Pendelausschlag bei Kerzenlicht gezogen, natürlich ohne künstliche Betäubung. Weitere Versorgung mit Fremdkörpern in der Mundhöhle erfolgt nicht. Die wirtschaftlichen Aussichten dieses Therapiekonzepts können bei den Ausübenden in manchen Ländern noch studiert werden; bei uns wird das wohl wieder der Friseur mit Zusatzkurs machen können, unter gigantischen Einsparungen im Gesundheitswesen und bei der Lebensqualität der Versicherten.

Lokales zum DAZ: Ich wünsche meinem Nachfolger, daß er jedesmal ein so volles Haus haben möge, wie ich es hatte, wenn es in weiterem Sinne um das Thema "der Geldbeutel des Zahnarztes" ging. Alter Kalauer: Für „How to make money in five minutes“ brauchen wir das Olympiastadion... Niemandem wünsche ich die Peinlichkeit, wenn ich weitgereisten Referenten mit drei schweren Koffern auch ganze drei Kollegen als interessierte Runde bieten konnte. Ich danke allen, die es mit Humor genommen haben. Dank der Mannschaft im Museum und „Leeren Beutel“, die mich vorbildlich unterstützt haben. Ebenso

# 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

# Frühjahrstagung von DAZ und VDZM 4./5. Mai 1996 in Frankfurt

**Ort der Tagung:** Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24,  
60385 Frankfurt - Main / Bornheim,  
Tel. 069/446099, Fax 069/461638

**Freitag, den 3. Mai '96** 20.00 Uhr Gemütlicher Auftakt in der  
Weinstube „Im Hinterhof“, Egenolffstr. 17,  
60316 Frankfurt Nordend, Tel. 069/435044

**Samstag, den 4. Mai '96** 10.00 Uhr **Min. Dir. a.D. Gerhard Schulte**,  
Vorstandsvors. des BKK-Landesverbandes Bayern:

*„Perspektiven der Zahnheilkunde in der GKV“* (das genaue Thema wird entspre-  
chend aktueller Erfordernisse festgelegt)

12.30 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Thomas F. Flemmig**,  
Universität Würzburg:

*„Risikobestimmung und medikamentöse Therapie bei marginalen Parodontitiden“*

20.00 Uhr Gemütliches Beisammensein  
„Im Paulaner“, Rotlintstr./Ecke Vogelsbergstraße  
60316 Frankfurt-Nordend

**Sonntag, den 5. Mai '96** 9-13.00 Uhr **DAZ-Ratssitzung**  
(gleichzeitig: VDZM-Mitgliederversammlung)

Eine Kurzinformation zu den Fachreferenten finden Sie nebenstehend.  
Tagungsbeitrag: 100.- Zahnärzte (Nicht-Mitglieder) 40.- Studenten (Nicht-Mitglieder) 60.- Zahnärzte (Mitglieder) 20.- Studenten (Mitglieder)

Anmeldung:

**DAZ im NAV-Virchow-Bund**,  
z.H. Frau I. Berger-Orsag,  
**Belfortstr. 9, 50668 Köln**,  
Tel. 0221-973005-45, Fax 0221-7391239  
**(oder VDZM-Geschäftsstelle in Bonn)**

Übernachtung / Info:

**Hotel am Zoo** Tel. 069/490771-75, Fax  
069-439868  
**Hotel Mercator** Tel. 069-490691, Fax  
069-490217  
**Verkehrsamt Frankfurt**  
Tel. 069-212 38800, Fax 069-212 378890

**Anmelde-Coupon auf Seite 74**

danke ich allen Freunden vom DAZ, die mir wenigstens ein wenig geholfen haben. Besonders muß ich alle meine Freunde erwähnen, die auch einmal umsonst referiert haben, und so manche Veranstaltung erst ermöglichten.

Ich weiß, richtige Antworten habe auch ich nicht zu bieten, aber ich glaube, wenn wir alle auf dem Teppich bleiben, sehen, daß wir jederzeit unseren Patienten einen echten Mehrwert für's Geld

bieten und nicht nur vorgaukeln, dann werden wir auch überleben und weiterhin Freude und Spaß am Beruf, an seiner Weiterentwicklung und unserer Fortbildung haben.

In diesem Sinne dem DAZ ein gutes Fortbestehen, und Euch allen ein erfolgreiches 1996.

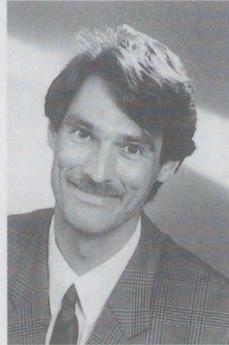
*Euer  
Martin Ostermeier*



### Die Referenten der Frühjahrstagung von DAZ und VDZM

Min.-Direktor a.D.  
**Gerhard Schulte**  
Vorstandsvors. des Landesverb. der Betriebskrankenkassen Bayern

Lebenslauf: Geboren 1943 in Menden (Sauerland), Abitur '64 in Menden. Studium der Rechtswissenschaft und Politischen Wissenschaft in Münster, Köln u. Freiburg/Breisgau. 1. u. 2. jurist. Staatsprüfung in Freiburg, anschließend Rechtsanwalt in Freiburg. '75- '79 Leiter der Abt. Personal im Bischöfl. Ordinariat Limburg; '80- '85 Direktor d. Caritasverbandes für die Diözese Limburg. '86- '90 Leiter d. Gruppe Sozial- u. Gesellsch.-Politik im Bundeskanzleramt. '91- '95 Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Arzneimittel im Bundesministerium für Gesundheit. Seit Januar '96 Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern.



Privat-Dozent  
**Dr. Th. F. Flemmig**

Lebenslauf: Geboren 1959; Ausbildung in zahnärztlicher Chirurgie an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, Hamburg (1985 und 1986-87) und in Parodontologie an der University of California, Los Angeles (UCLA) (1985-86); Visiting Assistant Professor an der Section of Periodontics (1987-90) und Sektion of Oral Biology der UCLA (1989-90);

Seit 1991 Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Würzburg. Hauptarbeitsgebiete: Orale Mikrobiologie und Immunologie, medikamentöse Therapie.

## Familienzwist

### Die Zahntechniker streiten sich um ihre Zukunftssicherung. Dabei sollen auch wir Federn lassen. Was sind die Hintergründe?

Schon seit einiger Zeit hört man von den Zahntechnikerinnungen und ihrem Verband scharfe Töne, auch in Richtung der Zahnärzteschaft. Unsere eigenen Medien und die DZW bieten nur soviel Information, wie es jeweils für ihre Interessen gut ist, die Presse der Zahntechniker bekommt unsereiner kaum zu Gesicht. Deshalb habe ich gerne eine Einladung der Zahntechnikerinnung Nordbayern zu ihrem Herbsttreffen in Lam wahrgenommen. Was dort zu erfahren war, ist schon einigen Raum im 'forum' wert:

Immerhin machten sich drei Bundestagsabgeordnete auf den langen Weg in den Bayerischen Wald, um sich die Sorgen und Vorstellungen des Zahntechnikerhandwerks anzuhören. Die eingeladene KZVB hatte abgesagt, wohl weil der gestörte Hausfrieden eine Teilnahme nicht opportun erscheinen ließ.

Drei Themen waren es, die derzeit die Verantwortlichen im Zahntechnikerhandwerk drücken:

1. Die Furcht vor der ausländischen Konkurrenz.
2. Der Ärger über die Konkurrenz durch die Praxislabors.
3. Die Zahlungsmoral der Zahnärzteschaft.

Am meisten Sorgen bereitet - auch hier die Strukturlast des Wirtschaftsstandorts Deutschland. Stichwort Steuerlastquote, Lohnnebenkosten etc. Ein Labor in Singapur, auf den Philippinen, Seychellen, oder auch in Tschechien hat solche Probleme nicht, oder in wesentlich abgeschwächter Form. Berufsgenossenschaften, Gewerbeaufsichtsämter, Emissionsauflagen etc. werden an den meisten exotischen Standplätzen wohl nicht einmal im Wörterbuch stehen. Selbst die Gewährleistung für die Produkte ist nur so gut, wie die juristische Faßbarkeit des jeweiligen Gewährleistungsschuldners. Heimliche oder offene Beteiligungsmöglichkeiten am wirtschaftlichen Erfolg der Auslandslabors können es für deutsche Zahnärzte schon interessant machen, ihre Arbeiten in ein Luftpostpäckchen zu packen. Denkt man sich ein "kreativ" gestaltetes Bonus- oder Rabattsystem - möglicherweise noch steuerfrei - dazu, kommt schon ein recht attraktives Paket heraus.

Gerüchte, daß der Schreck der Optikerbranche Fielmann irgendwo im fernen Osten einen gigantischen Manufakturbetrieb für Zahnersatz aufbaue, machten zudem noch die Runde.

Was geht's uns nun an? DZW-Pischel hat sich neulich in einem Editorial damit auseinandergesetzt. Sein Fazit war, daß sich die Zahntechniker nicht ins Hemd

Zusammenkommen ist ein  
Zusammenbleiben ist ein  
Zusammenarbeiten ist ein

( Henry Ford I.)

*Beginn  
Fortschritt  
Erfolg*

BERND  
LORENZ  
DENTAL  
TECHNIK

WALDFRIEDHOFSTR. 15/II  
8 13 77 MÜNCHEN  
TELEFON 089 715588  
TELEFAX 089 715550

# Wir machen den Weg frei



**Volksbanken Raiffeisenbanken**

machen sollten. Statt zu jammern, sollten sie lieber mit Innovation und Qualität reagieren.

Das wird wohl auf jeden Fall nötig sein, trotzdem bleibt die Frage, ob wir Zahnärzte froh darüber sein sollen, daß das Handwerk, auf dessen Verlässlichkeit in Qualität und Quantität wir gebaut haben, so unter Druck gerät. Die Produkte dieses Handwerks sind alles Einzelstücke, deren Beschaffenheit nicht nur durch das meßbare Können des Technikers, sondern auch von der wechselseitigen Einflußnahme von Zahnarzt und Labor seine individuelle Eigenheit gewinnt. Ich kann mir nicht vorstellen, daß der Rationalisierungsgewinn durch eine Herstellung im Massenbetrieb diese liebgewordenen Vorteile aufwiegen kann. Auf der anderen Seite steht der Wunsch der Patienten und der Kostenträger nach billiger Prothetik. Eine gesetzliche Versicherung liebäugelt schon mit Modellen, wo Zahnärzten angeboten wird, die Preisdifferenz zur Höchstpreisliste mit jenen Zahnärzten zu teilen, die bereit sind, ihre Prothetik bei Billig-Anbietern herstellen zu lassen. Da wird so mancher weich werden, und es wird mehr Bewegung in das Preisgefüge unterhalb der Höchstpreisgrenzen kommen.

Heftig umstritten bei den Zahntechnikern ist eine Idee aus dem eigenen Lager: Ein Labor bietet da Inlays als 'Normlays' an. Zu sehr günstigen Preisen sollen diese Produkte in den Markt der Amalgamalternativen einbrechen. Auf gnathologische Kauflächengestaltung wird verzichtet, Paßform wie sonst

auch. Interessant ist, daß dieser Zahntechniker von der eigenen Kollegenschaft in der Luft zerrissen wird, wohl weil er zu kreativ in seinem Angebot ist.

Ein Gegenrezept der Zahntechniker ist das sogenannte Verordnungsmodell. Danach sollen wir Zahnärzte nur noch eine Verordnung für Zahnersatz ausstellen, und der Patient, möglicherweise angeleitet von seinem Kostenträger, sucht sich 'sein' Labor selbst aus. Diese Überlegungen sind bei der Zahnärzteschaft und auch bei einem großen Teil der Zahntechniker auf heftige Ablehnung gestoßen. Aus der Sicht der Zahnärzte sind auch nur Nachteile mit diesem Modell verbunden. Im Laufe der Zusammenarbeit mit einem Labor ergibt sich ein individuelles Anforderungsprofil an die zahntechnischen Arbeiten und an die Art der Unterlagen, die wir Zahnärzte zur Verfügung stellen. Dieses Profil beginnt mit den verwendeten Materialien, erstreckt sich über die benötigten Zeiten für die Arbeitsschritte und endet bei der Art und Weise des Endprodukts. Selbst Fragen der Gewährleistung sind meist nicht fixiert, sondern werden individuell gehandhabt ( hier muß man hinzufügen, daß dabei wohl zu häufig das gewerbliche Labor am ganz kurzen Hebel sitzt). Ich kann mir auch nicht recht vorstellen, daß Patienten z. B. für die Herstellung einer kombinierten Arbeit bei Laboren 'shopping' gehen, um sich das richtige auszusuchen.

#### **Wohin zielt dieser Vorschlag also?**

Einmal gegen das Praxislabor mit seinem eingebauten Anbietermonopol. Wer ein Praxislabor hat, verwendet die

gewerblichen Labors als Alternative für solche Arbeiten, die man im eigenen Hause nicht machen kann oder will. Also: Die Unterfütterung des SM-Gusses zwischen Weihnachten und Neujahr geht ins gewerbliche-, die MK-Brücke ins eigene Labor. Es besteht ja auch kein Hinderungsgrund, im eigenen Labor die kleinen Extras für Privatpatienten mitzuverkaufen, wenn manche von uns auch sonst recht restriktiv bei der Weitergabe des Versichertenstatus sind. Die Techniker sagen nun, daß der 5%-ige Abschlag auf die Höchstpreise diesen Selektionsvorteil nicht wett macht. Ich weiß nicht, ob sie damit recht haben, bin aber ganz sicher, daß dies ein ernsthafter und gewichtiger Streitpunkt ist, den wir in offenen und fairen Gesprächen und nicht mit Breitseiten aus den jeweiligen Geschützbatterien behandeln sollten. Den Kostenträgern kommt es darauf an, Geld zu sparen. Wenn ein Verordnungsmodell da Entlastung verspricht, werden sie für solche Vorschläge die Ohren ganz weit offen haben. Die Qualitätsfrage läßt sich dann immer noch mit Scheinlösungen wie ISO-Zertifikaten zuschmieren. Die Verhandlungsposition der Techniker ist in dieser Frage nicht sehr stark, weil ein eventuelles Verordnungsmodell sich mit Gewißheit nach EU-Recht richten müßte und damit zumindest die europäische Konkurrenz mit an den Tisch geladen würde.

Die Zahlungsmoral der Zahnärzte als weiteres Sorgenpaket der Techniker muß man wohl auch ernster nehmen, als wir es tun. Ich habe in Lam mit Laborinhabern gesprochen, die damit fertig werden müssen, daß in einer

Kleinstadt eine Praxis mit einer Viertelmillion Mark unbezahlten Laborrechnungen über den Jordan geht, oder es eben nicht tut, weil sie das Labor nicht bezahlt. Wer von uns könnte das wegstecken? Es verwundert nicht, daß die Techniker darüber nachdenken, die Zahntechnik mit den Kostenträgern direkt abzurechnen, weil eben der mittelgroße Handwerksbetrieb solche Belastungen nicht aushält und gerade dieser unter volkswirtschaftlichen Aspekten der Motor unserer Wirtschaft bleiben soll. Wenn es von Seiten der verfaßten Zahnärzteschaft kein Verständnis und keine Kooperation in dieser Frage gibt, wendet sich die Technikerschaft eben um Hilfe an die Politik. Ich habe bei den anwesenden Politikern (einer davon ist Handwerksmeister) interessiertem Verständnis für dieses Problem festgestellt.

Fazit: Wir brauchen auch morgen Zahntechnik höchster Qualität. Wir brauchen vertrauensvolle Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil. Wir brauchen keine Dritten, die in dieses Verhältnis hineinwirken. Da ist es allemal richtig, sich - auf beiden Seiten - vom Schreien wieder auf's Reden zu verlegen.

*Dr. Kai Müller,  
Seefeld*

---

**„Es kommt nicht darauf an, mit dem Kopf durch die Wand zu gehen, sondern mit den Augen die Tür zu finden.“**

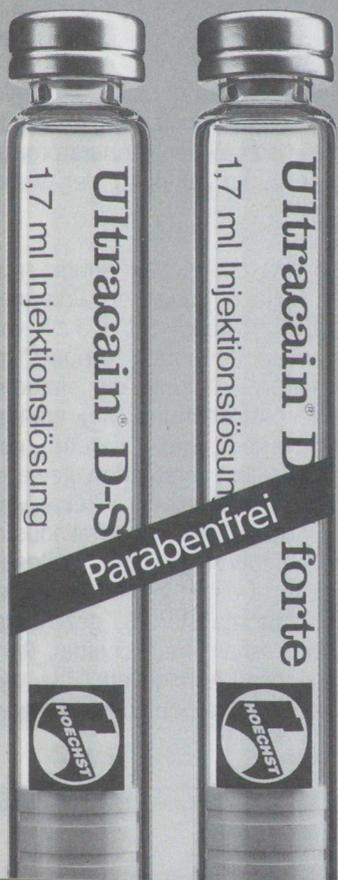
*Werner von Siemens*

---

Das von den Zahnärzten in Deutschland

am meisten

verwendete Lokalanästhetikum.



**Wirkstoffe:**  
Articainhydrochlorid und Epinephrinhydrochlorid. Verschreibungspflichtig.

**Zusammensetzung:**  
Ultracain D-S: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid u. 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid sowie max. 0,5 mg Natriumdisulfid (entspr. max. 0,34 mg SO<sub>2</sub>). Ultracain D-S forte: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid sowie max. 0,5 mg Natriumdisulfid (entspr. max. 0,34 mg SO<sub>2</sub>). Die Zubereitungen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzlich 1 mg Methyl-4-hydroxybenzoat als Konservierungsmittel.

**Anwendungsgebiete:**  
Ultracain D-S: Routineeingriffe wie komplikationslose Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten und Kronenstumpfpräparationen; insbesondere bei Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen.  
Ultracain D-S forte: Schleimhaut- und knochenchirurgische Eingriffe, die eine stärkere Ischämie erfordern; pulpenchirurgische Eingriffe; Extraktionen desmodontischer bzw. frakturierter Zähne; länger dauernde chirurgische Eingriffe; Wurzelspitzenresektion, Präparation hochempfindlicher Zähne.

**Gegenanzeigen:**  
Überempfindlichkeit gegen Articain und Epinephrin. Bei Patienten mit Cholinesterasemangel muß die Indikation streng gestellt werden, da mit verlängerter und unter Umständen verstärkter Wirkung zu rechnen ist. Patienten, bei denen eine sogenannte Paragruppenallergie besteht, dürfen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte nur in den parabenfreien Zylinderampullen und Ampullen erhalten. (Die Mehrfachentnahmeflaschen enthalten das Konservans Methyl-4-hydroxybenzoat.) Im Hinblick auf den Gehalt an Epinephrin bestehen folgende Gegenanzeigen: paroxysmale Tachykardie, hochfrequente absolute Arrhythmie und Kammerengwinkelglaukom sowie Anästhesien im Endstrombereich. Die intravenöse Anwendung ist kontraindiziert. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte unterbleiben. Warnhinweis: Ultracain D-S und Ultracain D-S forte dürfen nicht bei Bronchialasthmatikern mit Sulfit-Überempfindlichkeit angewendet werden.

**Nebenwirkungen:**  
Dosisabhängig können zentralnervöse Störungen auftreten: Benommenheit bis zum Bewußtseinsverlust, Atemstörungen bis hin zum lebensbedrohlichen Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krämpfen, Übelkeit bis Erbrechen. Blutdruckabfall bis hin zum Schock – unter Umständen lebensbedrohlich – und Herzversagen können auch durch Lokalanästhetika ausgelöst werden. Unverträglichkeitsreaktionen (allergischer oder pseudoallergischer Natur) sind nicht auszuschließen. Diese können sich äußern als ödematöse Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle als Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung im Sinne eines Quincke-Ödems mit Schwellung von Ober- und/oder Unterlippe und/oder Wangen, Glottisödem mit Globusgefühl und Schluckbeschwerden, Urtikaria, Atembeschwerden bis hin zum anaphylaktischen Schock. Bei Verwendung von Mehrfachentnahmeflaschen kann es auch zu allergischen Reaktionen gegen das Konservierungsmittel Methyl-4-hydroxybenzoat kommen. Häufig treten Kopfschmerzen auf, die vermutlich auf den Epinephrin (Adrenalin-) Anteil zurückzuführen sind. Andere durch Epinephrin bedingte Nebenwirkungen (Tachykardien, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckanstieg) sind bei der niedrigen Konzentration von 1: 200.000 (0,5 mg/100 ml) bzw. 1:100.000 (1,0 mg/100 ml) sehr selten. In Einzelfällen können durch unbemerkte intravasale Injektion anämische Zonen bis hin zu Gewebnekrosen im Injektionsbereich auftreten. Besonderer Hinweis: Aufgrund des Gehaltes an Natriumdisulfid kann es im Einzelfall, insbesondere bei Bronchialasthmatikern, zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewußtseinsstörungen oder Schock äußern können.

**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die blutdrucksteigernde Wirkung von Epinephrin kann durch trizyklische Antidepressiva oder MAO-Hemmer verstärkt werden.

**Handelsformen:**  
Ultracain D-S/Ultracain D-S forte: 100, 1000 Zylinderampullen zu 1,7 ml, 100 Ampullen zu 2 ml, 10 Mehrfachentnahmeflaschen zu 20 ml.  
Stand: August 1995

**Hoechst**

## Ein Beitrag zur Senkung der Praxiskosten:

# Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis

*Der Autor dieses Beitrags, Dr. Till Ropers, ist seit 1976 in einer Landpraxis niedergelassen und hat sich zunächst der Dental - Geräte - Technik genähert, weil ihm die Abhängigkeit von komplizierten und anfälligen Geräten, deren Herstellern und Vertreibern unerträglich geworden war. Er ist Inhaber mehrerer Patente, entwickelte und etablierte das Sedimentationsverfahren für die Amalgamabscheidung (Sedas-System) und arbeitet jetzt als unabhängiger Berater*

*für den Bereich der Dental-Geräte-Technik. In seinen vielerorts angebotenen Fortbildungskursen über dieses Thema richtet er sich nicht gegen die Dental-Industrie, sondern möchte dieser Branche vielmehr Wege aufzeigen, wie technisch kompetentere Zahnärzte künftig seriöser bedient werden können. Dr. Ropers hat sein Kursprogramm für das DAZ - forum überarbeitet. Wir veröffentlichen diesen Beitrag in vier Teilen.*

### **Räumliche und bauliche Voraussetzungen - Zentrale Versorgung: Wasser, elektrischer Strom, Druckluft**

Wer seine Praxis neu konzipiert oder einen Umbau plant, mag sich an das Dentaldepot seines Vertrauens wenden oder auch gleich konkurrierende Angebote zweier Firmen einholen: Er / Sie wird in jedem Fall Gesprächspartner finden, die ihm / ihr an technischer Fachkompetenz weit überlegen sind und deren berufliches Hauptziel natürlicherweise darin liegt, möglichst hohe Umsätze zu machen. Dies läßt sich dadurch am besten sicherstellen, daß die Zahnärzte in technischer Abhängigkeit gehalten werden. Dies mögen große Teile der Kollegenschaft in Zeiten prosperierender Ökonomie mit nur leichtem Magengrummeln hingenom-

men haben. Sie sind oft gedankenlos den Propheten gefolgt, die verkündeten: „High Tech in der Zahnarztpraxis - ein Segen für den Zahnarzt, der weiterdenkt“.

In Zeiten wirtschaftlicher Talfahrt müssen die Kollegen dagegen erkennen, daß es unverzichtbar wird, noch weiter zu denken, denn man "erbohrt" mit technischer Ausrüstung, die einfacher ist, in der Anschaffung viel weniger Kapital bindet und zudem vom Praxisteam selbst verstanden, gewartet und oft auch repariert wird, keine Mark weniger. Die etablierte Dentalindustrie beginnt aufzuwachen: Der Kollegschaft ist nicht damit gedient, wenn sie zu mehr Automatisierung gezwungen wird (siehe Amalgamabscheider, Röntgenverordnung, Autoklaven). Die Welt wird hierbei nicht Deutschland folgen,

sondern Deutschland der Welt. Die Praxis der Zukunft wird einfachere, beherrschbare Technik haben.

### **Räumliche Voraussetzungen**

Zahnarztpraxen lassen sich fast überall einrichten und betreiben, in Wohn- oder Gewerbegebieten, in der City oder auf dem Land, in Behelfsheimen (Baracken), Ein- oder Mehrfamilienhäusern und im Hochhaus auf beliebiger Etage. Der Zahnarzt trifft mit seiner Standortwahl eine wirtschaftlich relevante Vorentscheidung über sein mögliches künftiges Klientel. Die Ausrüstung und Gestaltung einer Praxis muß auch darauf abgestimmt sein. Für eine Erdgeschoßpraxis im ländlichen Bereich ist z. B. Teppichboden absolut kontraindiziert. In sozial schwacher Region sollte man sich mit Innenarchitektur Designer - Orgien tunlichst zurückhalten, denn die Bevölkerung würde etwa so empfinden: „Das ist keiner von uns. Wir müssen seinen Luxus mitbezahlen.“ Baulich ist natürlich sicherzustellen, daß der Zugang und die Patienten-Verkehrswege in der Praxis behindertengerecht sind.

Aus technischer Sicht gibt es Handicaps, die durch die Raumwahl vermieden oder bei rechtzeitiger Teilnahme an der Planung behoben werden können.

### **Untergeschoß verfügbar?**

Technisch ideal ist eine Erdgeschoßpraxis mit Vollunterkellerung, wobei im Keller ein niedrig gelegener Anschluß an die Entwässerungsanlage möglich sein sollte. Von den zentralen Ver- und Entsorgungsmedien eines zahnärztlichen

Arbeitsplatzes sind die Stränge für Wasser, Druckluft, elektrischen Strom sowie elektr. Impulsleitung (Schwachstrom) in ihrer Lage und Anordnung keinen Limitierungen unterworfen. Das gleiche galt für die Saugleitung, sofern es sich um eine reine Trockensaugleitung mit dezentralen Separationseinstellungen Abwasser / Abluft an jedem Arbeitsplatz handelte. Später wird begründet werden, wieso dennoch eine Naßabsaugung mit Transport der Abwasseranteile im Saugstrom zu bevorzugen ist. Der diesbezügliche deutsche Marktführer hat das inzwischen auch erkannt. Für derlei Naßabsaugleitungen ist zwar kein Gefälle vorgeschrieben (Die Abwasserfracht kann je nach Stärke des Vakuumerzeugers auch bergauf gesaugt werden); dennoch ist horizontale Verlegung ggf. doch mit einem kleinen Gefälle vorteilhaft. Die Abflüsse - sofern überhaupt noch erforderlich - müssen natürlich Gefälle haben.

Die Vollunterkellerung hat den Vorteil, daß sämtliche Ver- und Entsorgungsstränge unter der Kellerdecke „auf Putz“ sichtbar und ohne jeden Aufwand zugriffsfähig bleiben, und gewünschte oder erforderliche Gefälle können eingehalten werden.

Viel problematischer ist die Etagenpraxis mit Rohrverlegungen unter der Geschoßdecke, aber über einer abgehängten Decke des Untergeschosses. Es entstehen dabei tiefe Kniee im Rohrsystem an unzugänglicher Stelle. Sollten wirklich einmal Reparaturen, Wartungen oder Veränderungen erforderlich werden, wird die unter der Praxis befindliche Boutique oder Apotheke wenig

Verständnis für die Dental - Baustelle haben. Für derlei abgehängte Decken ist also Bekriechbarkeit wünschenswert.

### **Neubau**

Für die Installationsplanung in einem Neubau ist es dringend geboten, die maximale Praxisentwicklung zu bedenken. Entweder sollten die Installationen der technischen Ver- und Entsorgungsstränge eines jeden möglichen Arbeitsplatzes bereits endverlegt werden - sie können dann unter Estrich oder Putz verschwinden, sollten aber zuvor fotografisch mit einem Zollstock zu einem unveränderlichen Bezugspunkt dokumentiert werden - , oder es müssen Bodenschächte mit abnehmbaren Deckeln sowie Mauernischen mit abnehmbarer Blende eingerichtet werden, in die später ohne irgendwelche Eingriffe in die Bausubstanz nachinstalliert werden kann. Ebenfalls sind in dieser Phase stark überdimensionierte Fall- und Steigrohre für Entwässerung und Abluftführung zu bedenken. Solcherart vorbereitet läßt sich bei allen Architektur- und Baukonzepten die technische Unabhängigkeit und Sicherheit erzielen, wie sie oben für die vollunterkellerte Situation beschrieben worden ist.

### **Altbau**

Bemüht man sich um Räume in einem vorhandenen Altbau, sollte möglichst ein kleinerer Raum in einem darunter gelegenen Stockwerk dazugemietet oder gekauft werden, der als „Technische Zentrale“ mit guter Belüftung, Abluftführung und tief gelegendem Ab-

fluß die gesamten Zentralaggregate aufnehmen kann: Dadurch werden robuste Industrieaggregate verwendbar, weil Schallemissionen und Ableitung der Prozesswärme bauseitig kompensiert werden können. Weiterhin kann die Führung der Saugrohre horizontal und dann nach unten verlaufen, wobei Vakuumerzeuger mit geringerer Leistung ausreichen.

Ermöglichen die Räume nicht die Einrichtung eines Maschinenraums im Untergeschoß, ist zu erwägen, den gesamten Behandlungstrakt mit einem neuen, erhöhten Fußboden zu versehen, innerhalb dessen die Rohrstränge verlegt werden können. Der zusätzliche Höhenbedarf für die Installationen beträgt 5 cm. Diese Erhöhung kann mit Leichtestrich, Asphalt oder ca. 3 cm dicken, kochfest verklebten Sperrholzplatten auf Lattengerüst eingerichtet werden. Letztere Version ermöglicht die Einrichtung abnehmbarer Deckel über den Rohrsträngen, zumindest aber Revisionsöffnungen über etwaigen strömungstechnisch neuralgischen Punkten. Die gesamte Erhöhung muß hierbei also ca. 8 cm betragen, während eine Estrichlösung mit 6 cm auskommt. Kommt eine Höherlegung des Fußbodens nicht in Betracht, muß geprüft werden, ob die Konstruktion und Statik der Geschoßdecke eine Schlitzung und Versenkung der Rohrstränge zuläßt. Scheidet auch diese Möglichkeit aus, kann auch eine auf dem Fußboden verlegte Rohrbrücke mit flach abgeschrägten Trittsflächen an den Seiten die Installationen aufnehmen. Diese darf natürlich nicht im Schrittbereich der Patienten und sollte möglichst auch nicht im Arbeitsbereich

# 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**

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

**SCHMID  
UND  
PAULA**

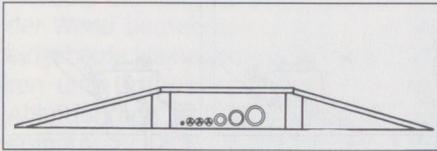


**DENTAL  
LABOR**

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

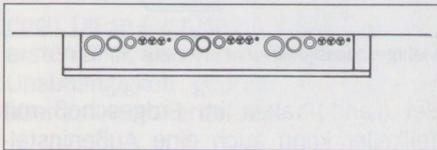
**... weil Qualität auf Dauer billiger ist!**

des Assistenzpersonals liegen, je nach Anordnung und Verkehrswegen also etwa in 4 bis 6 - Uhr - Position. Dort stört sie möglicherweise überhaupt nicht, und diese Lösung ist sehr kostengünstig. Von dort aus ist eine Fortsetzung der Rohrverläufe innerhalb einer vergrößerten, entsprechend ausgehöhlten Fußbodenleiste möglich.



Rohrbrücke

Gerade für derlei Altbauten ohne Untergeschoß oder ebenerdige Praxen ohne Keller empfiehlt sich besonders das Konzept „Hohe Leiste“.



„Hohe Leiste“

Sämtliche Ver- und Entsorgungsstränge sollen je Medium nicht verzweigt verlegt werden, sondern jeden Arbeitsplatz ausschließlich und direkt mit der „Technischen Zentrale“ verbinden. Dabei ist für die Saugrohre ein Innendurchmesser von 3 cm ausreichend. Man führt nun den gesamten Strang des Arbeitsplatzes zur Wand und dann mit Bögen, nicht mit Knicken, nach oben. Knapp über der Türhöhe (2 m) richtet man auf Putz eine Blendleiste ein, die sich als gestalterisches Element durch die ganze Praxis ziehen kann (z.B. Farbe,

Holzdekor, auch zur Befestigung von Bildern). Der Innenraum dieser Leiste soll einen Querschnitt von 20 mal 5 cm haben und reicht so aus, um sämtliche Installationen horizontal zur technischen Zentrale verlegen zu können. Bestünde ein verzweigtes Netz dickerer Saugrohre im Fußboden oder gar unter der Geschoßdecke, könnten im Extremfall sehr große Leitungsvolumina geflutet werden, etwa wenn zur Arbeitsplatzreinigung nach starken Blutungen oder Erbrechen zeitweise erhebliche Abwassermengen anfallen. Dann bricht die übliche Dynamik des Abwasser / Luft - Gemisches zusammen, und es gelten die Gesetze der Statik. Jetzt ist eine große Vakuumeistung des Saugmotors erforderlich, deutlich mehr Millibar als Zentimeter Hubhöhe, um die Wassersäule zentralwärts zu bewegen, bis wieder kontinuierlicher Luftdurchsatz hergestellt ist. Nicht so beim Konzept „Hohe Leiste“, denn hier kann nur ein kleines Volumen in der dünneren Leitung eines Arbeitsplatzes bis zur aufsteigenden Strecke an der Wand volllaufen; der weitere Verlauf ist ja horizontal und erfordert keinen besonderen Kraftaufwand.

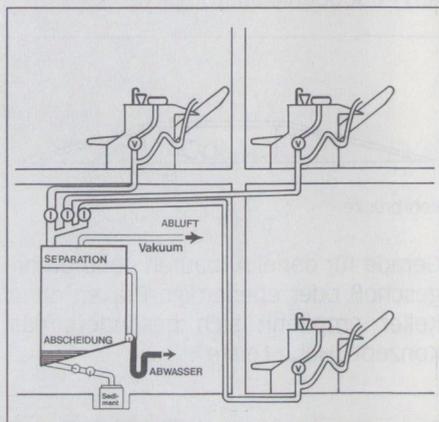
Der Maschinenraum einer Praxis ohne Untergeschoß liegt oft sehr dicht bei den Behandlungsräumen. Weil er auch in der kalten Jahreszeit gut belüftet sein muß, empfiehlt sich eine zusätzliche Thermoisolation zwischen diesem Raum und den übrigen Praxisräumen. Diese Maßnahme verbessert gleichzeitig den Schallschutz. Auch hier muß eine nicht einengende Abluftführung und ein möglichst tief gelegener Abfluß vorhanden sein.

## Sonderformen

„Minderwertiger Altbau“: Als Beispiel soll hier der Fall eines jungen Kollegen in den neuen Bundesländern geschildert werden. Er hatte die Möglichkeit, die auf schönem Parkgrundstück gelegene ehemalige Poliklinik, eine heruntergekommene Baracke, zu erwerben. Ich riet ihm, diese Chance zu ergreifen und nicht der Versuchung zu erliegen, sich in einem vornehmen Neubau einzumieten. Während mit der fragwürdigen Altausrüstung zumindest als Übergangslösung ohne Investition weiterbehandelt und gespart werden konnte, mußte ein Gesamtkonzept zum Umbau entwickelt werden, und es sollten nur Schritte innerhalb dieses Konzepts unternommen werden. Es standen in diesem Gebäude große Raumreserven ungenutzt zur Verfügung. Hier war Platz zur Aufnahme der neuen Behandlungsräume. Zunächst stand also die bauliche Sanierung dieses Teils an: Dachsanierung, Außenwände verklankern, Fußböden, Fenster, Heizung, allgemeine Installationen auf einer geschickt geplanten neuen Innenwand, direkt angrenzend an den neuen Maschinenraum. Dieser konnte, nur mit Schläuchen provisorisch verbunden, direkt nach Einrichtung die noch laufende Altpraxis installatorisch versorgen. Im übrigen blieben Altpraxis und Baustelle strikt getrennt, bis die Neupraxis fertig war und umgezogen werden konnte. Abschließend konnte bei noch verfügbarer Liquidität die Altpraxis baulich saniert und zu einer Wohnung ausgebaut werden. Das Endprodukt dürfte der wohl schönste Zahnarztsitz dieser Stadt werden, mit

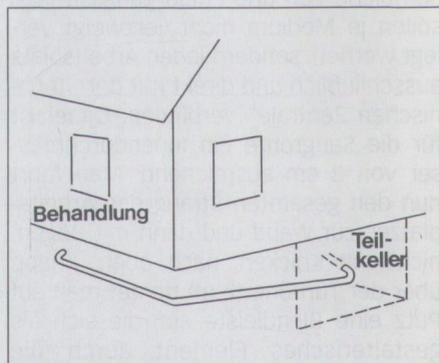
Eigentumsbildung bei stets überschaubarer Verschuldung.

Müssen die Behandlungsräume in unterschiedlichen Geschossen eingerichtet werden, so ist die Grundinstallation und Lage des Maschinenraums an tiefstmöglicher Stelle vorzusehen.



Mehrgeschossigkeit

Bei (Land-)Praxen im Erdgeschoß mit Teilkeller kann auch eine Außeninstallation erwogen werden. Saugleitungen mit Gefälle sind nicht frostgefährdet.



Außeninstallation

Hat man einen unsicheren Mietvertrag oder ist mittelfristig ein Umzug der Praxis anzunehmen, sind - soweit eben möglich - nur transportable Investitionen vorzunehmen (z. B. Schläuche statt Rohre verlegen). Nur im äußersten Notfall sollten dabei jedoch die seit jüngster Zeit angebotenen völlig installationsfreien Behandlungsgeräte gekauft werden, die nur mit einem Stecker in der Wand betriebsklar sind. Sie haben eingebaute kleine schwache Saugmotoren und Druckluftkompressoren. Eine Abluftführung gibt es nicht, d. h. der Kompressor saugt stets auch Abluft des Vakuumerzeugers mit an. Es müssen Wasserbehälter aufgefüllt und Abwasserbehälter geleert werden, und zwar in einen zugelassenen Amalgamabscheider hinein. Der Geräuschpegel der Einbauaggregate ist nicht besonders laut, stört im Behandlungsraum aber doch. Diese Ausrüstung scheint auf den ersten Blick also von hoher technischer Unabhängigkeit geprägt zu sein, hat aber zu viele Pferdefüße.

### Zentrale Versorgungen

Zentralisieren Sie, wo es immer geht: Die einmalige optimale Vorbehandlung (Konditionierung) des Mediums mit geordneter Führung und Kontrollmöglichkeit erhöht die Betriebssicherheit Ihrer oft empfindlichen Behandlungsgeräte um ein Vielfaches.

### Wasser

Wasser kann regional und zeitlich von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Zwar ist im heutigen Deutschland im Trinkwasser kaum mit gesundheits-

schädlichen Keimen zu rechnen; dennoch können chemische und auch mechanische Beimengungen, besonders z. B. nach Reparaturen im regionalen Wasserleitungsnetz, vorkommen. Vom Wasserwerk sollte der Härtegrad, ggf. auch die chemische Analyse des Trinkwassers eingeholt werden. In freistehenden Gebäuden, etwa im ländlichen Bereich, kann oft auf Regen- oder Oberflächenwasser zurückgegriffen werden. Große Mengen des in einer Praxis verbrauchten Wassers müssen nicht Trinkwasserqualität haben. Das Wasser für Toilettenspülung, Fußboden- und Fensterpflege, Waschmaschine, Pflanzenbewässerung und ggf. auch Wasserringpumpe kann aus der Zisterne kommen. Trinkwasser wird immer wertvoller und daher sicher auch teurer werden. Wo sie baulich und technisch realisierbar ist, wird eine entsprechende Trennung der Installationen zwischen Trinkwasser und Brauchwasser auch wirtschaftlich lohnend sein, denn sie reduziert die Trinkwasser- und Abwasserkosten. Im Rahmen jeder Hausinstallation mit zentraler Warmwasseraufbereitung wird eine Warm-/Kaltwasserplanung erstellt. Hierbei sollte auch die Waschmaschine und der Thermodesinfektor bedacht werden. Betreibt man diese Geräte mit Warmwasser, reduzieren sich die Aufheizzeiten (Zeit- und Stromersparnis).

### Filtern, Enthärten

Beim Eintritt der Wasserleitung in das Gebäude, also direkt hinter der Hauptwasseruhr, installiert man zweckmäßig die Filtereinrichtungen. Zur besseren Bedienbarkeit und für den Fall, daß sich ein Filter plötzlich dichtsetzt (z. B. nach

externem Rohrbruch), sollten hier zwei gleiche Filter im Bypass installiert werden.

Besonders innerhalb älterer Häuser wird die Praxistechnik auch durch Verunreinigungen bedroht, die aus älteren Rohrabschnitten innerhalb des Gebäudes stammen oder nach hausinternen Klempnerarbeiten auftreten können. Die Wasserzufuhr für die Behandlungsgeräte muß daher noch einmal extra mit Feinstfilter gereinigt werden. Dahinter ist sinnvollerweise eine Enthärtungseinrichtung anzuordnen. Hierzu werden nicht nur großapparative Ionentauscher angeboten; neuerdings beurteilen die Überwachungsvereine auch ganz einfache Enthärter, die nur aus sehr starken Ringmagneten bestehen, recht günstig. Solche Enthärter sollen aber nur bei Neuinstallationen verwendet werden, da sonst durch Ablösung alter Anhaftungen von den Rohrinnenwänden eine zusätzliche Verschmutzungsgefahr droht.

### **Druckmindern**

Die Höhe des von den Wasserwerken erzeugten Wasserdrucks kann sehr unterschiedlich sein, zentrale Druckminderer können in den Gebäuden vorhanden sein oder auch nicht. Die Bauweise der dentalen Behandlungsgeräte ist in den letzten Jahren leichter geworden (vermehrte Verwendung von Kunststoffen statt Metallen z.B. bei Schlauchverbindungen). Es ist daher unbedingt darauf zu achten, daß der herstellerseits angegebene maximale Betriebsdruck nicht überschritten wird. Er wird zumeist bei 3 bis 4 Bar liegen,

was sich mit einem Druckminderer in der Betriebswasserleitung für die Arbeitsplätze einregulieren läßt.

### **Wasseruhren**

An dieser Stelle kann noch eine separate Wasseruhr angeordnet werden, da die Gesamtmenge des den Behandlungseinheiten zugeführten Wassers gleichzeitig auf der Abwasserseite die Menge des als belastet anzusehenden Abwassers definiert. Dies kann z.B. für die Überprüfung des Wirkungsgrades zentraler Amalgamabscheider hilfreich sein. Somit ist an dieser Stelle die Wasserversorgung für alle Behandlungsplätze der Praxis zentral optimal konditioniert.

### **Sperrhähne**

Für jeden Arbeitsplatz sollte es in der Technischen Zentrale ein „Bedienungsfeld“ geben, wo sämtliche Ver- und Entsorgungsleitungen dieses Arbeitsplatzes manuell zentral geöffnet oder verschlossen bzw. geschaltet werden können. Der weitere Verlauf der Wasserleitungen verzweigt sich jetzt also, um als jeweils separate Leitung zum Bedienungsfeld der Arbeitsplätze geführt zu werden. Dort wird je ein Sperrhahn (Kugelventil) installiert, von wo aus jede Leitung als Teil des Ver- und Entsorgungsstranges eines jeden Arbeitsplatzes direkt und ohne Verzweigungen zum Bodenschlußkasten der Einheit geführt wird (siehe Abbildung am Ende des Beitrages).

Alle Leitungsverbindungen müssen unbedingt nach fertiger Installation, aber vor dem Anschluß der Geräte, mit kräftigem Wasserstrahl durchspült und gerei-

nigt werden. Es werden so z. B. Metall-(säge-)späne von den Magnetventilen im Arbeitsplatz ferngehalten. Die Wasserinstallation für die Behandlungsplätze sollte bei jeder Baumaßnahme grundsätzlich völlig neu gelegt werden, damit nach der Konditionierung keinerlei ältere Rohrabschnitte die Wasserqualität gefährden können. Bei den Rohrmaterialien gilt nur die Einschränkung, daß in Strömungsrichtung hinter Kupfer nicht mit verzinkten Eisenrohren gearbeitet werden darf, da sonst Schäden durch Elektrolyse auftreten können. Gegen Edelstahl, Kupfer, Aluminium, PVC und HDPE als Rohrmaterial gibt es sonst keine Bedenken. Bei Edelstahl gibt es pfiffige Verbindungssysteme, während Kupfer normalerweise hartgelötet wird. PVC läßt sich gut innen bündig mit Tangit verkleben, ist dafür aus ökologischen Gründen nicht so beliebt. Auf diesem Feld hat HDPE seine Stärke, ist jedoch weniger leicht zu verarbeiten. Die Materialentscheidung sollte also mit dem Installateur entsprechend seinen Erfahrungen und technischen Möglichkeiten getroffen werden.

### Elektrischer Strom

Eine vollständige technische Unabhängigkeit, wie sie z.B. bei Krankenhäusern mit unverzichtbar vitalerhaltenden Maßnahmen selbstverständlich sein muß, ist für Zahnarztpraxen entbehrlich. Nur Technik - Freaks in ländlicher Alleinlage mögen ihre Freude an eigener Stromproduktion für den Notfall haben. Angesichts der sehr geringen Wahrscheinlichkeit eines plötzlichen Stromausfalls während eines umfangreichen kieferchirurgischen Eingriffs ist

es vertretbar, dann per Krankentransport zum nächsten Kieferchirurgen den ordnungsgemäßen Abschluß dieser Behandlung zu veranlassen.

### Energiebilanz

Elektrischer Strom wird sicher noch sehr lange der maßgebliche Energieträger für den Betrieb unserer Praxen bleiben. Auch bei vermehrtem Einsatz von Pneumatik erzeugen wir den erforderlichen Luftdruck mit Strom. Schon mittelfristig mögen aber neue Gerätetypen und -arten hinzukommen, die möglicherweise einen sehr hohen Energiebedarf haben (vgl. Magnetresonanzdiagnostik in Krankenhäusern). Für die Elektroinstallationsplanung brauchen wir zunächst eine Energiebilanz für die ins Auge gefaßte Endausbaustufe der Praxis. Die Querschnitte und Hauptsicherungen sollten nach Summe der Anschlußwerte plus 50 Prozent ausgelegt, die Einzelsicherungen jedoch genau den Verbrauchern angepaßt sein.

Je nach Zuwegung kann der Sicherungskasten in der technischen Zentrale, aber auch an anderer, gut erreichbarer Stelle in der Praxis angeordnet sein. Er soll - wie übrigens auch alle Verteilerdosen - stark überdimensioniert sein und zahlreiche Leerplätze für Leitungen zwischen Zentrale und den Behandlungsplätzen beinhalten, die z. Zt. noch nicht genutzt werden. Je eine dieser Extra-Leitungen zu den Behandlungsplätzen sollte für Kraftstrom (380 V) ausgelegt sein, wie natürlich auch die Versorgung aller Zentralaggregate (Druckluft, Vakuum) sowie der Röntengeräte. Eine Steckdose für Kraftstrom macht auch

manchem Handwerker in der Praxis die Arbeit leichter - und billiger.

Für die Energieversorgung der Behandlungsplätze sind drei getrennte Leitungen - nicht nur Phasen in einem Kabel - zu empfehlen. Dadurch werden Behandlungsgerät, Wassereinheit und Patientenliege separat versorgt, mit je einem Schalter im o. a. Bedienungsfeld des Arbeitsplatzes in der technischen Zentrale. Dazu kommt die Impulsleitung zur Ansteuerung des oder der Vakuumerzeuger sowie ggf. Steuerleitungen vom Bodenabschlußkasten zum Schrankbereich in 12 - Uhr - Position, mit denen externe Zusatzgeräte über den Fußanlasser betätigt werden können.

### **Schaltgruppen**

Funktionskreise für Schaltgruppen sollten mit Hauptsicherungen zusammengefaßt werden. Dies wird jeder Kollege individuell überlegen: Was muß spannungsfrei sein, wenn die letzte HelferIn die Praxis verläßt? Sicher gehören dazu die Behandlungsplätze, die Zentralaggregate, der Gesamtkomplex Röntgen, der Kopierer, ggf. auch der Computer.

### **Nachlauf**

Ein zeitlich befristeter Nachlauf bietet sich an für den Sterilisator, den Thermodesinfektor, die Steckdosen für Praxisreinigung sowie die Raumbelichtung.

### **Permanenter Betrieb**

Einige Anschlüsse müssen „ständig unter Strom“ bleiben: Hierzu zählen die Telefonanlage mit Fax, Anrufbeant-

worter, ggf. auch der Computer, falls über Modem eine „Mailbox“ betrieben werden soll. Die Telefongebühren werden sicher aufwendigen Informationsfluß mehr in die Nachtzeiten verlagern.

Überhaupt muß durch Kabel, mindestens aber Leerrohre die künftige Vernetzbarkeit der Kommunikation gesichert werden. Dazu gehören Telefon, Fax, Wechselsprechanlage, EDV-Abrechnungsweg (wie längst bei Steuerberatern oder Kreditinstituten üblich), auch Computer-Terminals, die auch für das digitale Röntgen eingesetzt werden.

### **Druckluft**

Das Ausgangsprodukt für alle Druckluftversorgungen sollte möglichst saubere, trockene, kühle und geruchsarme Luft sein. Die technische Zentrale sollte also möglichst nicht nur eine Luftklappe haben, sondern bauseitig mit einer geordneten Zwangsbe- und -entlüftung versehen sein, wobei der Luftzutritt optimal in einen überdachten Schattenbereich in der Hauptwindrichtung zu legen ist und unten in den Maschinenraum einmündet, während der Luftaustritt möglichst gegenüber und oben aus dem Raum herausführt. Man erhält so auch ohne Ventilator einen ständigen Kühleffekt, der wegen der Ableitung der Prozesswärme auch den Wirkungsgrad der Zentralaggregate verbessert.

### **Kompressoren**

Die Druckluftherzeuger (Kompressoren) arbeiten - anders als die Vakuumerzeuger - nicht mit direkter Ansteuerung bei Bedarf, sondern werden manome-

Dental-  
Depot  
Hermann

**FÄGER**

Sup-Dent  
GmbH

*Ein Münchner  
Unternehmen mit  
Tradition!*

**Testen Sie unsere  
Leistungsfähigkeit...**

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

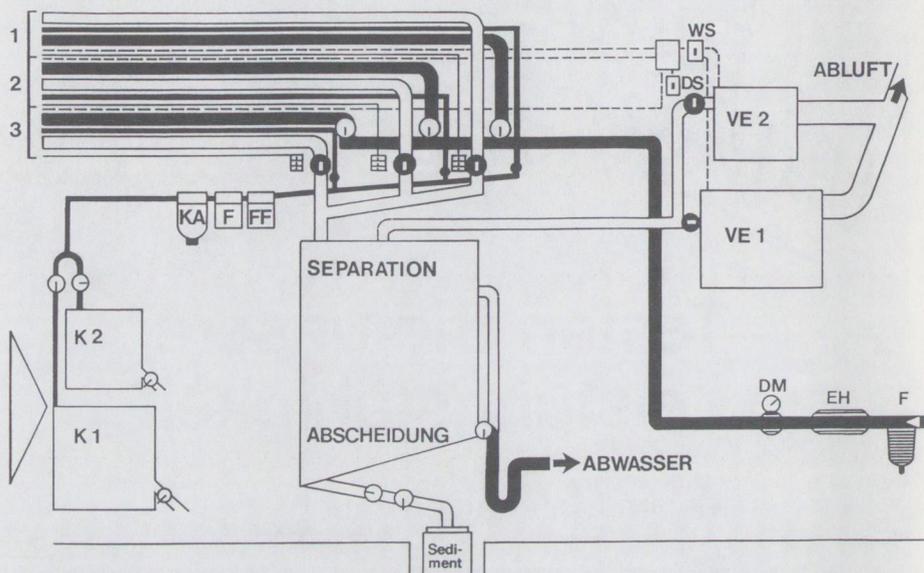
**... wann immer  
Sie können!**

---

Pettenkoflerstraße 4 · 80336 München  
Telefon 089/551800-0

trisch geschaltet und speichern ihr Produkt, die Druckluft, in einem Druckbehälter. Die Schaltbereiche müssen auf die zu versorgenden Geräte abgestimmt sein ( etwa 7 bis 4 Bar ).

keine ölfreien Kompressoren eingesetzt; dort werden auch höchste Anforderungen an Reinheit nur durch Filterkombinationen erreicht. Dennoch kann inzwischen festgestellt werden, daß



**Gesamtinstallationsplan**

- Saugleitung
- Druckluft
- Wasser
- Strom (3-fach)
- - - Impulsstrom 24V

- 1,2,3 -Installationsstränge für Platz 1-3 (3 Stromschalter f. Unit, Wasser, Liege)
- Sperrhahn f.Vakuum, Druckluft, Wasser
- K 1, 2 - Kompressoren f. Druckluft
- KA - Kondensatabscheider extern
- F, FF - Filter, Feinstfilter

- DS, WS - Direkt-,Wechselschalter
- VE 1, 2 - Vakuumherzeuger
- DM - Druckminderer
- EH - Enthärter
- FFW - Feinstfilter Wasser
- Großer Pfeil links Frischluft bei K1,2

Natürlich werden wegen der Betriebssicherheit wieder zwei Aggregate im Bypass empfohlen. Beide sollten eher überdimensioniert sein, da die Anwendungsbereiche der Pneumatik sicherlich zunehmen werden. Schon jetzt sind Druckluftanschlüsse im Labor, im Steri, ggf. in der Werkstatt sinnvoll. Bei industriellen Anwendungen werden zumeist

auch die ölfreien Kompressoren sich als extrem langlebig erwiesen haben. Zu den üblicherweise angebotenen Dentalkompressoren gibt es häufig völlig baugleiche, nur andersfarben lackierte Industriekompressoren, die erheblich weniger kosten. Bei großem Drucklufttank und täglichem Ablassen ist die apparativ angebotene automatische Trocknung

und Kondensatabscheidung entbehrlich. Wenn in der Druckleitung zwei Kompressoren verbunden sind, elektrisch aber nur der eine angesteuert wird, lassen sich die Drucktanks beider Aggregate von dem einen Antrieb nutzen. Dies führt zu verlängerten Schaltintervallen, schont also die betroffenen Geräte.

### **Aufbereitung**

Die Konditionierung des Mediums Druckluft erfolgt nach der Vereinigung der Leitungen von den beiden Kompressoren durch industrielle Fein- und Feinstfilter sowie durch einen externen Kondensatabscheider (großvolumig, ohne apparative Kühlung, mit täglichem Ablassen).

### **Sperrhähne**

Hinter der zentralen Konditionierung erfolgt die Verzweigung mit einzelnen Strängen für jeden Arbeitsplatz, wobei wieder im Bedienungsfeld des jeweiligen Arbeitsplatzes im Maschinenraum ein manueller Sperrhahn vorzusehen ist.

Vor Inbetriebnahme der Leitung mit Anschluß der Behandlungsgeräte ist - ähnlich wie beim Wasser - die Leitung durch einen längeren vollen Druckluftstrom in Arbeitsrichtung zu reinigen.

*Fortsetzung im nächsten Heft:*

**Vakuum, Saugsysteme,  
Amalgamabscheidung, Abwasser**

Bereits über 800 Praxen arbeiten mit SEDAS, dem zentralen Amalgamabscheider ohne Stromanschluß, verschleißfrei und ökologisch- mit einem Wirkungsgrad von über 99,5%.

Wir  
klären das  
für  
Sie...

**SEDAS**

**Dental-Geräte-Technik  
Dr. Till Ropers GmbH  
Veerenkamp 4  
21739 Dollern**

Tel. 04163-4018 Fax 04163-6230

**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**

---

# Subgingivale Temperaturmessung, Mundgeruchsmessung und eine interessante These über die Ursache von Parodontopathien

**Quelle für diesen Bericht ist ein Seminar von Perry A. Ratcliff, D.D.S., Scottsdale, AZ, USA, Emeritus Prof. Periodontology, Univ. of California at San Francisco, Amer. Bd. of Periodontology, das dieser am 29. Nov. 95 anlässlich des Greater New York Dental Meetings gehalten hat.**

Die übliche Methode zur Diagnose von Gingivitis und Parodontitis besteht darin, die Blutungsneigung festzustellen. Die Blutungsneigung ist aber nicht nur vom Gesundheitszustand des Parodonts, sondern z.B. auch vom Sondierungsdruck abhängig. Grundlegendes Ziel der Diagnose ist in jedem Fall die Feststellung der An- bzw. Abwesenheit einer Entzündung.

Da Entzündungen von lokalen Temperaturerhöhungen begleitet sind, hat man eine Technik entwickelt, um die relative Temperatur im Sulkus und in Zahnfleischtaschen während der Messung der Taschentiefe zu messen. Technisch realisiert wurde dieses Verfahren bisher in dem Gerät PerioTemp der Firma Abiodent, Inc., Danvers, Mass, USA. Der Meßfühler dieses Gerätes ist ein Thermoelement in der Form einer Pa-Sonde. Ein Mikroprozessor vergleicht die Meßwerte mit einer Tabelle. Auf der Frontseite des Gerätes ist ein aus 32 Leuchtdioden bestehendes Zahnschema angebracht. Je nach Meßergebnis läßt der Mikroprozessor die zu dem jeweiligen Zahn gehörende Leuchtdiode rot, gelb oder grün leuchten. Eine Schnittstelle zur Übergabe der Daten an

einen Drucker oder an einen Computer ist eingebaut.

Die Diagnose einer bestehenden Entzündung soll mit diesem Gerät deutlich objektiver als mit der herkömmlichen Feststellung der Blutungsneigung sein. Interessant scheint die Methode der subgingivalen Temperaturmessung vor allem zur Erfolgskontrolle nach Pa-Behandlungen, zum frühzeitigen Erkennen pathologischer Prozesse auch bei geringer Sulkustiefe und vor allem zur Patientenaufklärung und Motivation. Studien und wissenschaftliche Publikationen zur subgingivalen Temperaturmessung und zum Gerät PerioTemp gibt es eine ganze Reihe.

Ein anderes von Prof. Ratcliff vorgestelltes Gerät ist der Halimeter, der ebenfalls ein Produkt der Firma Abiodent ist. Der Halimeter zeigt die flüchtigen Schwefelkomponenten (fSK) in der Atemluft in Anteilen pro Milliarde (parts per billion) an. Eine erhöhte Menge fSK ist nicht nur eine mögliche Ursache von Mundgeruch, sondern vor allem auch ein Hinweis auf pathogene Prozesse im Bereich des Parodontiums. Die anfänglichen Ereignisse bei der Pathogenese der

Taschenbildung werden von Prof. Ratcliff wie folgt beschrieben:

1. Anstieg der fSK, welche die ansonsten resistente Epithelbarriere derart verändern, daß sie penetriert werden kann (Rizo, Gaffar, Tonzetich).
2. Bakterielle Invasion des sulkulären Raumes (Loe, Loesche, Listgarten, usw.)
3. Antigenische Stimulation der Immunantwort durch fSK (Tonzetich), bakterielle Exotoxine, Endotoxine und Lipopolysaccharide sowie Stimulation der komplementären Kaskade durch Lymphokine.
4. Invasion von Bakterien in das darunter liegende Bindegewebe (Frank, usw.)

Wichtig ist die offenbar auf Veröffentlichungen von Rizzo, Gaffar und Tonzetich zurückgehende Einsicht, daß erst die fSK das Sulkus- bzw. Taschenepithel für die bakteriellen Antigene durchlässig machen. Diese für das Parodontium gefährliche Durchlässigkeit kann anscheinend auch ohne sichtbare Zeichen einer Entzündung gegeben sein. Wenn die fSK von einer parodontalen Erkrankung herrühren, ist die Konzentration von Methylmerkaptan/Hydrogensulfat achtmal höher als in Kontrollpersonen (Yaegaki und Sanad).

Die Therapieempfehlung Prof. Ratcliffs zielt vor allem auf die Neutralisierung dieser Schwefelverbindungen. Er empfiehlt dazu die Anwendung von Chlordioxid ( $\text{ClO}_2$ ), einem starken Reduktionsmittel. Chlordioxid ist in den USA in Form von Spülmitteln oder in Form

einer Zahnpasta erhältlich. Insbesondere bei geringen Taschentiefen wird den Patienten gezeigt und empfohlen, die Zahnpasta von lingual mit einer Einwegspritze in die Interproximalräume zu drücken, um sie dann, eventuell mit Hilfe eines Zahnseidehalters, mit Zahnseide einzumassieren. Der Erfolg in Form einer reduzierten fSK-Konzentration in der Atemluft wird dann wieder mit dem Halimeter gemessen.

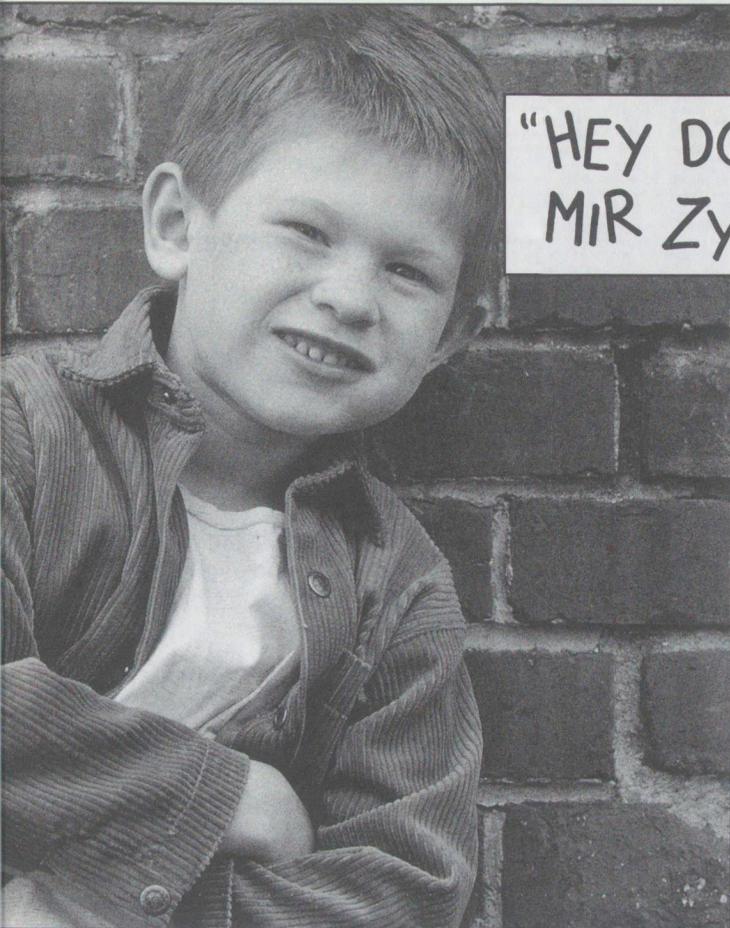
Zur besseren Motivation der Patienten werden diese darauf hingewiesen, daß die mit dem Halimeter erfaßten Schwefelverbindungen eine wesentliche Ursache von Mundgeruch sind. Zusammen mit den roten bzw. grünen Leuchtanzeigen des PerioTemp-Gerätes ergibt sich damit ein für die Patienten eindrucksvolles Instrumentarium zur Demonstration von Behandlungsbedarf und anschließendem Behandlungserfolg.

Es wird sicher noch eine Weile dauern, bis die entsprechende High-Tech-Apparatur auch in Deutschland üblich wird. Das Ende der Zeit, als zur Diagnose von parodontalen Erkrankungen und zur Beurteilung des Behandlungserfolges eine schlichte WHO-Sonde reichte, ist jedoch in Sicht.

*Christoph Becker, Kelberg*

*Hersteller der Geräte, auch Literaturlisten und Literaturauszüge: ABIODENT, INC. 33 Cherry Hill Drive Danvers, Massachusetts 01923 USA.*

*Prof. Ratcliffs non profit continuing education Organisation, Artikel und Literaturangaben: Update Foundation, INC. P.O. Box 2546 Scottsdale, Arizona 85252 USA*



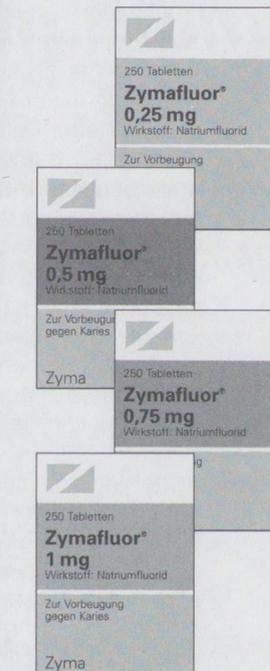
"HEY DOC, GIB  
MIR ZYMAFLUOR"

# Zymafluor®

gegen Karies

Der Profi für die Prophylaxe.

**Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg** (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Crospovidone; Lactose 1 H<sub>2</sub>O; Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,05 mg NaF (entspr. 0,5 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Lutschtbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Lutschtbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber NaF oder einem der Inhaltsstoffe. Zusätzliche systemische Fluorid-Anwendung, z. B. mit Trink-/ Mineral-/Tafelwasser. Früh- und Mangelgeborene, solange sie nicht gedeihen. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium, Magnesium, z. B. mit Milch und Milchprodukten, vermindert die Retention von Fluorid im Organismus nicht wesentlich. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.** **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,80. Zymafluor 0,5 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 11,55. Zymafluor 0,75 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 13,40. Zymafluor 1 mg: 250 Lutschtbl./N3 DM 14,95. Stand: 5/95



■ Zyma GmbH 81366 München

# Praxistage in München 1995

## Der Gewebedefekt

### Parodontium-Weichgewebe-Knochen: Therapiemöglichkeiten

Die Eröffnungsrede mit dem Motto: *Der etwas andere Kongreß* mit Live-OP hielt *Dr. Wolfgang Bolz*, Generalsekretär der European Association for Osseointegration (EAO) und seit 1989 Organisator der Münchner Kongresse für Osseointegration.

Zur Einstimmung in die Thematik zeigte *Dr. David Garber* (Atlanta) in einer beeindruckenden Dia- und Imaging Show die zwanzigjährige Entwicklung von „making the artificial look natural“ bis zu den heutigen Therapiemöglichkeiten des Esthetic Defect in Periodontics. Immer das „framework of the lips“ im Auge behaltend, zeigte er den Teilnehmern verschiedene Techniken der Weichteilmodellierung und des Zahnkronenaufbaues, um Zahn- und Gebißproportionen nach dem goldenen Schnitt zu erzielen, z.B. bei unvollständig durchgebrochenen Zähnen, Gingivarezessionen oder Knochenatrophien unter Brückengliedern.

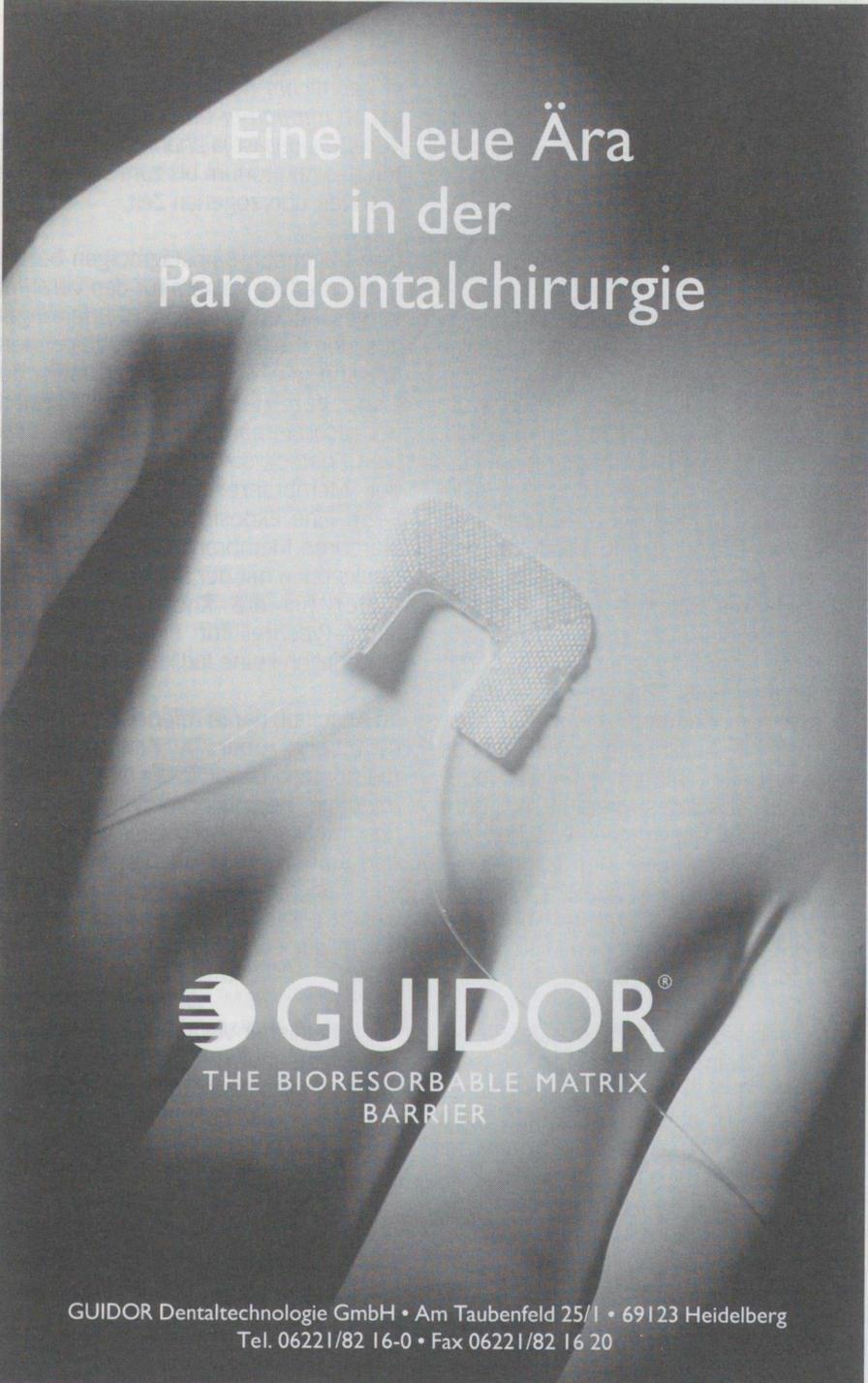
In der anschließenden Live-Operation, per Video aus der 150 Meter entfernten Praxis am Rosenkavalierplatz übertragen, zeigte *Dr. Hannes Wachtel* (München) die Einbringung von *GUIDOR-Membranen* zur Guided Tissue Regeneration (GTR). Schnittführung, Aufklapp-technik, Lappenmobilisierung, Handling der Membranen und spezielle Naht-technik wurden sehr anschaulich mit

direktem Sprech- und Hörkontakt zum Auditorium demonstriert. Die Teilnehmer bekamen außerdem ausreichend Gelegenheit, die vom Referenten entwickelten chirurgischen Instrumente (z.B.: ein Schleimhaut-Disector) mit gut ausbalancierten Griffen zu begutachten (bei *Aesculap* erhältlich). Ein neuartiger, über die Turbinenpreßluft angetriebener diamantbeschichteter Airscaler schaffte nach Aussagen des Operateurs völlig mühelos auch an schwer zugänglichen Wurzelpartien völlig glatte Oberflächen. *KaVo* bringt dieses Gerät demnächst auf den Markt.

In der Pause bis zur nächsten Live-OP stellte Kollege *Benni Amsel* sein Zahnarzt Imaging System (ZIS) vor, dessen sprachgesteuerter Computer bei der Erstellung des Par-Status eine Schreibkraft überflüssig machen soll. Die Vorführung löste Staunen und Kopfschütteln aus und geriet spätestens dann zum heiteren Intermezzo, als die Kunststimme des elektronischen Schreiberlings bei der Spracheingabe „Krone“ mehrfach mit „unbekanntes Wort!“ antwortete, bis aus dem Auditorium der Zwischenruf kam: „Ja, wo hat denn der studiert?“

Nach diesem Ereignis wurde eine weitere Live-OP übertragen. Gleichzeitig mit dem Auditorium diskutierend, demonstrierte *Dr. Markus Hürzeler* (Freiburg)

Eine Neue Ära  
in der  
Parodontalchirurgie



 **GUIDOR**<sup>®</sup>  
THE BIORESORBABLE MATRIX  
BARRIER

GUIDOR Dentaltechnologie GmbH • Am Taubenfeld 25/1 • 69123 Heidelberg  
Tel. 06221/82 16-0 • Fax 06221/82 16 20

die Anwendung der resorbierbaren *GORE/ RESOLUT-Membrane*, welche in diesem speziellen Fall ein besseres Spacemaking garantierte als Guidor, dessen integrierter Faden für die Adaption der Membrane außerdem ein Hindernis gewesen wäre. Der permanente Vergleich mit der ersten Live OP zeigte deutlich die Vorzüge und Nachteile der konkurrierenden GTR Membranen. Um den Kollaps einer frischen Extraktionswunde auszuschließen, wurde diese mit Bio-Oss-Material aufgefüllt und mit einer zweischichtigen Bioguide-Membrane, einer speziellen Entwicklung für die Guided Bone Regeneration (GBR), abgedeckt (beide Produkte von der Fa. *Geistlich, Wolhusen, CH*). Nach Fixierung der Membran am Knochen durch resorbierbare Spikes erfolgte die fehlende Schleimhautabdeckung durch ein epithelfreies Bindegewebs-Explantat aus dem Gaumen. Wichtig ist hierbei, daß die Anästhesie außerhalb des Explantationsgebietes erfolgen muß, um kein Vasokonstringens mit dem Explantat zu übertragen, welches die Einheilung gefährdet. Der Gaumendefekt wurde mit mikrogenem Kollagen (*Geistlich*) aufgefüllt und der fensterladenartige Gaumenlappen mit einer „Paketverschnürung“ adaptiert.

Der Operateur zeigte im Laufe dieses Eingriffes sein Multitalent als Wissenschaftler, Referent und chirurgischer Handwerker, ebenso Flexibilität im Umgang mit neuartigen Instrumenten. Ein ungewohnter Luxus war für ihn, gleich drei hervorragend eingespielte Operationshelferinnen zur Verfügung zu haben. Seine schweizerisch trockenen, humorvollen Kommentare („da muß ich

*ja gar nichts mehr selber machen; die geben mir immer die rechten (richtigen) Küretten, das ist ja phantastisch“*) fesselten das Auditorium bis zum Schluß, trotz der weit überzogenen Zeit.

Den folgenden Samstagmorgen begann *H. Wachtel* mit seinem für den Vorabend vorgesehenen Vortrag: GTR-Erfahrungen aus der Praxis. Er verglich zusammenfassend die Einsatzmöglichkeiten der bisher gezeigten Filler und Membranen, der resorbierbaren und der Titan-Spikes (von *Friatec*), sowie den Biochemismus der Membranresorption. Signifikantes Fazit: Eine Exposition der neuen resorbierbaren Membranen ist selten, da der Decklappen mit der Membrane verklebt. Außer für die Knochenregeneration sieht *Wachtel* für nichtresorbierbare Materialien keine Indikation mehr.

Im Anschluß daran referierte *Jan Gofflow* (Göteborg) über: A new resorbable membrane: *GUIDOR*. Es war eine 75-minütige beeindruckende Dokumentation mit vielen Fallbeispielen, Grafiken und Statistiken. Er erläuterte das spezielle Design dieses Materials, den Vorteil des im Kragen integrierten Fadens, sowie die Funktion des Weichmachers ATBC.

Mit erheblicher Verzögerung kam wieder *M. Hürzeler* zum Zuge, der mit viel Verve seine Erfahrungen darlegte über: Eine neue resorbierbare Membran: *GORE/ RESOLUT*. Laut *Hürzeler* hat *Prof. Schroeder* (Zürich), vehemente Kritiker der GTR-Techniken, angesichts der neuesten histologischen Befunde nunmehr eingeräumt: „Vielleicht gehts doch!“ Als sein „Schlüsselerlebnis“ bezeichnete *Hürzeler*

seine Versuche an Affen, wo keine einzige Dehiszenz beobachtet wurde. Bei entsprechender Indikationsstellung hält er die Ergebnisse für *GORE* oder *GUIDOR* gleichgut.

Auf die Frage, welcher Filler, außer dem autologen Knochen, empfehlenswert sei, bat er um Geduld, da hierzu in Kürze eine Veröffentlichung käme. Er garantiert, daß in etwa 10 Jahren ein Produkt mit Wachstumsfaktoren auf dem Markt sein wird. Nach der neuesten Studie von *Becker* hat gefriergetrockneter Knochen tatsächlich keinerlei osseoinduktive Wirkung.

Die anschließende Kurzdiskussion mit allen Referenten hatte wegen der fortgeschrittenen Zeit mehr symbolischen Charakter.

Im folgenden Vortrag widmete sich *D. Garber* wiederum ästhetischen Gesichtspunkten: Gingival esthetics „Success by Design“. Sein Hauptanliegen war diesmal die Eliminierung des „gummy smile“, scheinbar das Heiratshindernis „number one“ junger Amerikanerinnen. Um dies „herauslachende Oberkieferzahnfleisch“ zu beseitigen, werden mittels chirurgischer und einzelzahnprothetischer Maßnahmen die Zahnkronen optisch nach apical verlängert, oder auch mal ein ganzer Oberkiefer abgetrennt, um ihn verkürzt wieder zu adaptieren. Das von den Damen gewünschte Model-Einheitslächeln, abgekupfert aus Playboy oder Modezeitingen, ist das Ziel, oder auch mal eine schmallende, daueraktiv hochgewölbte BB-Oberlippe durch Einpflanzung eines *GORE-TEX® SAM Facial*

*Implants: Großer Lacherfolg! David Garber* ist sich sicher, daß wir uns auf einen derartigen Bedarf in Europa einstellen müssen! In der Tat zeigte er uns die sehr gelungene und wirklich erfreuliche orale Weichteil- und Zahnrekonstruktion eines Hamburger Models und (endlich ein Mann) einen italienischen Grafen, welcher ebenfalls sehr erfolgreich seine Haut zu Markte getragen hatte. Aus den Projektoren *David Garbers* sprudelten die „soft tissue augmentations“ nur so heraus, seine digitale Bildverarbeitung war intelligent, der Zahnersatz vom Feinsten und dem amerikanischen „Markt“ entsprechend auch wiederum sehr uniform. Mir stellt sich allerdings die Frage, ob die jungen Kundinnen ihre Dollars nicht besser zum Psychotherapeuten getragen hätten.

In der dritten Live-OP zeigte *M. Hürzeler* die Rekonstruktion eines Kammdefektes, ein Inlay-Graft, kombiniert mit einem Bindegewebs-Epithel-Transplantat, um die eingefallene Alveole unter einem zukünftigen Brückenglied aufzubauen: Das Epithel der Empfangsstelle wird abgefräst und das Transplantat mit der bindegewebigen Seite durch eine Zugnaht auf die epithellose Stelle aufgebracht; zusätzliche Sicherung durch eine Paketverschnürung. Der provisorische Pontex wird zunächst drucklos inkorporiert, nach zwei Wochen jedoch zu einem Kompressionspontex abgeändert, um das Inlay-Graft nach buccal zu drängen. Die Explantationsstelle am Gaumen wird ohne Zugnähte locker mit einer netzartigen Vernäherung versorgt. Während des Eingriffes kommentierte *Wachtel* die zur Zeit gebräuchlichen Gingivarekonstruktionen.

Im Referat *Der freiliegende Zahnhals* von *H. Wachtel* war die envelope technic besonders frappierend und einleuchtend. Hierbei wird ein halbkreisförmiges Epitheltransplantat wie die dreieckige Klappe eines Briefumschlages in den Sulcus eingeschoben.

In der vierten Live-OP (Kommentator *W. Bolz*) waren je eine Gingivarezession im zweiten und ersten Quadranten zu decken. Zunächst ging *M. Hürzeler* an's Werk, um dem Auditorium die Technik eines mit subepithelialelem Bindegewebe unterfütterten, lateralen Verschiebelappens zu zeigen. Mesial und distal der Rezession des weit buccal sitzenden Eckzahnes wurden breitbasige, bandartige Lappen gesplittet, sodann mit nur einem Schnitt (Applaus) das Bindegewebe aus dem Gaumen entnommen und als Diffusionsbrücke auf den Zahnhals gelegt, mit einer gekreuzten Catgut Umschlingungsnahnt fixiert, die beiden Splitlappen darüber geschwenkt und diese mit quer verlaufenden Adaptionsnähten gesichert.

Die weniger stark ausgeprägte Rezessionsdeckung am rechten Eckzahn war sodann die Aufgabe von *H. Wachtel*, welcher von der Schmelz-Zementgrenze ausgehend mesial und distal je einen bogenförmigen Splitting-Schnitt ins Vestibulum führte und nach einer Periostschlitzung (stumpf, mit Schere) den breitbasigen, vollen Lappen nach incisal über den keilförmigen Defekt zog; fixiert wurde mit Knopfnähten.

Nach einer wiederum sehr kurzen Diskussion endete der Samstagabend mit dem Besuch des Nikolaus, der alle an

diesem „Werktagen“ einschließlich der fünf Zahnarthelferinnen mit kleinen Aufmerksamkeiten bedachte. Im Foyer stand der Glühwein bereit.

Zu Beginn des letzten Kongreßtages zeigte *Frau Wächter (Fa. Geistlich)*, daß Bio-Oss gleich gute knochenbildende Eigenschaften habe wie autologer Knochen. Derweil liefen in der benachbarten Praxis die Vorbereitungen für die fünfte Live-OP an: Knochenentnahme und Augmentation bzw. Implantation. Bei einer kurzen Einblendung aus dem OP hörte man schrilles Hämmern: Der plastische Chirurg *Hans Leo Nathrat* war soeben dabei, ein 60 x 60 x 4 Millimeter großes Stück aus dem Beckenkamm zu meißeln.

Zwischen den kurzen Einblendungen aus dem OP beleuchtete *W. Bolz* die neuen Behandlungswege durch seinen Vortrag: Rekonstruktion durch Regeneration-Transplantation-Implantation. Er systematisierte die bisher gezeigten Wege und überraschte mit dem Hinweis, daß er neuerdings das Sofortimplantat befürworten könne. Da autologer Knochen nicht immer zur Verfügung stehe, sei die Entwicklung des xenogenen Knochens ( z.B.: Bio-Oss ) die große Hoffnung. Er bezweifelt, daß die einzeitigen Sinuslift-Implantationsverfahren langfristig erfolgreich sein würden.

Während sich *W. Bolz* für die Sinuslift-Operation vorbereitete, sprach *M. Hürzeler* über die Fortschritte bei der Entwicklung von Fillern. Er ist davon überzeugt, daß in gut zehn Jahren auf den autologen Knochen verzichtet werden kann.

# Präzision

im Detail



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

Übrigens: Kompetenz kommt von Können, Qualität von Niveau.

ZAHNTECHNIK  
**Scharl**

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

Die Einblendung aus dem OP zeigte das Operationsteam bei der „Ernte“ für die Sinuslift-Operation. Nach dem Zermahlen des Knochens und Verrühren mit Eigenblut ging *W. Bolz* mit äußerster Behutsamkeit daran, aus der Kieferhöhlenwand mit Zehntelmillimeter Meißelschlägen eine Klappe herauszulösen, die Kieferhöhlenschleimhaut vorsichtig nach innen zu schieben und den knöchernen „Fensterladen“ nach oben hinein zu schwenken. Nach bedächtigem Unterfüllen der Knochenklappe mit dem Blut-Knochen-Teig wurde die Fensterung mit einer *Bio-Guide-Membrane* verschlossen, die Mundschleimhaut darübergerlegt und vernäht. In spätestens einem Jahr soll implantiert werden.

Das im Anschluß daran vorgesehene Round Table Gespräch konnte der

Protokollist nicht mehr verfolgen. Es war dennoch erneut ein spannendes und lehrreiches Wochenende.

Wolfgang Bolz und seinem Team sei Dank !

*Dr. Steffen Wander  
München*

### TIPS AUS DER PRAXIS

Zur Reinigung von Abdruckklöfeln kann man statt Traypurol oder vergleichbaren Mitteln aus dem Depot sehr gut einen halben Becher Waschpulver auf ca. 1,5 Liter Wasser verwenden. Ein bis zwei Tage einwirken lassen. (Weigert 04-94)

*Quelle: Kniffologie, zu beziehen bei  
Dr. Forscher, Köhlesrain 86, 88400 Biberach  
Tel. 07351 232788 Fax 07351 31667*



**MEYER** Superdenta  
MEYER Superdenta  
MEYER Superdenta

Erbacher Str. 33  
65346 Eltville am Rhein  
Tel. 06123 - 10 60  
Fax 06123 - 6 39 38

## Pulpendiagnostik mit System

Eine häufige Situation in einer Sozietät: Ein Patient von mir erscheint in der „Schicht“ meines Kollegen als Schmerzfal. Wie bei übrigen den meisten diagnostischen Beurteilungen, die wir Zahnärzte vorzunehmen haben, gilt auch bei der Diagnose des Endodonts: Die Momentaufnahme besagt fast nichts, die Verlaufskontrolle besagt fast alles.

Pulpitische Beschwerden müssen zudem auch unter Berücksichtigung möglicher Blutdruckschwankungen wie auch Veränderungen der Abwehrlage, der immunbiologischen Belastung bewertet werden. Hierzu ist sorgfältige Dokumentation mit nachvollziehbaren Vergleichsparametern unerlässlich.

Es durfte also nicht bei der früher üblichen einfachen Diagnose „Vp (+) oder Vp (-)“ bleiben. Wir begannen also, die Untersuchungen auszudehnen.

Die Untersuchung auf Kälteempfindlichkeit geschieht mit Kohlensäureschnee (bei jedem Arbeitsplatz steht eins der praktischen, von *Dr. Happ* entwickelten Geräte). Für die Testung auf Hitzeempfindlichkeit verwenden wir über der Flamme erwärmte Guttapercha-Stangen. Der Perkussionsschmerz soll durch leichtes, dosiertes Klopfen mit einem Handinstrumentengriff inzisal/okklusal auf den zu testenden Zahn provoziert werden. Die Apikalregion wird vestibulär und oral mit der Fingerkuppe auf Druckempfindlichkeit untersucht. Die letzte und ausschlaggebende Untersu-

chung ist die Provokation des Bohrschmerzes. Hierbei sind Fehldeutungen dadurch möglich, daß Entzündungsercheinungen im Desmodont, speziell im Apikalraum, die auftretenden Bohrvibrationen per Stempeldruck als positive Bohrprobe erscheinen lassen können. Dies kann dadurch verhindert werden, daß der Zahn während dieser Bohrprobe mit Daumen und Zeigefinger des Behandlers körperlich festgehalten wird. In der Aufzählung der Untersuchungsmethoden fehlt hier - nicht ohne Absicht - die Testung mit elektrischen Pulpenprüfern, denn sie kann mißverständlich sein (bei feuchter Gangrän) und ist bei Kronen nicht anwendbar, wobei festzustellen ist, daß ein immer größer werdender Anteil der „Probanden“ überkront ist.

Alle diese Untersuchungen haben natürlich unter Mittestung unverdächtiger Referenzzähne zu erfolgen, um die generelle Empfindlichkeit der Zähne des Patienten berücksichtigen zu können.

Der Untersuchungsgang ist standardisiert und mit ganz geringem Zeitaufwand durchführbar. Der „Stau“ entstand in der Dokumentation, weil etwa geschrieben wurde: 26 und 27 erhöht hitzeempfindlich, 27 erhöht kälteempfindlich, 26 ganz gering kälteempfindlich (Linderung?), 27 gering, 26 stark klopfempfindlich, leichter Apikalschmerz bei 26.

Es wurden daher Wege der Abkürzung beschritten unter Verwendung der Symbole (+) und (-). Auch hierbei mußten wir eine gewisse Mißverständlichkeit konstatieren, da ja im Ergebnis die Untersuchung Perkussion (+) keines-

wegs bedeuten darf : Vp (+). Der praxisbewährte Vorschlag zur Dokumentation lautet also jetzt: **Abkürzung der Untersuchungsarten: Hitze ( H ), Kälte ( K ), Perkussion ( P ), Apikaldruck ( A ) und Bohrschmerz ( B).**

Alle diese Untersuchungen werden unter Berücksichtigung des allgemeinen Empfindlichkeitsniveaus (Referenzzähne!) mit den Qualitäten „0“, „1“ oder „2“ bewertet, also keine, geringe oder starke Reaktion. Lediglich bei der Kälte kommt eine vierte Qualität dazu, nämlich „L“ für Linderung. Die Dokumentation für unseren obigen Patienten lautet also: 26 H1 KO (L?) P2 A1, 27 H1 KO P1 A0. Bei diesem Patienten wird schon der Erstuntersucher erkannt haben, daß der Versuch, 26 vital zu erhalten, praktisch ohne Chance war. In vielen anderen Fällen wird aber eine derartig qualifizierte Verlaufskontrolle zum Ergebnis führen, daß mit okklusaler Entlastung (sK) und Isolierung/Imprägnierung (üz) eine nur zeitweise irritierte Pulpa bleiben darf, wo sie ist.

Der Aufwand für diese Diagnostik und Dokumentation ist gering und praxisbewährt. Wir möchten dies Vorgehen deshalb zur allgemeinen Anwendung empfehlen.

*Dr. Till Ropers  
Steinkirchen*

**„Der Sturz des kapitalistischen Systems ist unvermeidlich. Er wird durch die Einkommensteuer erreicht werden.“** Ephraim Kishon

## Der Hausbesuch

Als ich der *forum*-Redaktion einen kurzen Artikel über das Thema „Hausbesuch“ ankündigte, konnte ich nicht ahnen, daß kurz darauf eine Publikation über die gleiche Thematik im „Dental Spiegel“ vom November 1995 erscheinen würde. Unter der Überschrift „Zahnärztliche Betreuung von immobilen Patienten“ interviewt Dr. Hetz den hessischen Zahnarzt Dr. Bodo Vogl. Die dort getroffenen Feststellungen und ihre Bewertungen kann ich nicht immer teilen, obwohl ich in Herrn Vogl einen Kollegen mit sozialem Denken erkenne, dem Arztsein mehr bedeutet als Heilbehandlungen zu verkaufen.

Zunächst einmal: Objektiv hat es nie eine Versorgungslücke auch für immobile Patienten gegeben. Es war seit jeher möglich, für erforderliche Behandlungen, auch Zahnbehandlungen, einen liegenden Krankentransport zu bestellen, um die erforderlichen Maßnahmen in der gewohnten Logistik ( Personal, technisch-apparative Ausstattung, Verfügbarkeit aller Materialien, vor allem aber Hygiene) durchführen zu können. Diese Möglichkeit ist allerdings überaus selten genutzt worden, nicht etwa wegen der hohen Kosten - die von allen Krankenkassen selbstverständlich übernommen werden müssen -, sondern wegen der Organisation, der Unruhe für den Patienten und die häuslichen Betreuer.

Glücklicherweise hat der dauerhaft bettlägerige, der schließlich moribunde Patient oft eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit. Entscheidend für den tatsächlichen Behandlungsbedarf muß

in erster Linie der subjektive Behandlungsbedarf des Patienten sein.

Daraus folgt - und ich habe es noch nie anders erlebt - daß außer Schmerzbehandlung und Reparaturen an herausnehmbarem Zahnersatz keine Behandlungen am / im Krankenbett nachgefragt werden.

Wenn Patienten immobil werden, setzt oft auch bald eine finale Abmagerung, ja, Auszehrung ein. Wenn die Fettpolster auch der Mundschleimhäute einschmelzen, liegen die Prothesen hohl und fallen die Weichteile ein. Insoweit hat die funktionelle Wiederherstellung auch kosmetische Auswirkungen. Ich erinnere mich gut an die krebserkrankte Kapitänswitwe, die mir sagte: „Doktor, Sie müssen mich schön machen für die letzte Reise!“. Gern habe ich sie durch sorgfältige Unterfütterung mit Weichteilpolstern zufrieden gestellt, während ich den Betreuern von Alzheimer - Patienten lieber von Veränderungen an den Zahnprothesen abgeraten habe, da ja jede Änderung nur zu inkorporieren ist, wenn noch ein wenig Lernvermögen und Kooperationsbereitschaft beim Patienten vorhanden ist.

Ich halte nicht so viel davon, wenn, wie jetzt in Hessen begonnen, mobile Praxen bei den Bezirksstellen der Kammer deponiert werden. Sie kosten Geld und können dem Imaging der Zahnärzteschaft nützlich sein, füllen aber keine Bedarfslücke aus, denn Schmerzfälle bei immobilen Patienten treten unplanbar spontan auf und bedürfen unverzüglicher Hilfe. Nach telefonischer Anamneseerhebung wird dann mein

Koffer gepackt, mit Mikromotor für Druckstellenentfernung oder Einschleife, mit Abdruckmaterial und Löffeln für Erweiterungen oder Unterfütterungen oder: Mit Injektion, Zangen, Wurzelhebern, was man so zur Zahnentfernung braucht.

Natürlich extrahiere ich auch im Dämmerlicht der Nachttischlampe und ohne Absaugmöglichkeit unter dürrtigen Hygienebedingungen, bis jetzt habe ich aber noch jede abgebrochene Wurzel herausbekommen.

Ich brauche dazu kein chromblitzendes Gerät, sondern ein breites Kreuz, um die Risiken des jeweiligen Eingriffs tragen zu können. So schlimm ist es andererseits auch wieder nicht, denn kommt morgen die verflixte erste ambulante Wurzel, die partout nicht herauswill (oder die unstillbare Blutung), werde ich einen Krankenwagen bestellen und mir überlegen, ob die Fahrt in meine Praxis oder gleich zum Kieferchirurgen gehen soll. Es nützt mir gar nichts, wenn ich für eine solche Behandlung in drei Tagen eine mobile Behandlungseinheit bekommen kann, deren Abholung, Aufbau und Inbetriebnahme, danach Abbau und Rücktransport mich Stunden kosten.

Natürlich werde ich bei Hausbesuchen keine Füllungen, Endodontie oder gar festsitzende Prothetik machen können. Doch ich bin sicher, daß Patienten mit derlei Behandlungsbedarf in der Regel keinen liegenden Transport brauchen, um - wenn auch manchmal mit Mühsal - in die Praxis zu kommen. Sie tun es gerne, denn neben der viel qualifizierteren Hilfe erleben sie durch die Fahrt und

die Kontakte mit anderen Menschen eine willkommene Abwechslung aus der oft quälenden Isolation ihres Zimmers, auf das sich ihre Welt reduziert hat.

Nein, lieber Dr. Hetz, Sie täuschen sich, wenn Sie unter der Überschrift „Hausbesuche“ künftig sprudelnde Honorarquellen vermuten. Mein Lohn liegt in der Zufriedenheit, ärztlich tätig sein zu können. Mir liegt das viel mehr als ein Video-gestütztes Verkaufsgespräch über gefräste Keramik- Implantat-Sanierungen mit automatisch garan-

tiertem Lächeln, Eichenlaub und Schwertern.

Mein Lohn liegt aber auch im Dank des Patienten, in der Anerkennung durch seine Angehörigen, bei denen ich im Bedarfsfalle über so viel Glaubwürdigkeit verfüge, daß ich für die eine oder andere fällige Überkronung kein Verkaufsgespräch werde führen müssen.

*Dr. Till Ropers,  
Steinkirchen*

**‘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

## Trendwende bei Berufsgerichtsverfahren ?

Daß für die Zahnärztekammern die Beachtung des § 12 der Berufsordnung (Wahrung der Kollegialität) offenbar wichtiger ist als die des § 1,1 („Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen“) - diese Erfahrung haben viele Kollegen gemacht, die Fehler und Mängel zahnärztlicher Behandlungen nicht nur gesehen, sondern darüber gesprochen oder geschrieben haben. Auch in dieser Zeitschrift wurde das Thema immer wieder behandelt, zuletzt im forum 40 (S. 17) und im forum 41 (S. 113) - gerade letzterer Beitrag berichtete über das Berufsgerichtsverfahren gegen einen Kollegen, der die Behandlung eines Patienten als das bezeichnet hatte, was sie zweifellos- und gutachterlich bestätigt- war: „Schrott und Pfusch“. Verurteilt wurde dafür aber nicht der Verursacher, sondern der, der darüber gesprochen hatte. Ein skandalöses Urteil- gleichwohl rechtskräftig, da dem beschuldigten Zahnarzt offensichtlich Nerven und Mut fehlten, in die Berufung zu gehen. Das war vor zwei Jahren.

Jetzt wurde in München ein Berufsgerichtsverfahren rechtskräftig abgeschlossen, das möglicherweise eine Trendwende einleitet, denn diesmal wurde der Zahnarzt, der sich kritisch über seine Kollegen geäußert hatte, freigesprochen:

Auf Antrag von Dr. S. hatte die Zahnärztekammer gegen Dr. E. Riedel, München, ein Berufsgerichtsverfahren wegen Verstoßes gegen § 12 angestrengt, weil dieser mit seinen Äußerungen in einer Fernsehsendung (Report) „den Berufsstand der Zahnärzte verunglimpft hat.“ Riedel hatte in dieser Sendung gesagt: „Die Qualitätskontrolle muß sich auf die Bereiche erstrecken, wo Zahnärzte allerdings sehr methodisch aufgrund mangelnden Wissens und auch mangelnden Willens zum Teil sehr methodisch Patienten schlecht behandeln und zum Teil nur, um eine möglichst große Gewinnsituation am Ende des Jahres zu haben.“ In einer Stellungnahme an den zahnärztlichen Bezirksverband München hatte Riedel weiterhin festgestellt: ...“Daß besonders auch diese Zahnärzte erhebliche Probleme mit der von mir und vielen anderen Kollegen derzeit und schon früher laut vorgetragenen Kritik haben, weil sie mit ihrem schnellen Pfusch viel lieber unbeobachtet bleiben wollen, bedarf keiner weiteren Erklärung. Aus diesem Blickwinkel jedoch ausgerechnet mir und anderen die Berufsordnung vorzuhalten, halte ich für eine abenteuerliche verschiebung der Wertigkeiten innerhalb unseres Berufsstandes. Wenn eine Berufsvertretung meine Gedanken und die unzähliger Kollegen verurteilt, so muß sie sich dann allerdings fragen lassen, ob sie nicht so gerade und ausgerechnet die Feinde un-

seres Systems schützt.“ Diese Ausführungen hat Kollege Riedel dann auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vorgetragen und dabei klargemacht, „daß er mit seinen Äußerungen nicht beabsichtigt habe, seinen Berufsstand zu verunglimpfen. Ihm sei es vielmehr darum gegangen, Mißstände aufzuzeigen, um die Notwendigkeit seiner Forderungen nach Qualitätskontrollen zu begründen.“ Auch im Schlußwort der beanstandeten Fernsehsendung, so das Gerichtsprotokoll, habe Dr. Riedel gesagt: „...möchte ich einfach einen Tropfen auf diesen Stein geben und möchte erreichen, daß eine konkrete Diskussion in Gang kommt, wie wir als Zahnärzte in der Öffentlichkeit wieder glaubwürdig vor unseren Patienten dastehen.“

Das Gericht stellte in seiner Urteilsbegründung fest: „Die Berufsordnung der bayerischen Zahnärzte ... kann jedoch nicht zu einem totalen „Maulkorberlaß“ für sämtliche bayerischen Zahnärzte verwendet werden.“ „Unter Zugrundelegung des Verständnisses der Angaben des Beschuldigten hat dieser in vom Grundgesetz gedeckter Weise von seinem Recht Gebrauch gemacht, seine Meinung frei zu äußern.“ „Deshalb war Dr. Riedel vom Vorwurf der Berufspflichtverletzung freizusprechen.“ -Der Bezirksverband München hat auf eine Revision verzichtet- und wird es sich wohl in Zukunft zweimal überlegen, Kritiker per Gerichtsbeschuß zum Schweigen zu bringen. (Aktenzeichen BG - Z3/95)

*Dr. Hanns-W. Hey München*

## Das war ein schönes Weihnachten!



**(oder: Eine schöne Bescherung:)**

„Nichtmetallische Amalgam Alternativen“  
ISBN 3-928588-14-1

Da bekamen wir doch von unserer Zahnärztekammer in Zusammenarbeit mit der KZV zum neuen Jahr ein Geschenk, etwas Positives, ein richtiges Buch im Wert von DM 70.-, wie es die beiliegende Bestellkarte offenbarte und das uns, worauf das Begleitschreiben unserer Standesvertretung hinweist, „eine gute Hilfestellung bei der Materialauswahl geben kann“. Durch eine gemeinsame Bestellung konnte die ZÄK/KZV einen günstigen Preis erzielen, so teilten sie uns mit. Und zusätzlich konnten sie auf der zweiten Seite auffällig für sich werben. Aber was macht's, das ganze Buch wird durch Werbung finanziert und der aufmerksame forum-Leser wird ja aus dem forum 51, Seite 81 wissen, daß man dieses Buch für DM 10.- Schutzgebühr vom Sponsor, der Dentsply DeTrey, direkt bekommen kann. Außerdem wird der Reisende der Firma einem das Buch wohl auch so in die Praxis bringen, wenn man sich **das** Material demonstrieren läßt - das ist ja auch alles gut und in Ordnung und ich möchte Dank sagen.

Informationen nach dem Amalgamdilemma sind wirklich wichtig, denn da gibt es offene Fragen. Und es werden hier von

sehr qualifizierten Autoren aus der Hochschule Fragen beantwortet. Es kommen Antworten, die uns passen und andere, die wir von unseren Standespolitikern so nicht gehört haben, nämlich, daß man bei der Verarbeitung von dem Material nur 56% der Zeit - im Vergleich zum Amalgam - braucht und nur 57% der Kosten entstehen. Das wird die nächste Abwertungskommission gerne zu Kenntnis nehmen und der Kollege in der Praxis der Realzeit bzw. den Realkosten hinterherhecheln. Aber auf die Frage, was uns alle diese Probleme gebracht hat, auf die wird mit keinem Wort eingegangen. Die Indikationsbeschränkungen des Amalgams erfolgten (neben der möglichen Ausnahmesituation Allergie) allein aus „**vorbeugendem Gesundheitsschutz**“. Wie steht es damit bei den plastischen Alternativen?

Darauf gibt es keine Antwort. Was nützt langfristig ein Vergleich der mechanischen, der Ästhetischen, der verarbeitungstechnischen oder der wirtschaftlichen Eigenschaften von „Ersatzmaterialien“ zum Amalgam, wenn nicht die Kernfrage geklärt ist, ob diese auch „gesundheitlich“ ein Ersatz sein können. Schlittern wir hier nicht unbedacht in ein neues Abenteuer mit sicherlich geringerer Halbwertszeit als der des Amalgams??

*Dr. Ulrich Happ,  
Hamburg*

PS: und was ist nun **das** Material? Ich will nur sagen: Lesen bildet.

### **Doktor Raffkes gesammelte Fouls** *Eine unregelmäßige Folge besonderer Liquidationsfälle*

Martin H. wollte sich von Dr. Sch. eigentlich nur zwei Füllungen erneuern lassen. Der Zahnarzt empfahl ihm jedoch Teilkronen für die Zähne 17 und 18, womit der Patient auch sofort einverstanden war. Erstaunt war der Zwanzigjährige dann jedoch, daß er, obwohl frei von Kiefergelenksbeschwerden, Funktionseinschränkungen und irgendwelchen anderen Kauproblemen, neben dem Heil- und Kostenplan für seine Krankenkasse einen zusätzlichen Kostenvoranschlag ausgehändigt bekam: „für funktionsdiagnostische Maßnahmen“ 2370,65 DM. H. hätte also mit einem Eigenanteil von 3500.- DM für die beiden Teilkronen rechnen müssen.

Zahn	Nr.	Art der Leistung	Satz	DM
17,18	800	Befunderh. d. stomatogn. Syst.	3,5	192.50
-	2x801	Registrieren Zentrallage des UK	10,0	396.00
-	802	Modellmont., arbit. Achsenbest.	10,0	440.00
-	2x804	Montage Gegenkiefermodell	10,0	440.00
-	805	Registrieren halbbind. Artikulator	9,2	354.20
-	807	Aufbau Frontzahnführung	4,3	70.95
-	808	Diagnose am Modell	3,3	72.60
-	10x810	Subtraktive Maßnahmen	3,3	54.40
einschließlich Material u. Laborkosten (350.-)				<b>2370.65</b>

Doch der Patient machte das, was er von seinen eigenen (Schreiner-) Kunden kennt: Er ließ sich von einem anderen Zahnarzt untersuchen, beraten, einen neuen Heil- und Kostenplan ausstellen, dort dann auch behandeln und bezahlte schließlich nur den üblichen Eigenanteil gesetzlich Krankenversicherter (530.-DM). Auf diese Weise hat sich das Problem so gelöst, wie wir es in heutigen Abrechnungsseminaren lernen: marktwirtschaftlich. *H. H.*

## **Erfreuliche Verbesserungen bei der Jodversorgung Aber weitere Anstrengungen nötig**

Etwa 60 Prozent der Bäcker und bis zu 70 Prozent der Fleischer verwenden einer aktuellen Umfrage zufolge bereits Jodsalz bzw. jodiertes Pökelsalz zur Herstellung ihrer Back- und Fleischwaren. Bäcker und Fleischer leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Jodversorgung in Deutschland und sind somit ein gutes Vorbild für die Lebensmittelindustrie. Dies berichtete der Arbeitskreis Jodmangel, Bonn, am vergangenen Wochenende anlässlich seiner diesjährigen Jahrestagung in Ludwigsburg.

Erfreuliche Fortschritte bei der Verbesserung der Jodversorgung wurden jedoch auch aus anderen Bereichen gemeldet: So ist die Zahl der Haushalte, die Jodsalz oder fluoridiertes Jodsalz verwenden, in diesem Jahr ebenfalls weiter angestiegen. Markterhebungen zufolge würzen derzeit etwa 70 Prozent der Haushalte ihre Speisen ausschließlich mit Jodsalz bzw. "Jodsalz mit Fluor". Letzteres beugt nicht nur jodmangelbedingten Schilddrüsenerkrankungen vor, sondern wirkt durch einen Zusatz von Fluorid darüber hinaus auch der Entstehung von Zahnkaries entgegen, die in der Bundesrepublik ebenso wie in anderen Industriestaaten weit verbreitet ist. In Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung verwenden etwa 80 Prozent der Betriebe, vorwiegend Betriebsrestaurants, Kantinen und Mensen Jodsalz zur Zubereitung ihrer Speisen. Aus der Gastronomie liegen hierzu keine Zahlen vor.

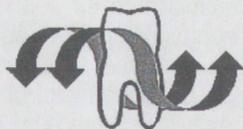
Auch in der Lebensmittelindustrie wird in immer größerem Umfang Jodsalz verwendet. Vorwiegend sind es hier Fleisch- und Wurstwaren, Getreideerzeugnisse, Dosenkonserven, Fertigsuppen und andere Fixprodukte sowie Kinder-Fertiggerichte, die mit Jodsalz hergestellt werden. Gleiches gilt für Tiefkühlerzeugnisse, bei deren Herstellung ebenfalls immer öfter Jodsalz verwendet wird. Besonders erfreulich sei vor allem, so die Experten des Arbeitskreises Jodmangel, daß für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern alle Fertigmilch- und ein Großteil der Getreideprodukte mit Jod angereichert seien. Die Jodversorgung der mit Fertigmilch ernährten Säuglinge sei somit optimal, während gestillte Säuglinge oft noch nicht ausreichend mit Jod versorgt würden.

Die Anhebung der Jodaufnahme mit der Nahrung führt nunmehr auch zu einer nachweisbaren, wenn auch bisher nur leichten Verbesserung der Jodversorgung bei der Bevölkerung. Die positive Wirkung ist insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern feststellbar. Besonders hervorzuheben sei vor allem, daß die Zahl der Säuglinge, die bereits mit einem jodmangelbedingten Kropf geboren werden und später Entwicklungsstörungen aufweisen, drastisch gesunken ist.

Bei älteren Personengruppen habe sich die Jodausscheidung als Merkmal des Versorgungsstatus dagegen noch nicht oder nicht in nennenswertem Umfang erhöht, weil hier erst die körpereigenen Speicher aufgefüllt werden müssen. Aus diesem Grund forderte der Arbeitskreis Jodmangel auf seiner Tagung, daß auch

*Fortsetzung auf Seite 73*

# Gruppenprophylaxe in Düsseldorf- eine Gemeinschaftsaufgabe



Die Aktion Zahngesundheit der Landeshauptstadt Düsseldorf besteht seit knapp 10 Jahren. Sie gründete sich 1986 als Zusammenschluß der in Düsseldorf ansässigen gesetzlichen Krankenkassen und der Stadt. Die Initiative basierte auf hoher Motivation und großem Engagement der beteiligten Vertragspartner in einem Bundesland, das die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf der Basis des "Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" von 1934 wahrnimmt und in dem die Aufgaben des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen über eine Richtlinie auf Landesebene festgelegt sind. Mit dem § 21 SGB V des GRG 1988 bzw. des GSG 1992 fand die Aufgabenstellung der Aktion Zahngesundheit gesetzliche Bestätigung ihrer Arbeitsinhalte und ihrer Organisationsform. § 21 SGB V bewirkte aber auch den Beitritt der zahnärztlichen Körperschaften als Mitglied der Aktion Zahngesundheit.

Die im folgenden vorgestellten Betreuungskonzepte sind in Düsseldorf über einen inzwischen fast 10jährigen Zeitraum gewachsen: Schrittweise wurde die Kindergartenbetreuung aufgebaut, bis sie Flächendeckung erreichte, und erst danach wurde das Schulprogramm eingeführt. Analog fand auch die personelle Ausstattung ihren stufenweisen Ausbau.

## Betreuungsprogramm für Kinder im Kindergartenalter

Es ist bekannt, daß sich Verhaltensmuster in der frühen Kindheit prägen. Eine Einflußnahme über Gesundheits-"Erziehung" für hygienische und Ernährungsgewohnheiten zu einem späteren Zeitpunkt ist gegenüber dem Kleinkindalter sehr viel komplizierter und bedarf anderer Maßnahmen und Methoden.

Das Kindergartenprogramm setzt deshalb schwerpunktmäßig auf die Säulen

- Zahn- und Mundhygiene
- Ernährungslenkung
- Angstabbau vor dem Zahnarzt

Durch insgesamt 16 Prophylaxeberaterinnen werden diese Themen jeder Kindergartengruppe an jährlich 3 Vormittagen vermittelt. Einen 4. Vormittag zum Thema Zahngesundheit verbringt jede Kindergartengruppe in einem der 3 Mundhygienezentren der Aktion Zahngesundheit.

Eine bedeutsame Rolle in diesem Konzept hat die Elternarbeit (Vorbildrolle der Eltern) und die Arbeit mit Erzieherinnen in den Kindergärten (Multiplikatoren, täglich praktische Umsetzung von Prophylaxeinhalten im Kindergartenalltag).

Auf die Einführung von Fluoridierungsmaßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe mußte bei der Einführung des Prophylaxeprogramms aufgrund der bekannten Berührungsängste der Bevölkerung mit dem Thema „Fluoride“ zunächst verzichtet werden. Sie sind aber wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit den Eltern.

Derzeit werden in Düsseldorf mit dem Prophylaxekonzept in ca. 275 Kindergärten und Tageseinrichtungen sowie Elterninitiativen ca. 12.500 Kinder zahnärztlich betreut. Die prophylaktische Tätigkeit der Prophylaxeberaterinnen in den Einrichtungen wird durch jährliche Reihenuntersuchungen der Mitarbeiter des zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes begleitet, um Rückschlüsse für künftige Zielsetzungen abzuleiten.

### **Betreuungsprogramm für Grund- und Sonderschüler**

Seit 1993 bietet die Aktion Zahngesundheit auch für den Schulbereich flächendeckend für ca. 18.300 Schüler in 93 Schulen ein Unterrichtsangebot an: In 3 Schulstunden werden für alle 1. bis 4. Klassen Zahngesundheitsthemen durch Prophylaxeberaterinnen vermittelt und mit praktischen Zahnputzübungen gekoppelt.

Auch in diesen Altersstufen wird die begleitende Reihenuntersuchung durch Zahnärzte des Gesundheitsamtes durchgeführt. Darüber hinaus sind in das Schulprogramm aber auch die niedergelassenen Zahnärzte eingebunden: Sie bieten Praxisbesuche für Schüler an

und stehen für Elternabende zur Verfügung.

### **Personelle und finanzielle Ausstattung**

Die gruppenprophylaktische Tätigkeit wird durch ein Team von 16 Prophylaxeberaterinnen getragen. Alle haben einen beruflichen Abschluß im pädagogischen Bereich (Sozialpädagogin oder Kindergartenerzieherin) und verfügen somit über fundierte pädagogisch-didaktische Fähigkeiten als Voraussetzung im Umgang mit Kindern. Die fachliche Kompetenz für zahnärztliche Gruppenprophylaxe erwerben die Prophylaxeberaterinnen über interne Fortbildungsmaßnahmen des zahnärztlichen Dienstes und über (leider nur punktuelle) externe Angebote. Bemühungen des zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes für ein gemeinsames Konzept zur Qualifizierung für gruppenprophylaktisch tätige Fachfrauen wurden von der Zahnärztekammer Nordrhein abgelehnt.

Von den 16 Prophylaxeberaterinnen stehen 2 in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis beim Gesundheitsamt, 14 von ihnen werden als Teilzeitbeschäftigte von der Aktion Zahngesundheit finanziert.

4 Zahnarztteams sind über ihre Pflichtaufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst für die prophylaktischen Maßnahmen begleitenden Reihenuntersuchungen in die Aufgabenstellung der Aktion Zahngesundheit eingebunden.

Für die Elternarbeit im Schulbereich und Praxisbesuche der Schüler haben 75 nie-

dergelassene Zahnärzte ihre Bereitschaft erklärt. Ihre Tätigkeit erfolgt auf Honorarbasis.

Der Haushalt der Aktion Zahngesundheit umfaßte im Jahre 1995 ein Volumen von mehr als 1,1 Mio DM für Personal- und Sachkosten.

Bei ca. 46.500 nach § 21 SGB V zu betreuenden Kindern ist das ein jährl. Einsatz von ca. 23.65 DM / Kind, der von den gesetzlichen Krankenkassen getragen wird.

### Ergebnisse der gruppenprophylaktischen Tätigkeit

1. Als bedeutsames Resultat ist die Tatsache zu werten, daß in allen Kindergärten der Stadt das tägliche Zähneputzen regulärer Bestandteil des Tagesablaufes der Kinder geworden ist.

2. Das WHO-Ziel Nr. 1, wonach 50 % der 6-jährigen naturgesunde Zähne haben sollen, ist derzeit mit 46,8 % in unmittelbarer Erreichbarkeit gerückt (Tab.1) Zugleich konnte eine deutliche Senkung des dmf/t verzeichnet werden (Abbildung 2)

3. Von '87 bis '95 stieg die Zahl der Kindergartenkinder mit naturgesunden Gebissen von 47,2 % auf 59,4 % (Abb.3)

4. Die Anzahl von Grundschulern mit naturgesunden bleibenden Zähnen lag 1995 bei 71 % (1988: 61 %). Allerdings ist für diese Altersklasse ebenso wie für die Kindergartenkinder eine nur unbefriedigende Sanierungsquote der Milchzähne feststellbar.

### Schwerpunkte der künftigen gruppenprophylaktischen Tätigkeit

Die in den letzten Jahren aufgebaute, computergestützte Auswertung der Ergebnisse der Reihenuntersuchungen belegt, daß sich Kariesrisikogruppen und -kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren auf bestimmte Einrichtungen der Stadt konzentrieren. Deshalb wurde in diesen Kindergärten ein „intensiviertes“ Gruppenprophylaxe-konzept initiiert: In diesen Einrichtungen wird nach Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen mit den Kindergartenträgern, den Erzieherinnen und vor allem mit den Eltern

Lebensjahre	4.	5.	6.	3.-7.
naturgesund (%)	67,4	57,1	<b>46,8</b>	59,4

Tab.1 Anteil naturgesunder Kinder im Kindergarten

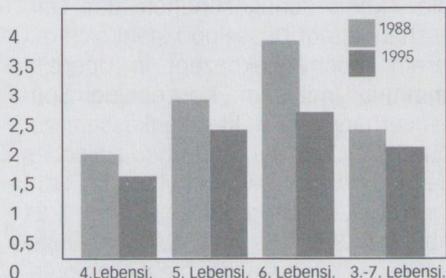


Abb. 2 Entwicklung des durchschnittlichen dmf/t im Kindesalter

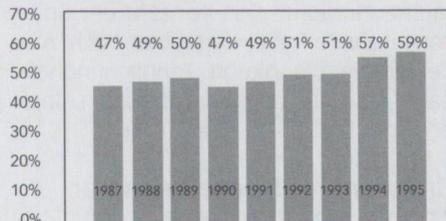


Abb. 3 Düsseldorfer Kindertageseinrichtung, Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen

das tägliche Zähneputzen durch das 1 x wöchentliche Einbürsten mit Elmex-Gelee ergänzt.

Für den Schulbereich sollen nach entsprechenden kariesepidemiologischen Erhebungen ebenfalls im Sinne aufsuchender Konzepte Intensivbetreuungsprogramme aufgebaut werden. Auch sie werden lokale Fluoridierungsmaßnahmen schwerpunktmäßig beinhalten.

Die mit § 22 SGB V eröffnete Möglichkeit zur Individualprophylaxe bleibt von gruppenprophylaktischen Aktionen unberührt. Häufig scheidet sie jedoch am Inanspruchnahmeverhalten der betroffenen Risikogruppen infolge spezieller sozialer Verhaltensmuster.

Die Aktion Zahngesundheit der Landeshauptstadt Düsseldorf sieht sich mit ihrem Prophylaxekonzept in Übereinstimmung mit dem „Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gem. § 21 Abs. 1 SGB V“. Es wird als Handlungsrahmen verstanden, der mögliche Vorgehensweisen beschreibt und gleichzeitig allen Vertragspartnern Handlungsspielräume einräumt. Das Konzept der Spitzenverbände reflektiert aber auch Aspekte, die die Aktion Zahngesundheit nach fast 10 jähriger Tätigkeit selbst erfahren hat:

### **Gruppenprophylaxe kann nur erfolgreich sein, wenn**

- sie systematisch aufgebaut wird von umfassenden Analysen des „Ist“- Stan-

des über die Definition von Zielgruppen und Zielen bis hin zu personellen/finanziellen Ressourcen,

- Ziele nicht „vorgesetzt“, sondern gemeinsam „erstritten“ und später von den Vertragspartnern auch paritätisch getragen werden,

- Konzepte laufend überprüft werden, um neue Erkenntnisse einfließen zu lassen.

In diesem Sinne wird die Aktion Zahngesundheit die Basis-Gruppenprophylaxe für alle Kinder fortsetzen und sie sinnvoll mit einer Intensiv-Gruppenprophylaxe für Kariesrisikokinder vernetzen. Erste erfolgversprechende Schritte auf diesem Weg sind getan.

*Dr. Jutta Päßler  
Gesundheitsamt Düsseldorf*

## **Gelähmte LAGZ Bayern**

Die letzte Mitgliederversammlung der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) in diesem Jahr stand unter einem unglücklichen Stern. Einmal, weil der Vorsitzende dieser Arbeitsgemeinschaft als Mandatsträger zahnärztlicher Körperschaften in Loyalitätskonflikte geraten mußte zwischen der harten Position seiner Führungsgremien und den satzungsgemäßen Zielen der LAGZ, die konsequent zu verfolgen er mit der Übernahme des Vorstandspostens eigentlich verpflichtet sein müßte. Hatten doch erst vor wenigen Monaten die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Konzept zur Durchführung der zahnme-

# 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.*



# PHARMADOR

GmbH & Co. Dentalhandels KG

Daimlerstraße 13 · 85521 Ottobrunn · Tel. 0 89/6 09 90 80



dizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 1 SGB V vorgelegt, das praktikable und effektive Vorstellungen zur Zahngesundheit der Kinder entwickelt, die in anderen Ländern längst ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben. Doch die Richtlinien zahnärztlicher Berufspolitik werden leider von verbandspolitischen Überlegungen getragen, nicht von gesundheitlichen Notwendigkeiten. Zum anderen offenbarte sich der Mitgliederversammlung ein Dilemma - den staunenden Mitgliedern der Jahresversammlung wurde dies im mündlich vorgetragenen Tätigkeitsbericht des Vorstandes zur Kenntnis gebracht - daß durch Rückforderung von DM 1,2 Mio., mit dem der bayerische Staat die LAGZ in den Jahren 1991 und 1992 bezuschußte, der Vorstand der LAGZ sich genötigt sah, wegen daraus resultierender totaler Überschuldung Antrag auf Konkurs zu stellen. Durch einen Vergleich mit dem Freistaat Bayern, in dem die Rückzahlung auf rd. DM 160.000,- ermäßigt wurde sowie die großzügige Haltung der gesetzlichen Krankenversicherungen, die entstandene finanzielle Lücke allein zu schließen, konnte ein Desaster verhindert werden.

Was den bayerischen Staat veranlaßte, so rigoros vorzugehen, kam in den Ausführungen des Vorsitzenden nicht sehr deutlich zum Ausdruck, kann aber wohl nicht anders verstanden werden, als daß die LAGZ die satzungsmäßigen Aufgaben nicht hinreichend verfolgt hat, weil die Zahnärzteschaft durch die paritätische Besetzung des Vorstands in den letzten Jahren zukunftsweisende Prophylaxemodelle mit allen Tricks

sabotierte. Konsequenzen scheint die LAGZ unter dem Diktat der zahnärztlichen Körperschaften, die ihre Machtposition in diesem Gremium gegenüber den Vertretern der GKV hemmungslos ausüben, für die Zukunft aber daraus nicht zu ziehen.

Allen Bemühungen für eine wie auch immer geartete Gruppenprophylaxe zum Ausbau der Zahngesundheit bei Kindern erteilte der gewählte neue - alte Vorsitzende eine klare Absage. *Expressis verbis* wies er auch die Vorstellungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gruppenprophylaxe zurück. Es bleibt nur zu hoffen, daß das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung endlich die Zahnärzteschaft dazu anhält, den satzungsmäßigen Auftrag bei der Führung der LAGZ ohne Wenn und Aber zu erfüllen und sie veranlaßt, ihre Blockadehaltung aufzuheben. Nur so kann die Lähmung der LAGZ überwunden werden, die auch die Mitgliederversammlung erreicht hat, wobei auch Mitglieder, die in den früheren Jahren nicht geschwiegen haben, in Resignation verfallen sind.

*Dr. Erwin Hirschmann  
München*

**Berlin, Kongreß-Center Märkisches Ufer**

21.-23. Mai '96

**46. Wissenschaftlicher Kongress der  
Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des  
öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Auskunft: Bundesverband der Zahnärzte des ÖGD,

Dr. K.D. Rasch, Unter der Rodebreite 26,

37079 Göttingen

Tel.: 0551/400-4860 oder-4840 Fax.: 0551/61140

# Prophylaxe - ein Leben lang

## **Buchvorstellung, Presse- und Vortragsveranstaltung der Bundeszahnärztekammer am 18.12.1995 in Berlin**

Kurz vor Jahresende 1995 wurde es einen Tag lang vorgestellt, das von der Bundeszahnärztekammer initiierte, interdisziplinär angelegte, die Patienten zu Eigenverantwortung motivierende, lebensbegleitende Konzept *Prophylaxe - ein Leben lang*.

Die Bundeszahnärztekammer mit ihrem Präsidenten Dr. Willmes an der Spitze, begleitet u.a. von Vorstandsmitgliedern und Präsidenten einiger Landes Zahnärztekammern, war angereist und hatte Journalisten eingeladen - nach Berlin, weil Prophylaxe, Gruppen- und Individualprophylaxe, aufeinander aufbauend begriffen, hier unmittelbar zu erleben sind.

Der Vormittag begann munter. Treffpunkt 1, Gruppenprophylaxe, war der Zahnärztliche Dienst Wedding, einer von 23 ÖGD-Stützpunkten der LAG Berlin. Hier wurden in gut ausgestatteten Räumen mit einer 1. Klasse ein gesundes Frühstück und die Systematik der Zahnpflege in Theorie und Praxis demonstriert. Die Hälfte der Kinder war fremdländischer Herkunft, unter ihnen Jasmin Achmadahavic mit traditionellem Kopftuch und munter berlinernd. Flotte und frische, kindgerechte Sprache der Gruppenprophylaxehelferin, Journalisten und andere Erwachsene waren von dem Wissen der Kinder beeindruckt. Es war keine Inszenierung, sondern üblicher Prophylaxe-Alltag - ein Riesenfortschritt, wer 15 Jahre

zurückdenkt. Die Zunahme naturgesunder Kindergebisse im Bezirk Wedding in den letzten 10 Jahren (Anstieg von 8,8% 1984 auf 23,5% 1994) ist auch den Bemühungen der Gruppenprophylaxe zuzuschreiben.

Treffpunkt 2, Individualprophylaxe, war anschließend das Individualprophylaxe-Seminar der Zahnärztekammer Berlin im Philipp-Pfaff-Institut. Dort gab es eine Demonstration von Individualprophylaxe an Patienten, wurde die Schulung von Zahnärzten und Zahnarztthelferinnen in der Individualprophylaxe dargestellt.

Eine Pressekonferenz zum Konzept und zur Buchveröffentlichung *Prophylaxe - ein Leben lang*, zu Mundgesundheitsdaten, zahnmedizinischen Forderungen und den politischen Rahmenbedingungen in Deutschland für eine umfassende Prophylaxe schloß sich an. Die Referenten der Vortragsveranstaltung am Nachmittag in der Humboldt-Universität, die Herren Dr. Willmes, BZÄK, Prof. Gülzow, Universität Hamburg, Prof. Bartsch, Akademie für Gesundheitsförderung, Löhne, Dr. Bauch, Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln, und der Moderator Dr. Böhme, BZÄK, stellten sich den ca. 20 teilnehmenden Journalisten.

Ohne auf Einzelheiten der einzelnen Vorträge einzugehen- gesprochen wurde über:

- die Prophylaxe als Wert an sich,
- die Qualitätssicherung jeglicher zahnärztlicher Arbeit im Mund durch Prophylaxe,
- die Wandlung der Rolle des Zahnarztes vom Reparatteur zum Betreuer für die Fitness des Kauorgans,
- die zahnmedizinische Prophylaxe als interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe, die vernetztes Handeln der Multiplikatoren erfordert und die Stärkung der Eigenverantwortung für die Gesundheit zum Ziel habe, sowie

- die Forderung, daß Gruppen- und Individualprophylaxe ineinander übergehen müßten, denn sonst brauchten sich die Erfolge einer im Kindesalter angelegten Prophylaxe auf „Sobald eine Betreuung unterbleibt,“ hieß es, „fällt die Zielgruppe in ein gesundheitsriskantes Verhalten zurück.“

### **Was hat die Veranstaltung gebracht ?**

Sehr zu begrüßen ist die Umsteuerung zahnmedizinischen Denkens und Handelns von der Reparatur zur Prophylaxe, und dies nicht nur als Willensäußerung einiger weniger Gruppierungen, sondern der obersten Landesvertretung. Zu begrüßen ist auch, daß der Prophylaxepart der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Anerkennung findet. Außerdem, angesichts von Sparzwängen und Gesundheitsreform Stufe III, war die Veranstaltung zeitlich gut platziert. Aber Neues gebracht für die Prophylaxe-Orientierten, die einen

großen Teil des Publikums stellten, hat sie nicht. Zudem bezogen sich Vorträge und Diskussionen schwerpunktmäßig und konkret auf das Kinder- und Jugendalter, das auch andernorts intensiv debattiert wird.

Fluorid in einer flächendeckenden Basisprophylaxe, Ort und Zeitpunkt des Beginns von Intensivprophylaxe, beides Streitpunkte der letzten Monate, wurden von Zahnärzte- und Krankenkassenseite in die Diskussion gebracht. Der Ton zwischen beiden klang versöhnlich. In Sachfragen, die allerdings noch detaillierter Klärung bedürfen, zeichnet sich Entgegenkommen ab.

Einig waren sich die Sachkundigen aus Zahnärzteschaft und Krankenkassen über die Effektivität der Fluoridierung, aber auch darin, daß die Fluoridierung nicht obrigkeitsstaatlich übergestülpt werden kann und darf, sondern Patienten bzw. Sorgeberechtigte, gleich, welcher Sozialschicht zugehörig, informiert und einverstanden sein müssen.

Angesichts der Diskussion muß, wie schon bei anderer Gelegenheit, gefragt werden : Ist der Streit nicht müßig, ob erst eine flächendeckende Basisprophylaxe gewährleistet sein muß, bevor die Intensivprophylaxe bei Kariesrisiko-Kindern in Gang gesetzt wird. Ist - gleichermaßen - der Streit nicht müßig, ob Intensivprophylaxe in die Gruppen- oder in die Individualprophylaxe gehört ? Denn tatsächlich liegt Intensivprophylaxe an einer Schnittstelle von beiden. Wo und in welchem Umfang Intensivprophylaxemaßnahmen erbracht werden können, entscheidet sich an

Strukturen vorort und hängt von Kompetenzen und verfügbaren Kapazitäten ab, wobei der Staat aus seiner Verantwortung nicht entlassen werden darf! Es wird Erprobungsphasen geben müssen, dann erledigt sich manche ideologische Verfestigung von selbst.

Zum Schluß: Ich habe zweierlei vermißt.

1. Es wurde keine Debatte darüber geführt, worin die Ursache für den erstaunlichen Anstieg naturgesunder Gebisse der DAJ-Studie '94 im Vergleich zu zuvor erhobenen IDZ-Daten zu sehen ist.

2. Bei *Prophylaxe - ein Leben lang* fehlten mir Überlegungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen.

Alle, die über das vorgestellte Konzept nachlesen wollen, seien auf den von Jost Bauch herausgegebenen IDZ-Band Nr. 16 *Prophylaxe - ein Leben lang* verwiesen.

Erläuterung der Abkürzungen :

DAJ = Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege

IDZ = Institut der deutschen Zahnärzte

LAG = Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. in Berlin

ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst

BZÄK = Bundeszahnärztekammer

Dr. Erika Reihlen,  
Berlin

## 6. DDHV-Jahrestagung

**Programm für Samstag, 11.05.1996**

Ort: Kolpinghaus St. Apern-Str. 32 Köln

**NLP (Neurolinguistische Programmierung)**.....J. A. Doise

**Laser und mechanische Wurzelglättung**.....Prof. H. Renggli

**Das aktuelle Kariesrisiko:** Eine Standortbestimmung in Diagnostik und Therapie.....Dr. L. Laurisch

**Primärprophylaxe - mehr als JP-Positionen**.....Dr. E. Weber

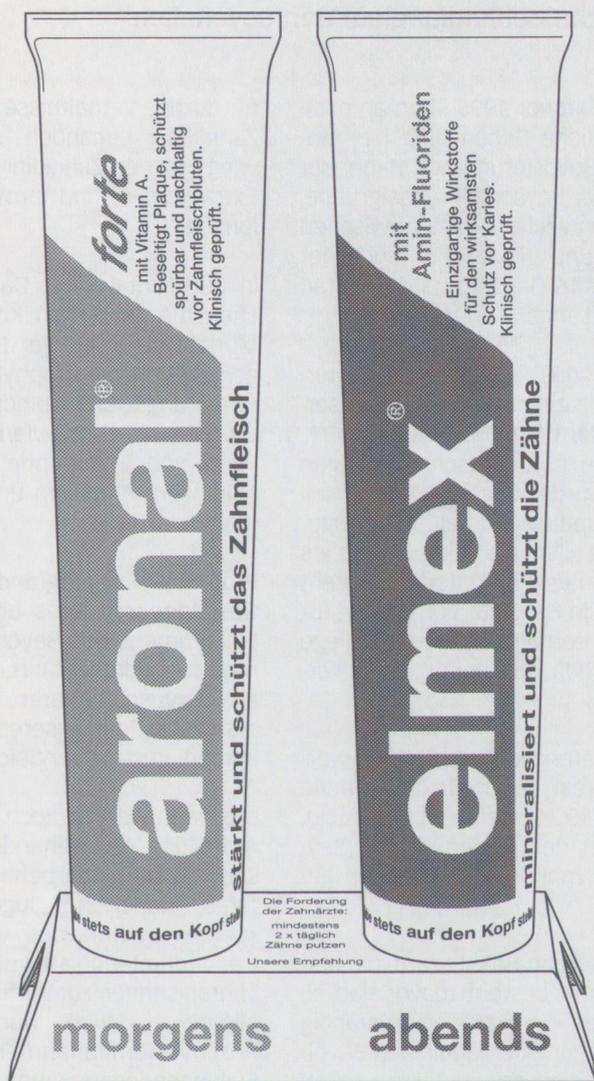
### Anfragen und Anmeldungen:

DDHV, Fortbildungskomitee  
D. Hadjianghelou-von Weydlich  
Hoffnungsthaler Str. 43, 51503 Rösrath  
Tel. 0221/ 255525  
Fax. 0221/2570030



# Der medizinische Schutz

für das Zahnfleisch für die Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**  
Produkte aus der elmex Forschung

## "Vini si vouple" Aus dem creolischen übersetzt: "Der Nächste, bitte!"

### Zahnärztliche Behandlung auf den Seychellen

Von Juli bis Oktober 1995 übernahm ich die zahnärztliche Behandlung der einheimischen Bevölkerung auf Mahe, der Hauptinsel der Seychellen-Inselgruppe, gelegen im indischen Ozean zwischen 3 Grad 43' und 10 Grad 8' südlicher Breite sowie 46 Grad 10' und 56 Grad 20' östlicher Länge.

Als Mitglied des „Vereins zur Unterstützung der zahnmedizinischen Versorgung in Ländern der Dritten Welt e. V.“, der 1981 von norddeutschen Kollegen gegründet wurde, flog ich Anfang Juli mit einem Freiflug der regierungseigenen Fluggesellschaft Air Seychelles nach Mahe. Für die Unterkunft steht dem Verein ein Haus zur Verfügung, für Miete und Unterhalt sorgt jeder Kollege selbst, die Arbeit wird unentgeltlich verrichtet.

Sämtliche Materialien und Geräte werden vom Verein beschafft (jeder neue Kollege hat 30 kg freies Übergepäck), während von der Regierung der Seychellen eine zahnärztliche Helferin gestellt wird.

Die Dental Clinic in Baie Lazare, die erst seit vier Jahren besteht (davor gab es einen mobilen Caravan), ist zuständig für die Versorgung der ländlichen Bevölkerung im Süden der 152 km großen Insel. Im Norden, in der Hauptstadt Victoria, werden die Patienten in einer

für dortige Verhältnisse recht modernen Zahnklinik behandelt. Allerdings überwiegt in der Zahnklinik der Anteil der Extraktionen und provisorischen Füllungen.

In der Dental Clinic Baie Lazare versuchen die deutschen Kollegen (alle drei Monate wechselt der Behandler) dagegen, sowohl die Prophylaxe in Form von Ernährungs- und Mundhygieneberatung als auch die konservierende Therapie in Form von Endodontie und definitiven Füllungen (Amalgam und Kunststoff) zu etablieren.

Prothetik wird aufgrund des staatlichen Gesundheitssystems und des geringen Einkommens der Bevölkerung nur sehr reduziert durchgeführt, größtenteils nur als herausnehmbarer Teil- oder Totalersatz, der mit unserem Interims- oder Immediatersatz vergleichbar ist.

Ungewöhnlich ist auch das System der Aufteilung der Behandlung in Erwachsenen- und Kinderbehandlung. Für letzteres (Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren) stehen nur vom staatlichen Gesundheitsministerium ausgebildete Therapistinnen zur Verfügung. Sie dürfen alleine in Milch- und Wechselgebiss Prophylaxemaßnahmen durchführen, Füllungen legen, Zähne extrahieren und Lokalanästhesien geben, was mich doch sehr befremdet hat. Meiner Meinung

nach ist die Qualifikation der Therapistinnen sowohl fachlich als auch psychologisch nicht gegeben.

Die Arbeitszeiten in der Clinic waren morgens 8.00 - 12.00 Uhr und nachmittags 13.00 - 15.30 Uhr, wobei von 8.00-10.00 Uhr eine Schmerzsprechstunde ohne Terminvergabe vorgesehen war. Sehr angenehm war, daß für jeden Patienten genügend Zeit zur Verfügung stand (obwohl es auf den Seychellen inzwischen insgesamt 70.000 Einwohner gibt), Zustände, von denen wir in Deutschland nur träumen können.

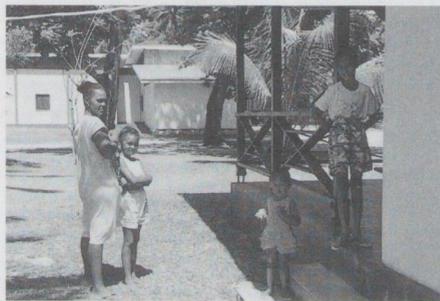
Die Gesamtsituation der zahnärztlichen Versorgung auf den Seychellen ist immer noch als ungenügend zu bezeichnen, der Gebißzustand der Bevölkerung eher schlecht. Viele Zähne wurden schon frühzeitig gezogen und dringend notwendige konservierende Maßnahmen blieben aus (Therapistenkonzept!). Zurückzuführen ist das auf die eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten und das mangelnde Mundhygienebewußtsein. Darüber hinaus werden von Kindern und Jugendlichen zu viele Süßigkeiten und gezuckerte Softdrinks wie z. B. Coke konsumiert.

Die Kommunikation erfolgt teils auf englisch, teils auf französisch, teilweise werden von der Helferin creolisch vorgebrachte Anliegen ins Englische übersetzt.

Alles in allem ist die Zusammenarbeit unproblematisch, genießen die deutschen Zahnärzte doch seit über 10 Jahren einen überwiegend guten Ruf, weil Ausrüstung und Materialien immer

auf einem vergleichbar hohen Niveau sind. Das Vorhandensein von Lokalästhetika und Füllungsmaterialien ist in dem Land, in dem noch immer sozialistische Verhältnisse herrschen, keine Selbstverständlichkeit.

Seit ihrer Unabhängigkeit im Jahre 1976 hat die Regierung mit den Schwierigkeiten einer kleinen Inselwirtschaft zu kämpfen. Einzige Devisenbringer sind der exklusive Tourismus und die Thunfischindustrie. Auf alle importierten



Patienten warten im Freien vor der Praxis



Marie-France und Viona, das Helferinnenteam

Güter werden hohe Einfuhrzölle und Steuern erhoben (z. T. 200 - 300% Aufschlag), so daß die Lebenshaltungskosten sehr hoch sind.

Dafür hat die Regierung der Seychellen beeindruckende Maßnahmen getroffen, um die Ökosysteme von Land und Meer intakt zu erhalten, so daß den Besucher ein einmaliges Naturparadies erwartet.

Selten im Jahr fallen die Temperaturen unter 24 Grad C und übersteigen 30 Grad C. eigentlich nur um den Jahreswechsel, also im europäischen Winter. Trotz tropischen Klimas benötigt man auf den Seychellen keine Malariaphylaxe wie in anderen Tropengebieten. Ebenso wenig gibt es gefährliche Tiere oder Pflanzen. Nationalparks mit endemischen Pflanzen wie der Coco de Mer sowie einmalig schöne Traumstrände machen den Aufenthalt zu einem unvergeßlichen Erlebnis. Fast überall trifft man auf lebensfrohe, gelassene Menschen, die sehr hilfsbereit und gastfreundlich sind. Es heißt, wer als Besucher einmal von der Frucht des Brotfruchtaumes gegessen hat, der kommt auf jeden Fall wieder. So war dies zwar mein dritter, aber sicher nicht mein letzter Aufenthalt auf den Inseln.



Behandlung nach vorheriger Aufklärung des Patienten  
oder Mundhygienedemonstration auf creolisch

Besondere Höhepunkte meiner Zeit waren die Trips auf die kleinen Nachbarinseln Praslin, La Digue (wo die Bacardi-Werbung gedreht wurde): Man versinkt in eine Traumwelt ohne Autoverkehr, ohne Hektik und Medienrummel und genießt dafür eine idyllische Landschaft mit tropischen Früchten und Fischen im Überfluß. Das Leben auf diesen Inseln läuft bedeutend langsamer und bescheidener und ich konnte die Wochenenden dort nutzen, um zu schwimmen oder zu schnorcheln, um zu lesen und zu träumen. Kontakte zu Einheimischen wurden geknüpft und Freundschaften geschlossen.

Wer die Ruhe und die Einsamkeit sucht und ein Quartal einmal unter anderen Bedingungen praktizieren möchte, der ist auf Mahe sicher richtig. Die Seychelles wissen die Behandlung zu schätzen und nehmen oft lange, beschwerliche Fußwege in Kauf, um zur Dental Clinic Baie Lazare und damit zum deutschen Zahnarzt zu gelangen.

Die vom Verein über Jahre erbrachten Leistungen sind vor allem: Auswahl und Entsendung eines erfahrenen Zahnarztes für jeweils 3 Monate, Aus- und Weiterbildung von zahnärztlichem Hilfspersonal, qualitative Verbesserung der Versorgung und Unterweisung in Prophylaxemaßnahmen. Interessierte Kollegen wenden sich entweder an mich oder gleich an die Kontaktadresse des Vereins:  
**Dr. Stephan Krause,  
Rehwechsel 11, 21224 Rosengarten/  
Ehestorf**

*Silke Lange  
Bad Zwischenahn*

## Senioren brauchen mehr Vitamine zum Schutz vor „Freien Radikalen“

Schon seit längerer Zeit sind sich Ernährungswissenschaftler und Mediziner einig: Die Vitamine C, E und das Beta-Carotin leisten einen wichtigen Beitrag zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und der Augenkrankheit "Grauer Star". Sie bremsen darüber hinaus auch die vorzeitige Hautalterung, die sich z. B. durch Altersflecken bemerkbar macht. Die Ursache hierfür ist die Fähigkeit dieser Vitamine, aggressive Sauerstoffteilchen, sogenannte Freie Radikale, unschädlich zu machen. Sie werden daher auch als "Radikalfänger" oder wissenschaftlich als antioxidative Vitamine bezeichnet. Freie Radikale entstehen z. B. vermehrt durch Zigarettenrauchen und Umweltverschmutzung, aber auch beim Abbau von Medikamenten im Körper. Eine jahrelange ungehinderte Einwirkung dieser Teilchen auf den menschlichen Organismus trägt wesentlich dazu bei, daß es im Alter zu den erwähnten Krankheiten kommt.

Für ältere Menschen ist eine ausreichende Zufuhr der antioxidativen Vitamine daher besonders wichtig. Ob die Zufuhrempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Senioren ausreichen, wird mittlerweile von verschiedenen Wissenschaftlern bezweifelt. So setzte sich jüngst auch der Ernährungswissenschaftler und Privatdozent Dr. Helmut Heseke, Paderborn, anlässlich eines Symposiums in Jena dafür ein, daß Senioren größere Mengen der Schutzvitamine C, E und Beta-Carotin aufnehmen sollten als jün-

gere Erwachsene. Bezogen auf die Empfehlungen der DGE (75 mg Vitamin C, 12 mg Vitamin E und 2 mg Beta-Carotin) rät er älteren Menschen eine Verdopplung der Vitamin-C Aufnahme, eine stark erhöhte Zufuhr von Vitamin E und eine leichte Steigerung der Beta-Carotin-Aufnahme. Auch Prof. Klaus Pietrzik, Vorsitzender der Gesellschaft für angewandte Vitaminforschung in Bonn, empfiehlt Senioren eine tägliche Aufnahme von 100-150 mg Vitamin C, 25 mg Vitamin E und 3-5 mg Beta-Carotin.

Tatsächlich besteht bei vielen Senioren eher eine generelle Unterversorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen. Das liegt unter anderem daran, daß mit zunehmendem Alter zwar der Energiebedarf sinkt, also insgesamt weniger gegessen werden darf, der Bedarf an lebensnotwendigen Nährstoffen aber gleichbleibt oder sogar ansteigt. Um unter diesen Umständen ausreichend mit Vitaminen versorgt zu sein, müssen ältere Menschen verstärkt darauf achten, regelmäßig vitaminreiches Obst und Gemüse zu essen. In der Praxis sieht es dagegen häufig ganz anders aus: Kau- und Schluckbeschwerden, Lebensmittelunverträglichkeiten und Unkenntnis über eine "gesunde Ernährung" führen dazu, daß viele Senioren zu selten frisches Obst und Gemüse verzehren. Dazu tragen manchmal auch Schwierigkeiten beim Lebensmitteleinkauf und die generelle soziale Situation bei: Viele ältere Menschen leben allein und fühlen sich einsam. Dadurch verlieren manche auch den Spaß am Kochen und Essen.

*Fortsetzung auf Seite 86*

## Buchbesprechungen

Walther/Heners (Hrsg):

### Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde - Anspruch und Wirklichkeit

Hüthig Verlag 167 S.  
ISBN 3-7785- 2443-7

Der vorliegende Band entstand als eine Zusammenstellung von Expertenbeiträgen zum Thema „Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde“ und ist das Ergebnis einer Veranstaltung der Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe.

Wer in der mit jeder Veröffentlichung stetig undurchschaubarer werdenden Qualitätsmaterie nach Orientierungshilfen sucht, erhofft sich gerade durch den Untertitel „Anspruch und Wirklichkeit“ klärende Inhalte zur Realisierung einer angewandten Qualitätssicherung. In dieser Erwartung aber wird der Leser gründlich enttäuscht.

Der eigentliche und naheliegendste Unterschied zwischen Anspruch und Wirklichkeit, bezogen auf die Qualität zahnärztlichen Handelns und dessen wirksamer Sicherstellung, wird auch in der vorliegenden Zusammenstellung aufs Sträflichste außer Acht gelassen. Denn zu definieren ist der Begriff „Anspruch“ nur als das, was Universitäten und Fortbildungsveranstaltungen an Lern- und Übungsinhalten vermitteln, wobei die „Wirklichkeit“ der in vielen Praxen angebotenen Zahnheilkunde, geschweige denn der qualitätssichernden Maßnahmen, dazu in einem auffallend krassen Gegensatz steht.

Auffallend denn auch, daß ganz im Gegensatz hierzu der Begriff „Anspruch“ gleich eingangs von den Herausgebern umdefiniert wird, mit der kuriosen Folge, daß es die „Wirklichkeit“ dann nur noch in der Theorie gibt. Von Heners lernt der erstaunte Leser schon in der Einleitung, daß ja gar nicht die Qualität gemeint ist, die in dem von den Medizineren so neuen und beargwöhntem Begriff „Qualitätssicherung“ enthalten ist. Gleichsam als einen Befreiungsschlag von einer gesetzlichen Geißel ersetzt Heners den Begriff „Qualität“ durch die Begriffe „Wirksamkeit und Bedeutsamkeit des zahnärztlichen Eingriffs“ und behauptet angesichts dieser Verschleierung obendrein sogar, ausgerechnet so die Qualitätsdiskussion endlich einer fachlich faßbaren und „die Wissenschaft stimulierenden“ Dimension zugeführt zu haben.

Heners versteigt sich weiter zu der Überzeugung, daß der Begriff „Qualität“ bislang fälschlicherweise zur Unterscheidung zwischen „Gut und Böse“ mißbraucht wurde, um dann die moralische Komponente dieses Gegensatzes abzulehnen. Es ist hier völlig unerklärlich, warum er wiederum nicht auf die naheliegendsten Gegensätze von Qualität kommt, nämlich „Gut und Schlecht“, um die es eindeutig geht, wobei eine schlechte zahnärztliche Leistung ja gerade nicht gleich unbedingt moralisch verwerflich sein muß.

Während bei Heners die Forderung nach Qualitätssicherung zu einer Herausforderung in rein wissenschaftlichem, nicht im praktischen Sinne verkommt, erklärt Walther kurzerhand, daß die Anwendung technischer Kriterien zur Qualitätsbeurteilung von untergeordneter Bedeutung sei,

da sie „keine durchschlagende Auswirkung auf die Mundgesundheit“ habe. Die Kriterien, die Walther in der Anwendung auf Zahnärzte gerade noch für zulässig hält, liegen im Bereich „Diagnostik und Vorbehandlung“, um jedoch sogleich hinzusetzen, daß einheitliche Organisationsstrukturen für eine Standardisierung auf diesem Gebiet kaum vorstellbar seien.

In einigen nachfolgenden Artikeln wird in ganzer Breite auf die unbestreitbaren Probleme bei der Entwicklung praxistauglicher und gleichzeitig reproduzierbarer Meßverfahren zur Beurteilung der Randspaltgenauigkeit von Füllungen oder Kronen eingegangen. Ebenso wird von unterschiedlichen Autoren wiederholt, daß es kaum gesicherte Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen technischer Qualität von Füllungen und Kronen auf der einen Seite und den pathologischen Auswirkungen und der somit zu erwartenden Tragezeit des Ersatzes auf der anderen Seite gibt.

Auch hier wundert sich der erfahrene Praktiker wiederum zu Recht, zu welchen Verzerrungen die „exakte Wissenschaft“ in der Lage ist. Der akademische Elfenbeinturm ist offenbar zu hoch, um die sattem bekannte Randspaltkaries an insuffizienten Füllungs- und Kronenrändern, die aufgrund gleicher Schlamperei so vermeidbare Gingival- und Parodontalproblematik oder die als Folge technisch falsch gestalteter Okklusalfächen entstehenden Kaufunktionsstörungen noch erkennen zu können.

Um offenbar Qualitätssicherung noch möglichst lange hinauszuzögern, läßt es sich natürlich trefflich über tolerable

Randspalten streiten: Ob denn 200 Mikrometer überhaupt erreichbar oder 50 Mikrometer nicht schon viel zu schlecht sind. Da eine Diskussion über diese in der Praxis ziemlich belanglosen Unsicherheiten gerade die Sicht auf das vorrangigste Ziel von Qualitätssicherung verstellt, nämlich dem Erkennen wenigstens der größten zahnärztlichen Fehlleistungen, von deren Bekämpfung noch ganz zu schweigen, muß nach dem Sinn und der Ernsthaftigkeit derartig abstrakter Abhandlungen gefragt werden.

In ganz ähnlichen wissenschaftlichen Wolkenkuckucksheimen bewegen sich andere Artikel der vorliegenden Schrift. Was hat in einem Band über Qualitätssicherung die Beschreibung einer bezüglich der Behandlungsführung und „Online“-Entscheidungsfindung sicher sehr hilfreichen und ausgeklügelten Software (ORATEL) zu suchen? Als Instrument zur heute geforderten Qualitätsverbesserung ist sie sicher untauglich, da auch der Computer zahnärztliches Unvermögen und fehlende Behandlermoral nicht ersetzen kann.

Mehr als einen akademischen Zweck erfüllen auch rein statistische Spitzfindigkeiten nicht; oder benötigt man wirklich erst ein „Interrater Agreement“, um Qualitätsarbeit von zahnärztlichem Pfuscher unterscheiden zu können? Nichts weiter als theoretische Zahlenspiele verbergen sich auch hinter dem hoffnungsweckenden Titel „Wann muß eine prothetische Versorgung erneuert werden?“. Mit hohem theoretischem Aufwand wird hier ein in der Praxis völlig unbrauchbarer Weg beschrieben, durch die Quantifizierung qualitativer Daten den Behandlungsbedarf in der Totalprothetik zu ermitteln. Tatsäch-

lich wird jedoch unter Verwendung von „Haupt und Subindizes“, „Trennschärfeko-effizienten“ und „Itemanalysen“ nur der absolute Gipfel der pseudowissenschaftlichen Verwirrung erreicht.

Einzige Ausnahme vom akademischen Geschwafel bildet der Artikel des Tübinger KZV-Chefs Rumetsch zum „Tübinger Modell“. Das dort bereits praktizierte modifizierte Gutachterverfahren ermöglicht durch eine Datenerhebung bei Zahnersatz- und Kfo-Arbeiten eine gewisse Überprüfung diagnostischer und die Vorbehandlung betreffender Maßnahmen, die, auch durch die Möglichkeit der „Entanonymisierung“ behandlerbezogener Daten, bereits Verbesserungen der Behandlungsqualität ergeben hat.

Auffallend ist jedoch, daß Rumetsch diese Maßnahmen nur als Möglichkeit zur Steigerung einer von ihm bereits als hoch eingestuftem Qualität begreift. Rätselhaft bleibt daher, warum er beim derzeitigen Gebührenrahmen keine Qualitätsreserven mehr erkennt, während diese in seinem KZV-Bereich offenbar schon teilweise mobilisiert wurden. Seine durchsichtige Forderung nach besseren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Zahnärzte als Voraussetzung für eine Qualitätssteigerung und die unzulässige Einbeziehung der Patientenverantwortung (Prozeßqualität) als Entschuldigung für vom Zahnarzt vernachlässigte Berufspflichten erscheinen somit wie Alibistatements angesichts eines prinzipiell richtig erkannten und bekämpften Problems.

Fazit: Wer sich unter dem interessanten Titel dieser Artikelsammlung Aufschlüsse über eine angewandte, patientennahe

Qualitätssicherung erhofft, der sollte sich die Lektüre besser sparen. Freude hat nur, wer wie die Herausgeber glaubt, man könne den wichtigsten Inhalten einer wirkungsvollen Qualitätssicherung durch einen überdimensionalen wissenschaftlichen Kropf die Zielsetzung nehmen.

Heners stilisiert die Qualitätssicherung gar zu einer „jungen Wissenschaft“ hoch; solange jedoch nicht endlich ergründet wird, warum denn heute bereits diverse Zahnärzte mit der geforderten Mindestqualität keine nennenswerten Probleme haben, um dann beispielsweise diese Daten zum Wohle der anderen Zahnärzte und aller Patienten anzuwenden, solange steckt die Qualitätssicherung wirklich noch in den Kinderschuhen. E. R.

**Karlheinz Körber**  
**Zahnärztliche Prothetik**

Thieme-Verlag, 533 S., 486 Abb., 22 Tab., flexibles Taschenbuch, 58.-DM  
ISBN 3-313-658804-5

Schon die Tatsache, daß dieses Werk seit über 20 Jahren mehrfach aufgelegt wurde zeigt, daß sich dieses Konzept bewährt hat und das Buch eigentlich nicht mehr auf Empfehlung angewiesen ist.

Eindrucksvoll besonders das Preis-Leistungsverhältnis: Eine so geballte Ladung an Informationen und Abbildungen zu diesem Preis dürfte ziemlich konkurrenzlos sein.

Die umfassende Darstellung des Gesamtbereichs zahnärztliche Prothetik-

von der funktionellen Anatomie des Kau-systems über Gnathologie, Behandlungsplanung und -durchführung, von den Einzelkronen bis zur Totalprothetik, oder auch Ratschläge wie die zur Vermeidung und Therapie von Präparations-traumen u.v.a.- all dies ist nicht nur für Studenten und Berufsanfänger wichtige und wertvolle Basis.

Auch dem erfahrenen Praktiker werden hier zahlreiche Anregungen vermittelt, auch eventuell „eingeschliffene“ Gewohnheiten zu überprüfen und möglicherweise zu korrigieren, um bei schonenderer Behandlung bessere und sicherere Ergebnisse zu erzielen.

Neu in der 4. Auflage: Implantologie, Klebebrücken, Folienkronen, metallfreie Keramikronen (neue Systeme), Verblendschalen, Stiftkernsysteme, Hybridprothesen u.a. H.H.

*L. Horst Grimme*

### **Ernährung, Immunität, Krebsvorsorge**

Springer Verlag, 227 S., 38 Abb., 7 Tab. brosch., DM 29,80.- ISBN 3-540-59317-9

Was dürfen wir eigentlich noch essen, wenn wir gesund bleiben wollen? Im Durcheinander der Ratschläge, Expertenmeinungen und Anleitungen versucht Horst Grimme eine Orientierungshilfe zu geben. Leicht verständlich beleuchtet er die menschliche Ernährung unter verschiedenen Aspekten. Im ersten Teil beschäftigt sich der Autor mit den Zusammenhängen zwischen Essen und Psyche, der Geschichte der Ernährung, deren Bedeutung in

Abhängigkeit vom Wohlstand. Klar herausgearbeitet wird dabei, daß neben der Nahrungsmittelproduktion vor allem deren Verarbeitung und Vermarktung unser Eßverhalten beeinflussen.

Im zweiten Teil beschreibt Grimme die Funktionen des Verdauungsapparates. Mehrere Kapitel werden den ernährungsbedingten Krankheiten wie Herzinfarkt, Diabetes, Karies und Krebs gewidmet. Im letzten Teil des Buches entwickelt der Autor Kriterien für eine gesunde Ernährung. Tips für Einkauf, Zubereitung und Bewertung verschiedener Diäten sowie ein Glossar und Literaturhinweise vervollständigen das Buch. Empfehlenswert für interessierte Patienten sowie zur Helferinnenfortbildung. C.W.

**Kinderzahnheilkunde**-Grundlagen, erfolgreiche Konzepte und neue Methoden der Kinderbehandlung in der Zahnarztpraxis

Herausgegeben von H.J. Maiwald,  
Spitta-Verlag, 950 S., 313 Abb.,  
DM 198.- ISBN 3-921883-14-8

Mit Loseblattwerken im Klemmordner hatte ich schon immer meine Schwierigkeiten: Abgesehen davon, daß es trotz aller Verlagsbeteuerungen ungewiß ist, ob überhaupt und wenn ja, wie lange Ergänzungslieferungen folgen, haben Loseblattwerke Nachteile: unnummerierte Seiten, deshalb auch keine Seitenhinweise auf Querverbindungen und kein Stichwortverzeichnis (!!) - vor allem aber ziemlich unhandlich, besonders dann, wenn wie hier fast 1000 Seiten verklemmt sind. Dazu erhebt das

Werk laut Herausgeber und Verlag den Anspruch, besonders informativ für den Praktiker zu sein. Warum man dafür 15 Hochschullehrer, aber nur einen erfahrenen Praktiker (der andere hat sich gerade erst niedergelassen) zu Wort kommen läßt, ist nicht recht nachvollziehbar und schlägt sich auch in einer wissenschaftlich-theoretischen Schlagseite des Buches nieder. Wer sich aber die Mühe macht, die 950 Seiten auch nur durchzusehen, findet eine Fülle interessanter Informationen aus allen Bereichen der Kinderzahnheilkunde: Gut systematisiert, vor allem mit sehr informativem Bildmaterial, das Kapitel Zahnentwicklung und Entwicklungsstörungen (Hetzer). Über Gesichtspaltbildungen leider nur 1 Seite. Ausführlich, interessant und für ein neues Verständnis der Kariesätiologie wichtig der Teil über die Rolle des Speichels (Zimmer). Hervorragend praxisnah und spannend die Beiträge des Praktikers (Michel): "Organisation der Individualprophylaxe" und „Betreuungskonzepte für die zahnärztliche Praxis"- jedem, der sich mit Prävention beschäftigt oder dies beabsichtigt, wärmstens zu empfehlen! Überhaupt zieht sich der Präventionsgedanke wie ein roter Faden durch das ganze Buch und erhält so gerade für Kinder und Jugendliche die ihm zustehende Gewichtung.

Insgesamt erscheint mir dieses Buch besonders geeignet zu sein für Studenten und sich weiterbildende Kinderzahnärzte- leider gibt es diesen Ausbildungsgang ja noch immer nicht bei uns. Aber auch für den Praktiker, der Geduld hat zu suchen, eine empfehlenswerte Ergänzung für den Bücherschrank. *H.H.*

## Deutscher Zahnärzte Kalender 1996

Hsg. von Prof. Dr. D. Heidemann,  
Carl Hanser Verlag München, 320 Seiten,  
Preis 62,00 DM, ISBN 3-446-18393-0.

Entsprechend dem bewährten redaktionellen Konzept des Zahnärztekalenders gibt eine Reihe von Fachbeiträgen einen Eindruck von wichtigen Entwicklungen und Forschungsergebnissen der modernen Zahnheilkunde sowie von Fragestellungen an der Grenze zu anderen Fachbereichen. Zentrales Thema des 1996er Kalenders ist das Umfeld von (natürlichen oder implantierten) Pfeilern für festsitzenden Zahnersatz - aus chirurgischer, parodontologischer und kieferorthopädischer Sicht. Die Beiträge zu Kompositinlays und keramischen Restaurationen entsprechen dem erhöhten Interesse an zahnfarbenen Füllungs- und Ersatzmaterialien. Über die Rahmenbedingungen zahnärztlicher Arbeit informieren Beiträge zur Patientenaufklärung, zu Vorschriften und Verordnungen, zu Vor- und Nachteilen von Praxislabors. Der hieran interessierte Leser findet zudem einige Informationen zu medizinhistorischen Themen.

Gewachsen gegenüber früheren Ausgaben ist der Umfang der begleitenden Materialien. Von Februar 1994 an werden die Stellungnahmen der DGZMK (zur Therapie in der Schwangerschaft, zur Behandlung von Minderjährigen mit und ohne Narkose, zu Palladiumlegierungen, Hände- und Praxishygiene, Blutdruckmessung, Einfluß von Kontrazeptiva, Notdienst) dokumentiert. Neu sind umfangreiche Tabellen und Statistiken zu

medizinischen und werkstoffkundlichen Fragen sowie die der KZBV-Statistik entnommenen Darstellungen gesundheitsökonomischer Daten. Wie gewohnt findet man zudem Abstracts wichtiger Zeitschriftenbeiträge und Listen aktueller Fachbücher, Übersichten über die Habilitationen von 1994/95 und die deutschsprachigen Fachzeitschriften zzgl. eines ausführlichen Adreß-Teils und- last but not least- ein Kalendarium.

Das handliche Format des Buches macht es geeignet, sowohl als griffbe-reites Nachschlagewerk wie auch als Lektüre für unterwegs zu fungieren. Ein kompaktes, empfehlenswertes Werk zu akzeptablem Preis. *I.B.O.*

Baumann

### **Die räumliche Darstellung des Endodonts**

Carl Hanser Verlag, 113 S., 59 Abb., 96.-  
ISBN 3-446-18339-6

Die Endodontie ist zu einem bedeutenden Zweig der Zahnheilkunde geworden. Durch ambitionierte Forschung auf diesem Gebiet hat das Wissen um die Grundlagen enorm zugenommen. Eine nach wie vor nur zum Teil gelöste Aufgabe ist dabei die anschauliche Darstellung des Zahninneren, des Endodonts. Weder die Röntgen- noch die Ultraschalldiagnostik konnten dazu bisher völlig befriedigende Beiträge leisten. Der Autor erarbeitet in diesem Buch grundlegende Techniken der räumlichen Darstellung des Wurzelkanalsystems: zum einen die histologische Aufarbeitung mit 3D Computerrekon-

struktion, zum anderen das Magnetresonanzverfahren.

Als Habilitationsschrift aus der Grundlagenforschung ist dieses Buch natürlich vor allem etwas für Wissenschaftler und ambitionierte Endo-Spezialisten, zu empfehlen aber auch für Studenten, die sich intensiver mit den Strukturen des Endodonts beschäftigen. *H.H.*

---

### *Fortsetzung von Seite 52*

weiterhin eine verstärkte Aufklärung zur Beseitigung des Jodmangels betrieben wird und sich vor allem noch mehr Betriebe der Lebensmittelindustrie zur Verwendung von Jodsalz entschließen.

An das Bundesgesundheitsministerium wurde appelliert, die Bemühungen des Arbeitskreises Jodmangel und anderer Fachorganisationen nach einer Verbesserung der Jodversorgung der Bevölkerung noch weitergehender als bisher zu unterstützen. Durch die gemeinsamen Anstrengungen aller Beteiligten muß erreicht werden, daß der Jodmangel in Deutschland entsprechend einer Verpflichtungserklärung des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker bis zum Jahr 2000 beseitigt ist. Es sei nicht einzusehen, daß jährlich etwa 100.000 Menschen an der Schilddrüse operiert und für die Diagnose und Behandlung von Schilddrüsenkrankheiten jährlich etwa zwei Milliarden Mark aufgewendet werden müßten. Folglich wird es Zeit, dieses Versprechen zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung bald einzulösen. *Arbeitskreis Jodmangel*

Aus der „Ärztlichen Praxis“ Nr.91/1995

**Zuschüsse für die Helferin** Arzthelferinnen sind Mangelware. Dies müßte nicht sein, denn viele Frauen wollen nach der Familienphase wieder in ihren Beruf zurückkehren. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend möchte daher Betroffenen die Rückkehr in den Beruf erleichtern. Private Arbeitgeber, die Rückkehrerinnen einarbeiten, erhalten einen Lohnkosten - Zuschuß. Stellt der Arzt eine Vollzeitkraft ein, zahlt ihm das Ministerium für maximal ein halbes Jahr monatlich 1200 Mark. Beschäftigt er eine Teilzeitkraft, deren Arbeitszeit mindestens 50 Prozent der regelmäßigen Tarif-Arbeitszeit beträgt, wird der Festbetrag entsprechend anteilig

und dafür länger gewährt. Für Halbtagskräfte gibt es zwölf Monate lang 600 DM. Zusätzlich zahlt das Ministerium für Teilzeit-Arbeitsplätze einen monatlichen Sockelbetrag von 200 DM. Voraussetzungen für die Fördermaßnahme sind:

- Die Arzthelferin darf in den vergangenen zwei Jahren nicht Sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.
- Sie muß über vierzig Jahre alt sein.
- Der Arzt muß die Helferin am Arbeitsplatz einarbeiten und garantieren, daß sie sich außerhalb der Praxis weiterbilden kann. Umfassende Auskünfte bietet die Broschüre „Zurück in den Beruf“ vom: **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Broschürenstelle, Postfach 201551, 53145 Bonn.** pk

## Anmeldung zur Frühjahrstagung

von DAZ und VDZM (siehe S.12/13)

Hiermit melde ich mich zur Tagung am 4./5. 5. '96 an.

Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....

angestellter Zahnarzt.....

Student.....

Ich nehme am Samstag, 4.5. teil.....

Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung am So., 5.5. teil

Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten.....

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde DAZ  
im NAV Virchow-Bund

Belfortstraße 9  
50668 Köln

Meine Adresse/ Tel/Fax

Fax 0221 7391239

---

## Leserbriefe Leserbriefe Leserbriefe Leser

„Warum stellt man die Zahnärzte nicht vor die Alternative: entweder Kassenzahnarzt oder Privatzahnarzt?“, fragt Dr. Jürgen Rabbel aus Warnemünde in seinem Leserbrief (forum 51), 4/95, S.82.

Die Frage sollte sich für jeden niedergelassenen Zahnarzt von allein beantworten- oder dürfen sozialversicherte Patienten bei Herrn Kollegen Rabbel nicht auf Gold-, geschweige denn Keramikimplants hoffen, bzw. rechnet er sie ggf. unter den Gebührennummern 13 a-d nach Bema ab?

Was macht der Kassenarzt, der sich (aus sozialer Verantwortung?) jeglicher Privatliquidation enthalten möchte, im Falle einer Myoarthropathie, die er z.B. durch gnathologische Leistungen mit einiger Aussicht auf Erfolg behandeln könnte, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach einer ganzen Seite theoretischer Ausführungen zu den bekannten Vertragsbedingungen eine Übernahme der Positionen 800-810 GOZ bis auf Weiteres nicht empfiehlt mit der knappen Begründung, der Fall sei nicht ausreichend dargestellt und nicht durch einartikulierte (!) Modelle dokumentiert: Erbringt er die Positionen 800, 801, 802, 804, 808 GOZ incl. Verleih eines Artikulators für Gotteslohn (wie er ja wahrscheinlich wegen der Besonderheiten in der Bewertung und Abrechenbarkeit der Position Ä1 auch schon ein paar anamnestiche Gespräche bis dahin unentgeltlich erbracht hat), solange, bis auch der letzte Gutachter des

Medizinischen Abwehrdienstes der Krankenkassen (MDK) überzeugt ist, daß man die Positionen ausnahmsweise einmal erbringen darf, aber eben nur einmal und höchstens zum 1,9-fachen Satz? Oder gehören die Positionen 800-810 auch schon zur ethisch verwerflichen „Marktmedizin“?

Warum soll der Zahnarzt lt. Dr. Rabbel seine sozialversicherten Patienten vor den Kopf stoßen, die er in 90% der Fälle über die GKV versorgen kann, weil er in 10% der Fälle (5%, 20%, 30%...) keine geeigneten bzw. verantwortbaren Bedingungen in der GKV mehr sehen kann? Und wieso sollten für die Privatzahnärzte „wirkliche Marktbedingungen“ herrschen, solange es nach dem Modell von Dr. Rabbel noch Kassenzahnärzte gibt, die sich den Zugang zum „Markt“ der in der GKV unfreiwilligerweise *Pflicht*versicherten auf andere Weise sichern als über den der freien Marktwirtschaft, des freien Spiels der Kräfte von Angebot und Nachfrage? - Nicht, daß ich ein solches völlig freies Spiel der Kräfte im sozial hochsensiblen Bereich der Medizin für wünschenswert hielte, aber die Begriffe sollten wir doch klarhalten, einfach nur der besseren Verständigung wegen, oder?

Vielleicht ist es für Herrn Dr. Rabbel ja eine Horrorvorstellung, was Herr Dr. Bauer in seinem unmittelbar anschließenden Leserbericht (forum 51, S.82-83) über die Bedingungen der Zahnheilkunde in Südtirol berichtet: Gutes Geld für gute Leistung! Aber vielleicht fühlt

sich ja manch einer im Bevormundungs- und Abwertungskarussell der Krankenversicherer noch wohl, wenn anderen schon Hören und Sehen vergangen ist... „suum cuique“, denke ich und lege das forum (wieder einmal) kopfschüttelnd beiseite.

*Da ist aber erst einmal die Redaktion dran mit Kopfschütteln, lieber Herr Kollege Völker - wenn Sie den Standpunkt des Kollegen Rabbel nicht teilen, können Sie das wohl kaum dem forum anlasten, daß Ihnen Beiden den Raum zur öffentlichen Diskussion bietet. Abgesehen davon liegt aber doch das Hauptproblem darin, daß die Kollegenschaft nicht das eine oder das andere will, sondern beides: die Sicherheit, als Vertragszahnarzt genügend Kassenpatienten zu bekommen- und die Freiheit, diese außervertraglich behandeln und abrechnen zu können. -*

*Ihr Schreiben hat Dr. Rabbel zu folgender Replik veranlaßt:*

Demokratischer kann doch eigentlich kein Modell sein als das des „Privatzahnarztes“ und des „Kassenzahnarztes“. Freie Entscheidung des Arztes für seine favorisierte Variante, aber auch freie Entscheidung aller (!) Patienten bei der Arztwahl, der Therapieform und dem „Kaufpreis“. Vielleicht muß ich das Modell doch noch etwas mehr präzisieren, auch wenn es eigentlich nur als ein Denkanstoß gedacht war mit dem Ziel, nicht nur beiden Lagern in der Zahnärzteschaft einigermaßen gerecht zu werden, sondern endlich auch den vielen Patienten, die für „mehr Geld bessere Leistungen kaufen wollen“ und die

angeblich glauben, daß erst dann „Leistung und Preis in einem gerechten Verhältnis stehen“. Und das auch dann, wenn z.B. die Zuzahlung beim Zahnersatz „an der Grenze und oberhalb der Richtlinien“ für sie „eine drei- bis vierfache werden kann“. (Die Zitate stammen aus dem Pischel-Kommentar der DZW 51-52/95)

Wer also als Zahnarzt glaubt, seine Leistungen nicht zum Kassensatz der Privaten (GOZ = 100%!) oder dem der Gesetzlichen Krankenkassen (Bema = 100%!) erbringen zu können, hat jetzt ohne Austritt aus der GKV das Recht als „zugelassener Privat Zahnarzt“ nicht nur mit Privatversicherten, sondern auch mit zahlungswilligen Kassenpatienten durch generelle Privatliquidation völlig freie Preise zu gestalten! Gleich welcher Kassenart bekommen alle über die Kostenerstattung den ihnen zustehenden Kassenanteil zurück. Jeder, der wirklich freiwillig „gute Leistungen für gutes Geld“ kaufen will, hat durch die generelle Kostenerstattung jetzt endlich völlig gleichberechtigt die Möglichkeit dazu. „Freie Versorgung außerhalb der Richtlinien“, eine echte „Selbstzahlerpraxis“ also, wovon jeder „Freiverbandler“ doch eigentlich zu träumen scheint? Wem aber die Kriterien „notwendig, ausreichend und wirtschaftlich“ genügen, kann weiterhin bei einem „niedergelassenen Kassenzahnarzt“ bleiben. Dieser darf natürlich auch bei entsprechender Indikation(!) und Zahlungsbereitschaft privat liquidieren, allerdings nach GOZ mit begrenztem Faktor.

Der eigentliche Sinn dieses Modells ist ein wirklich freier Markt mit unter-

schiedlichen Angeboten und ohne die Möglichkeit einer direkten oder indirekten Preisabsprache nur e i n e r Gruppe, die letztlich zum Marktzwang führen könnte. Einerseits wird das Monopol der KZV'n reduziert, andererseits aber auch ein neues Monopol privater Zahnärzte - wie beim Ausstieg aller Zahnärzte aus der GKV - verhindert. Der Patient kann als freier Bürger wie beim Kauf eines Fernsehers zwischen guter aber teurer Markenqualität beim mittelständischen Händler wählen oder aber sich für das in etwa gleiche Modell zum geringeren Preis bei einer Handelskette frei entscheiden. Diese Möglichkeit sollte wohl bisher wie beim "Korb" bewußt verhindert werden, zumal dann der Schutz des Patienten vor überhöhten Honorarforderungen durch die Kontrolle der Kassen ebenfalls gänzlich aufgehoben worden wäre.

Die Kenntnis der auch für die Zukunft unseres Berufes eminent wichtigen globalen wirtschaftspolitischen Entwicklungen hatte ich vorausgesetzt und deshalb nur angedeutet. Rezession, schwache Wachstumsraten, sinkende Realeinkommen, steigende Arbeitslosigkeit, niedrige Sparquoten. Der Handel stellt sich auf eine reduzierte Kaufkraft bereits strategisch ein, nur die Zahnärzte unter Führung von KZBV und Freiem Verband träumen weiter gegen die Realität. Die zunehmenden „Schnäppchenjäger“ der Kaufhäuser und Einkaufsmärkte mutieren nach ihren Vorstellungen beim Zahnarzt plötzlich zum potenten Kunden. Für wie viele Zahnarztpraxen würde der „freie Markt“ nach Ausstieg aus der GKV tödlich sein? Direktverträge mit den Kran-

kenkassen könnten für solche existenzgefährdeten Kolleginnen und Kollegen die logische Konsequenz sein und auch poliklinikähnliche „Kassenzahnarztpraxen“ sind bei entsprechendem sozialen Druck sehr gut vorstellbar. Diesen unseren Berufsstand dann möglicherweise bedrohenden Realitäten werden bei der Leserschaft gar nicht bedacht. Statt dessen beschäftigt sich der Kollege Völker - typisch Zahnarzt - breiträumig mit Abrechnungsbeispielen von für die tägliche Praxis weniger häufig relevanten Fällen myofunktionaler Diagnostik und Therapien.

Seinen abschließenden Schlußfolgerungen dagegen muß ich voll zustimmen. Warum soll ich nicht weiterhin freiwillig im Schutze der KZV mein Kassenzahnarzt-dasein in relativer ökonomischer Geborgenheit weiterleben können, ohne mich dauernd auf neue fragwürdige „Cash-Strategien“ einstellen zu müssen? Solange eine KZV - wie aus meiner Sicht die in Mecklenburg-Vorpommern - korrekt und im Sinne *aller* ihrer Mitglieder ausgewogene Honorare aushandelt und auch gerecht verteilt(!), sind Krankenkassen für uns doch eine „sichere Bank“. Wahl- und Regelleistungen in speziellen Fällen und in sozial verträglicher Form sind durchaus zu akzeptieren. Es darf aber - wenn der Deal mit der FDP gelingt - nicht einfach zur Pflicht gemacht werden, die ZE-Abrechnung generell „per Kostenerstattung auf der Grundlage der GOZ“ (zm 86/1) zu liquidieren. Warum kann nicht wer will Regelleistungen nach wie vor über Heil- und Kostenplan und nach Bema über die KZV abrechnen? Warum soll nicht auch in der Zukunft weiterhin

---

die Möglichkeit bestehen, als Kassenzahnarzt die vordergründig so verächtlich gemachte „Schein-Zahnheilkunde“ zu betreiben? Ist es nur für mich eine Horrorvision, daß die Kostenerstattung auch noch auf alle anderen Bereiche der Zahnmedizin ausgedehnt werden soll? Wie ein Kaufmann erst mit jedem Patienten zeitaufwendig um den Preis feilschen und dann noch vierteljährlich hunderte von Rechnungen schreiben und verschicken, ihren Aus- und Eingang kontrollieren und ganz sicher bei der rapide sinkenden Zahlungsmoral eine stetig steigende Anzahl von anfallenden Mahnungen und gerichtlichen Verfahren betreiben? Soll das wirklich das ersehnte Heil und die Zukunft unseres gesamten Berufsstandes sein?

*Dr. Rabbel  
Warnemünde*

---

---

#### *DAZ-Presseerklärung*

### **Private Krankenversicherung bestimmt GOZ-Debatte mit eigenem Datenmaterial**

Die seit 1988 unverändert geltende Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bedarf dringend einer inhaltlichen und gebührenmäßigen Aktualisierung. Unter Hinweis auf die allgemeine Kostenentwicklung wird diese Anpassung mit Recht von der Zahnärzteschaft eingefordert. Verlässliches Datenmaterial zur Unterstützung der zahnärztlichen Forderung ist nicht ausreichend verfügbar. Auch die Argumente der privat Zahnärzt

lichen Vereinigung (PZVD) zur GOZ-Anpassung können als Orientierung für den gesamten Berufsstand nur sehr bedingt herangezogen werden, weil diese Vereinigung nur eine Sondergruppe innerhalb der Zahnärzteschaft mit ganz speziellen Interessen darstellt.

So stützt sich allein die private Krankenversicherung (PKV) auf umfangreiche Abrechnungsstatistiken. Für die Reform der GOZ sind ihre einseitigen Daten ungeeignet.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, fordert deshalb die Bundeszahnärztekammer auf, selbst verlässliches Datenmaterial aus dem Bereich der privaten Abrechnung zu sammeln und dieses fachkundig und überzeugend zu interpretieren. Auf dieser Grundlage sollen die Interessen der Versicherungsseite hinterfragt und Vorschläge für eine aktuelle Gebührenordnung geliefert werden, die den wissenschaftlichen Stand der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde widerspiegelt und eine angemessene Bewertung qualifizierter Leistungen sichert. Mit einer solchen Gebührenordnung kann man auch den Kritikern entgegentreten, die inzwischen - aus DAZ-Sicht weder im Interesse der Patienten, noch im Interesse der meisten Zahnärzte - die völlige Abschaffung der GOZ fordern. Mit Hilfe seriöser Daten und Untersuchungsergebnisse sollte die Zahnärzteschaft ihre Vorschläge untermauern und darauf drängen, daß die GOZ-Reform bald in Angriff genommen wird.

---

---

---

# Verbandsnachrichten

## **Reform 1996 bringt wichtige Veränderungen für die Zahnmedizin- Der DAZ bereitet sich auf neue Bedingungen vor**

1996 hat begonnen- sicher ein spannendes Jahr für alle, die an der Entwicklung des Gesundheitswesens Anteil nehmen. Kurz vor Weihnachten gab's für den DAZ - und nicht nur für den - eine Überraschung: nach langdauernder kategorischer Ablehnung des zahnärztlichen Vertrags- und Wahlleistungs-Konzeptes plötzlich eine Diskussion hierzu bei den Koalitionsberatungen und neue Eckpunkte aus dem Seehofer-Ministerium. Eckpunkte, die für den Bereich der prothetischen Versorgung Honorierung der Wahlleistungen auf Basis der GOZ, Festzuschüsse für die Patienten und Kostenerstattung vorsehen. Gleichzeitig wird die verstärkte Förderung der Prophylaxe angekündigt. Konkrete Regelungen soll eine Arbeitsgruppe erarbeiten. (1)

## **DAZ-Beschlüsse weiterhin aktuell**

In der DZW ("die Zahnarzt Woche") frohlockt bereits Chefredakteur Pischel, daß nunmehr die „Schein-Zahnheilkunde“ „keine Zukunft“ mehr hat und „die bessere Leistung dem Patienten 'verkauft' werden“ kann (2). Der DAZ wird die neue Entwicklung, mit der weder bei der DAZ-Jahreshauptversammlung am 7.10.1995 noch bei der Erstellung der letzten forum-Ausgabe zu rechnen war, bei seiner ersten Ratssitzung im neuen Jahr in Berlin analysieren und bewerten. Klar ist aller-

dings schon heute, daß die bei der Mitgliederversammlung geplanten Vorhaben für 1996 und die gemeinsam erarbeiteten Beschlüsse (von denen einige in die Bundesversammlung der BZÄK eingebracht und von ihr bekräftigt wurden) nach wie vor aktuell sind. So hatte sich unser Verband beispielsweise, wie schon berichtet, mit verschiedenen Aspekten der privaten zahnärztlichen Gebührenordnung GOZ beschäftigt, u.a. mit Fragen der Qualitätssicherung, Dokumentation und angemessenen Honorierung von Leistungen sowie der Beratung und dem Schutz von Patienten. Wenn neue gesetzliche Regelungen in Zukunft den Einsatzrahmen der GOZ erweitern sollten, werden solche Fragen nicht überflüssig, sondern gewinnen zusätzliche Bedeutung.

## **Konkurrierende Prophylaxe-Programme**

Gleiches gilt für die Prophylaxe, die wir nicht umsonst 1995 bei mehreren Veranstaltungen zum Hauptthema gemacht haben. Jedermann führt orale Prävention im Munde, aber sehr unterschiedlich sind die Auffassungen dazu, wie effektive und gesundheitspolitisch sinnvolle Maßnahmen auszusehen haben. Während bei der DAZ - Herbsttagung unter lebhafter Beteiligung von Zahnärztinnen und Zahnärzten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) über das Konzept der Kassen-Spitzenverbände zur Gruppenprophylaxe (3) diskutiert wurde, betonte bei seiner Hauptversammlung wenige Tage später der Freie Verband: „Zahnärztliche Pro-

phylaxe ... kann nicht sinnvoll und vor allem nicht effektiv durch öffentliche Gesundheitsdienste oder durch Krankenkassen-Teams umgesetzt werden. Anonyme Reihenuntersuchungen allein bleiben wirkungslos ... echte Prophylaxe bedingt eine enge und direkte Patient-Arzt-Beziehung schon während der Schwangerschaft und im Kleinkindalter. Dies können Behörden oder ähnliche Institutionen nicht leisten." (4)

Eine solche Darstellung ignoriert zum einen die engagierte und kontinuierliche Arbeit von Zahnärzten/innen und Prophylaxehelferinnen vieler ÖGD-Abteilungen und Zahngesundheits-Arbeitsgemeinschaften. Zum anderen verschließt der FVDZ offensichtlich seine Augen vor der durch zahlreiche Untersuchungen belegten Tatsache, daß das höchste Kariesrisiko bei Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen liegt und daß diese Kinder kaum den Weg zu niedergelassenen Zahnärzten finden. Bei dieser Bevölkerungsgruppe über Schwangerenbetreuung und direkte Patient-Arzt-Beziehung zu philosophieren, erübrigt sich weitgehend; was nottut, ist zunächst eine aufsuchende Betreuung und ein Angebot, das auch bei mangelnder Mitarbeit des Elternhauses bei den Kindern ankommt.

### **Prophylaxe muß alle Bevölkerungsgruppen erreichen**

Eine ähnliche Kontroverse bestimmte die von mehreren DAZ-Mitgliedern besuchte Veranstaltung am 18.12.1996 in Berlin, bei der die Bundeszahnärztekammer ihr Konzept "Prophylaxe - ein Leben lang" vorstellen wollte. (Siehe

auch S.60) Die Diskussion konzentrierte sich weitgehend auf das Gruppenprophylaxe-Papier der Krankenkassen, zu dem Dr. Harald Strippel vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände Stellung nahm, während die entscheidenden Instrumente des BZÄK-Konzeptes unklar blieben und insbesondere nicht befriedigend dargelegt wurde, wie die am stärksten kariesgefährdeten Personen erreicht werden sollen.

Aus DAZ-Sicht muß ein von der Solidargemeinschaft getragenes Prophylaxeangebot so konzipiert sein, daß es auch und gerade denjenigen zugute kommt, die am stärksten darauf angewiesen sind. Und es muß sich auf Methoden stützen, die nachgewiesenermaßen effektiv und effizient sind; Maßnahmen dagegen, die bei hohem Aufwand nur geringe diagnostische oder therapeutische Ergebnisse bringen, verbieten sich angesichts der knappen GKV-Ressourcen für den bevölkerungsweiten Einsatz.

Nachdem vom Gesetzgeber verbesserte Rahmenbedingungen für prophylaktische Aktivitäten angekündigt sind und von verschiedenen Gruppierungen bereits konkrete Programme zur Umsetzung der Prophylaxe in den einzelnen Lebensabschnitten vorgelegt werden - so zum Beispiel von einem zahnärztlichen Initiativkreis aus Bühl und Umgebung (IZB) zur Betreuung von Schwangeren und Kleinkindern (5) -, ist der DAZ gefordert, seine eigenen Vorstellungen von lebenslanger Prophylaxe einschl. der jeweiligen wünschenswerten gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen weiter zu konkretisieren. Am 27.1.96 ist in Berlin Gelegenheit dazu.

## Neue Vertragsstrukturen bringen Chancen und Risiken

Zugleich muß auch die Diskussion zu einem anderen Themenkomplex weitergehen, der zuletzt im Dezember 1995 bei einem Brainstorming bearbeitet wurde: „Alternative Vertragsstrukturen“. Die nächste Gesundheitsreform wird mit großer Wahrscheinlichkeit das Vertragsmonopol der KZVen beenden. Nachdem in den letzten Jahren einige KZVen eher gegen als für die Interessen ihrer (Zwangs-) Mitglieder gehandelt haben und wichtige Fragen wie standesinterne Qualitätssicherung und gerechte Verteilung der budgetierten GKV-Gelder in den meisten Regionen nicht offensiv angepackt wurden, könnte die Beteiligung neuer Partner an den Verhandlungen mit den Krankenkassen durchaus für wünschenswerten frischen Wind sorgen, außer- und vielleicht auch innerhalb der Körperschaften. Blicke über den Zaun auf amerikanische, britische oder Schweizer Versorgungsstrukturen (u.a. Health Maintenance Organisations = HMO's), an denen man sich bei der Entwicklung neuer Modelle orientieren könnte, liefern kein einheitliches Bild. Faszinierend scheint die Chance, durch neuartige Verträge dahin zu kommen, daß man als Zahnarzt weniger vom Behandeln von Krankheit, als vielmehr vom Erhalt von Gesundheit profitiert. Auch die Möglichkeit, in ganz anderem Maß als bisher gegeben qualitätssichernde Maßnahmen, Fortbildung, kollegiale Beratung, Aufklärung und Schutz der Patienten vor mangelhafter Behandlung und überzogenen Honorarforderungen usw. zu gewährleisten und die Vertragsbedin-

gungen so zu konstruieren, daß gute patientenorientierte Arbeit sich auch finanziell mehr lohnt, scheint aus DAZ-Sicht sehr attraktiv. Wie allerdings ist sicherzustellen, daß medizinische und ökonomische Ziele nicht in Konflikt geraten? Und wer kann mit den gesetzlichen oder auch privaten Krankenkassen als Vertreter hieran interessierter Zahnärzte kompetent über derartige Vertrags- und Arbeitsbedingungen verhandeln?

Die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen werden Chancen und Risiken enthalten. Es gilt, sich mit beidem auseinanderzusetzen. Ein nächster konkreter Termin, zu dem auch Experten von außerhalb geladen werden, ist der 16.3.1996.

## Verhältnismahlrecht für die Körperschaften

Dabei ist der DAZ (ganz im Gegensatz zu DZW-Chef Pischel) keineswegs dabei, das Ende der KZVen einzuläuten. Die Struktur der zahnärztlichen Selbstverwaltung, konstituiert als Körperschaften öffentlichen Rechts und gewählt von den Zahnärzten, erscheint durchaus bewahrenswert. Der Einverleibung der KZVen in die Kassenärztlichen Vereinigungen, wie von der SPD kürzlich vorgeschlagen, hat darum der DAZ entschieden widersprochen. Allerdings sieht auch er Reformbedarf. Durch ein entsprechendes Gesetz auf Bundesebene soll sichergestellt werden, daß in allen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen das Verhältnismahlrecht zum Einsatz kommt. Nur so können zahlenmäßig durchaus deutlich über FDP-Niveau liegende zahnärztliche Gruppierungen, die

bisher völlig ausgegrenzt sind, in der Selbstverwaltung mitwirken und für eine Widerspiegelung der unter den Kollegen herrschenden Meinungsvielfalt auch in den Körperschaften sorgen. Daß seitens des FVDZ und der Bundeskörperschaften (leider im ersten Anlauf auch seitens der IGZ) die Initiative zum Verhältniswahlrecht abgeblockt und als Bedrohung der "demokratischen Legitimationsbasis zahnärztlicher Selbstverwaltung" angegriffen wird (6), läßt sich höchstens mit Machtbedürfnissen, nicht aber mit seriösen politischen Argumenten erklären. Das Verhältniswahlrecht steht immerhin in so positivem Ruf, daß es bei den Bundestagswahlen in unserem demokratischen Staat Anwendung findet! Wenn stattdessen das Mehrheitsrecht gelten würde wie z.B. in Schirborts KZV, so wäre die politische Partei, auf die der Niedersachse sich gern beruft, schon längst von der Bonner Bühne verschwunden. Der DAZ jedenfalls plädiert eindeutig für das Verhältniswahlrecht in den Körperschaften und hat sich mit diesbezüglichen Stellungnahmen an Presse und Parteien gewandt (7).

### Fortbildungsangebote 1996

1996 wird neben der Berufspolitik aber auch die verbandsinterne fachliche Fortbildung nicht zu kurz kommen. Einzelne Studiengruppen treffen sich kontinuierlich zu Fortbildungsthemen; auf Bundesebene sind bisher zwei Termine festgelegt (s.S.12, S. 85): die **Frühjahrstagung** zusammen mit der VDZM am **4./5.5.'96** in Frankfurt und die **DAZ - Jahrestagung** am **19./20.10.'96** in Berlin. Während in Frankfurt marginale Par-

odontitiden und aktuelle gesundheitspolitische Fragen auf dem Programm stehen, wird es in Berlin um Implantologie und die DAZ-Mitgliederversammlung 1996 gehen. Schon jetzt sind alle Mitglieder ebenso wie interessierte Kollegen/innen von außerhalb herzlich eingeladen.

### Neuerungen und Kontinuität im DAZ-Verwaltungsbereich

Daß 1996 im DAZ "alles beim Alten bleibt" - das wollen wir nicht hoffen. Vielmehr wünschen sich Vorstand und Geschäftsführung ein dynamisches Jahr mit neuen Initiativen und Aktivitäten und reger Beteiligung vonseiten der Verbandsbasis.

Was allerdings die Verwaltungsebene und die bürokratischen Notwendigkeiten anlangt, so sind wir - das heißt Renate Keller von der NAV-Mitgliederverwaltung und Geschäftsführerin Irmgard Berger-Orsag - froh, wenn es möglichst wenig den Aufwand vergrößernde Neuerungen gibt. Die Beiträge bleiben, wie schon im letzten forum berichtet, für alle Studenten und alle West-Mitglieder stabil. Für die niedergelassenen Mitglieder in den neuen Bundesländern wird der Jahresbeitrag auf 300 DM, für die angestellten auf 120 DM angehoben. Wie in den vergangenen Jahren plädieren wir für die Teilnahme am Lastschriftverfahren, die den Verwaltungsaufwand begrenzen hilft. Das DAZ-forum geht wie bisher allen DAZ-Mitgliedern zu und wird bis auf weiteres auch an die Zahnärzte/innen im NAV-Virchowbund geliefert. Der Kreis der Bezieher des "niedergelassenen arztes"

(nila) im DAZ wird jedoch aufgrund von Kostensteigerungen eingeschränkt. Wer weiterhin die fachlichen und berufspolitischen Informationen des NAV-Mediums erhalten möchte, möge sich mit der Geschäftsstelle in Verbindung setzen. Im übrigen gilt wie seit Anfang der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Kooperation für Mitglieder beider Organisationen die Vereinbarung, daß sie ohne zusätzlichen Beitrag dem jeweils anderen Verband beitreten können.

Um auch den jungen Kolleginnen und Kollegen, die noch im Studium stehen, einen Blick in das berufspolitische und Verbandsgeschehen zu ermöglichen, hat der DAZ sein Kommunikationsangebot an zahnmedizinische Fachschaften erweitert und auf entsprechenden Wunsch eine Reihe von Adressaten in seinen Presseverteiler aufgenommen. Diese Möglichkeit kann auch von anderen forum-Beziehern, die als Multiplikatoren fungieren, genutzt werden (Fax-Nummer angeben!).

### **DAZ im Multimedia-Zeitalter**

Während unsere Presselieferungen derzeit gerade vom Papierversand auf das inzwischen auch unter Zahnärzten weit verbreitete Medium Telefax umgestellt werden, laufen im kleineren Kreise schon Überlegungen zu anderen Formen des Informationsaustausches. Anlässlich der MEDICA-Messe 1995 in Düsseldorf haben NAV-Virchow-Bund und DAZ an einem Online-Projekt der Deutschen Telekom teilgenommen; ab Februar 1996 wird der DAZ in Köln einen Btx-Zugang haben und ein Test-Angebot des Health Online Service wahrnehmen.

Im ärztlichen Bereich bestehen inzwischen schon zahlreiche Informations- und Kommunikationsangebote, die auf mittlere Sicht sicher die Kooperationsformen im Gesundheitswesen beeinflussen und neue fachliche Möglichkeiten bringen werden (z.B. Austausch von Röntgenbildern, beratende Hinzuziehung ausländischer Spezialisten bis hin zu ferngesteuerten Operationen). Die Beteiligung der zahnmedizinischen Szene an Datenbanken und Onlinediensten ist dagegen bisher vergleichsweise gering. Das Internet als Schiene innerverbandlicher Kommunikation auszurufen, wäre derzeit alles andere als sinnvoll. Jedoch soll die frühzeitige Beschäftigung mit den neuen Möglichkeiten dazu dienen, brauchbare Quellen und Kommunikationswege kennenzulernen und für die multimediale Zukunft gerüstet zu sein (Kontaktadressen unter (8)).

Denn diese Zukunft kommt ebenso sicher auf uns zu wie das nächste Gesundheits-Reformgesetz. Statt bloßem Abwarten ist in allen Bereichen und bei allen Themen gefragt: Mitmachen und Mitgestalten. Sie sind herzlich dazu eingeladen!

Ein gutes Jahr 1996 wünscht Ihnen allen

*Irmgard Berger-Orsag*  
*DAZ - Geschäftsführerin*

**Literaturangaben/Kontaktadressen:**  
(1) „Eckpunkte der Koalitionsarbeitsgruppe zur Gesundheitsreform im ambulanten Bereich - sozial und freiheitlich: Unser zukunftsorientierter Weg im Gesundheitswesen“ vom 18.12.1995

- (2) DZW vom 20.12.1995, S. 2
- (3) „Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß §21 Abs.1 SGB V“ vom 25.7.1995, anforderbar über DAZ-Geschäftsstelle
- (4) Beschluß der FVDZ-Hauptversammlung 12.-14.10.1995 in Mannheim
- (5) „Zahnärztliches Prophylaxeprogramm für schwangere Frauen und Kleinkinder bis zum 3.Lebensjahr“ von Dr. J. Kowollik, Ottersweiler/Baden vom Sept. 1995 sowie Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände hierzu vom 9.11.1995
- (6) Antrag der KZBV bei der Vertreterversammlung in Weimar zum Thema „Bewahrung eigenverantwortlicher und praxisnaher Selbstverwaltungsstrukturen“
- (7) Interessierte forum-Leser können die DAZ-Ausarbeitungen zum Wahlrecht bei der Kölner Geschäftsstelle anfordern
- (8) Kontaktadressen zum Thema Online-Kommunikation:

*Dr. Kai Müller, Hauptstr. 26, 82229*

*Seefeld, Tel. 08152/9909-0, Fax*

*08152/9909-16*

*Rolf Tödtmann, Oldenburger Str. 291,*

*26180 Rastede, Tel. 04402/9288-0, Fax*

*04402/9288-31, Tel. priv. 04402/9288-12*

---

*Redaktionsschluß für die nächste  
forum- Ausgabe 11. März 96*

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

## Afrodent eV

wurde von deutschen Zahnärzten/innen  
gegründet, die in ihrer Freizeit ehren-  
amtlich dringend benötigte zahnmedizi-  
nische Hilfe in Afrika leisten.

Bisher durchgeführte Projekte:

Zahnärztliche Behandlung von 1100  
Kindern einer Missionsstation in  
Dornfeld/Namibia, Aufbau einer sta-  
tionären 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

# Termine

**16.3.'96**, Hamburg/Restaurant Schifferbörse: DAZ-Brainstorming II „Vertragszahnärztliche Strukturen in der Krise - Modelle zu ihrer Überwindung“

**13.4.'96**, Steinkirchen: DAZ-Ratssitzung, organisiert von der Studiengruppe Elbe-Weser

**20./21. 4. '96**, Köln: Arbeitstagung der NAV- Virchow - Bund - Bundeshauptversammlung (voraussichtlicher Themenschwerpunkt der öffentlichen Veranstaltung: EBM)

**4./5.5.'96**, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim:

**4.5.** DAZ- VDZM- Frühjahrstagung mit aktuellem gesundheitspolitischem Beitrag von Min.-Dir. a.D. Gerhard Schulte, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Bayern (Arbeitstitel: „Perspektiven der Zahnheilkunde in der GKV“) und Fachreferat von Priv.-Doz. Dr. Thomas Flemmig, Uni Würzburg, zum Thema „Risiko- bestimmung und medikamentöse Therapie bei marginalen Parodontitiden“;

**5.5.** Verbandssitzungen von DAZ und VDZM

**20.-24.5 '96**, Westerland: Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung. Thema: „State of the Art - Erkenntnisstand der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (Info: Tel.0431/3897280)

**21.-23.5.'96**, Berlin/Congreßcenter Märkisches Ufer: 46. Wissenschaftlicher Kongreß der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Themen aus der Jugendzahnpflege (Info: Dr. K.D. Rasch, Tel. 0551/400-4860 oder 400-4840, Fax 0551/61140)

**18.-20.10.'96**, Berlin: DAZ-Jahrestagung mit Fortbildungsvortrag zum Thema „Implantologie“ am 19.10. von Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld, sowie DAZ-Mitgliederversammlung am 20.10.

**19./20.10.'96**, Freiburg: VDZM-Herbsttagung

**15.-17.11.'96**, Köln: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes mit öffentlicher Veranstaltung und Arbeitstagung

(Nähere Informationen unter Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239)

---

Fortsetzung von Seite 67

Als weitere Gründe für einen Vitaminmangel im Alter nannte Dr. Heseker Appetitlosigkeit und vor allem die Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, besonders im Magen-Darm-Bereich. Die meisten ältere Menschen müssen mit einer oder mehreren Krankheiten leben und regelmäßig Arzneimittel einnehmen. Dadurch wird der Stoffwechsel der Vitamine zusätzlich negativ beeinflusst. Das bedeutet, daß selbst die Vitamine, die mit der Nahrung aufgenommen werden, schlechter für den Körper verwertbar sind.

Einem erhöhten Bedarf an antioxidativen und anderen Vitaminen im Alter stehen also Tag für Tag verschiedene Probleme gegenüber, die eine ausreichende Versorgung mit allen Vitaminen erschweren. Um dennoch eine optimale Aufnahme der Vitamine C, E und Beta-Carotin zu garantieren, empfiehlt Dr. Heseker Senioren, verstärkt mit Vitaminen angereicherte Lebensmittel auszuwählen oder geeignete Vitaminpräparate zu verwenden.

*evi Ernährungs- und Vitamin-Information*

### **Novel Food: Entscheidung liegt jetzt beim Parlament**

Der Ministerrat der Europäischen Union (EU) hat am 23. Oktober '95 in erster Lesung dem Richtlinienvorschlag über „neuartige Lebensmittel und neuartige Lebensmittelzutaten“ (Novel Food-Verordnung) mehrheitlich zugestimmt. Neben Deutschland haben Dänemark,

Österreich und Schweden den Kommissionsvorschlag wegen unzureichender Vorschriften über die Kennzeichnung gentechnisch veränderter Produkte abgelehnt. Nach dem Beschluß des Ministerrates sollen diese nur dann gekennzeichnet werden, wenn sie „signifikante“ Unterschiede zu herkömmlichen Lebensmitteln aufweisen. Nun ist in zweiter Lesung das Europäische Parlament (EP) mit dem Richtlinienentwurf befaßt. Es ist schon jetzt abzusehen, daß die deutschen Abgeordneten im Parlament sowie die der anderen ablehnenden Mitgliedsländer auch diesmal gegen die Novel-Food-Verordnung des Rates votieren werden. Anlässlich der Entscheidung im Ministerrat betonte die Bundesärztekammer, daß die Ärzteschaft weiterhin für eine umfassende Kennzeichnungspflicht eintrete, die dem gesundheitlichen Verbraucherschutz und dem berechtigten Interessen der Konsumenten Rechnung trage. Nahrungsmittel und Nahrungsmittelzutaten, die gentechnisch veränderte Organismen enthalten oder aus solchen bestehen, sollten durch einen Hinweis auf diese gentechnische Veränderung gekennzeichnet werden. „Durch eine Kennzeichnung solcher Produkte werden die Verbraucher in die Lage versetzt, selbst zu entscheiden, was sie kaufen möchten“, sagte BÄK-Präsident Vilmar. Der Bundesregierung und den deutschen EP Abgeordneten sicherte er die volle Unterstützung bei ihrem Einsatz für eine verbraucherfreundliche Lösung zu.

*BÄK-Intern, Dez. 1995*

---

---

## 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:

- vemünfftige, 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. Bäumler, 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** teamDRUCK Friedenstraße 18a  
81671 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

**Assistentenstellen** für Ausbildungsassistenten(inn)en bundesweit gesucht. Bitte weitergeben an Tel. 0221 97300545 oder Fax 0221 739123

**Assistent(in) mit Berufserfahrung** gesucht für Praxis in Bonn-Beuel Tel. 0228 440231

**Qualitätszirkel (QZ)** für Zahnärzte(innen) in Nordrhein - wer macht mit? Ein QZ hat sich bereits im Kölner Raum etabliert; ein zweiter könnte Starthilfe vom DAZ bekommen. Nähere Infos bei J. Scholz, Tel. 02238 58500, Fax 02238 81594, oder bei der DAZ - Geschäftsstelle.

Das **DAZ-Infoblatt für Patienten „Liebe Eltern“** kann nach wie vor kostenlos in großer Stückzahl bei der

DAZ - Geschäftsstelle angefordert werden.

**Fortbildungstreffen zu Kunststoff-Füllungen, Adhäsivtechnik:** Welche Materialien und Verfahren sind erfolgversprechend? Wie erstellt man qualitativ hochwertige Füllungen mit vertretbarem Aufwand? Wie sind die Langzeiterfahrungen? Sie sind eingeladen zu einem Treffen in **Köln**, bei dem wir gemeinsam auf Video aufgezeichnete Behandlungen, vorgeführt beim Chicago Midwinter Meeting, ansehen und Erfahrungen zum Thema austauschen. Termin: entsprechend den Teilnehmerwünschen ein Samstag im **März oder April '96**. Teilnahme kostenlos. Bitte melden bei Chr. Becker, Tel. 02692 930023, Fax 930025 oder bei der DAZ-Geschäftsstelle.

**Stephan Lemmer**, Deutscherrenstr.73, 53177 Bonn,  
Tel. 0228 331825, Fax 0228 333760

Studiengruppe Chemnitz:

**Dr. Ralf Eisenbrandt**, Markusstraße 8, 09130 Chemnitz,  
Tel. 0371 4012228, Fax 0371 4028686

Eifel:

**Christoph Becker**, Dauner Straße 21, 53539 Kelberg,  
Tel. 02692 8197, Fax 02692 223

**Dr. Heidrun Glase**, Fürstenstraße 64, 09130 Chemnitz,  
Tel. 0371 4015945

Studiengruppe Elbe-Weser:

**Dr. Till Ropers**, Alter Marktplatz 4, 21720 Steinkirchen,  
Tel. 04142 4377, Fax 04142 2059, priv. Tel 04142 1377

Raum Frankfurt:

**Jochen Bremer**, In der Römerstadt 259, 60488  
Frankfurt/Main, Tel. 069 762826

Raum Freiburg:

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

Studiengruppe Hamburg:

**Maren und Thomas Murphy**, Poppenbütteler Chaussee 45,  
22397 Hamburg, Tel. 040 6074151, Fax 040 6074152

**Dr. Gerlinde Albers**, Borsteler Chaussee 17-21,  
22453 Hamburg, Tel. 040 516112

Raum Hannover:

**Dr. Franz-Josef Schraad**, Hauptstr. 17,  
30855 Hannover-Langenhagen, Tel./Fax 0511 748848,  
priv. Tel. 0511 537420

Raum Köln/Düsseldorf:

**Dr. Wolfgang Abel**, Aldenhovenstraße 10, 41541 Dormagen,  
Tel. 02133 47494, Fax 02133 43593, priv. Tel. 02133 47566

**Dr. Peter Seifert**, Moltkestr. 7, 41539 Dormagen,  
Tel. 02133 5400, Fax 02133 214021, priv. Tel./Fax 02133 45178

Raum Leipzig:

**Dipl.-Med. Steffen Schmidt**, Miltitzer Str. 1,  
04430 Leipzig-Burghausen, Tel./Fax 0341 4415982

Raum Oberbayern / München:

**Dr. Armin Maurer**, Wöhlerstraße 20, 81247 München,  
Tel. 089 8111428, Fax 089 8117768, priv. Tel 089 8119683

**Dr. Hannes Brosch**, Ammerseestraße 6, 82061 Neuried,  
Tel. 089 7556341

Studiengruppe Oberpfalz / Niederbayern (Regensburg):

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

Studiengruppe Oldenburg:

**Rolf Tödtmann**, Oldenburger Straße 291, 26180 Rastede,  
Tel. 04402 9288-0, Fax 9288-31, priv. Tel 04402 9288-12

**Dr. Johan Kant**, Alexanderstr. 93, 26121 Oldenburg,  
Tel. 0441 883366, Fax 0441 885918-9, priv. Tel 0441 683701  
Ostfriesland:

**Dr. Jörg Hendriks**, Julianenburger Str. 15, 26603 Aurich,  
Tel. 04941 2655, Fax 04941 68633

Rheinhessen:

**Dr. Jürgen Kärcher**, Pfarrstr. 2, 55262 Heidesheim,  
Tel. 06132 58305

Raum Rostock:

**Dr. Jürgen Rabbel**, Richard-Wagner-Str. 31,  
18119 Rostock-Warnemünde, Tel. 0381 5192053

Studiengruppe Schleswig-Holstein:

**Wolfram Kolossa**, Bahnhofstr. 43, 24217 Schönberg/Holst.,  
Tel. 04344 9020, Fax 04344 3349

Raum Stuttgart:

**Dr. Wolfgang Amann**, Kapellenweg 20, 70378 Stuttgart,  
Tel. 0711 5301389, Fax 0711 5302407

Raum Tübingen/Reutlingen:

**Dr. Wolfgang Schempf**, Wilhelmstraße 3, 72764 Reutlingen,  
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517, priv. Tel. 07121 490219

Thüringen:

**Dr. Bernd Kröplin**, Sperberwiese 3, 37308 Heilbad  
Heiligenstadt, Tel./Fax 03606 9518, priv. Tel. 03606 3947

Westfalen-Lippe:

**Dr. Ulrich Zibelius**, Mittelstraße 17, 32657 Lemgo,  
Tel./Fax 05261 10166, priv. Tel. 05232 64466



**DAZ Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde**  
im **NAV-Virchow-Bund**, Verband der niedergelassenen  
Ärzte Deutschlands, Geschäftsstelle: Belfortstr.9, 50668 Köln

## Who is Who im DAZ



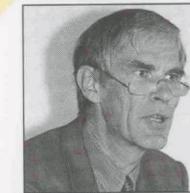
**Dr. Roland Ernst**,  
Vorsitzender,  
Waldblick 2, 26188 Edewecht,  
Tel. 04486 6925, Fax 04486 8820



**Dr. Annette Bellmann**,  
stellvertretende Vorsitzende,  
Parkaue 37, 10367 Berlin,  
Tel./Fax 030 5594147



**Wolfram Kolossa**,  
stellvertretender Vorsitzender,  
Bahnhofstr.43, 24217 Schönberg /Holst.,  
Tel. 04344 9020, Fax 3349



**Dr. Kai Müller**,  
stellvertretender Vorsitzender,  
Hauptstraße 26, 82229 Seefeld,  
Tel. 08152 99090, Fax 990916



**Dipl.- Med. Steffen Schmidt**,  
Kassenwart,  
Miltitzer Straße 1, 04430 Leipzig-  
Burghausen  
Tel./Fax 0341 4415982



**Irmgard Berger-Orsag**,  
Geschäftsführerin,  
Belfortstraße 9, 50668 Köln,  
Tel. 0221 973005-45, Fax 7391239

## Verantwortliche für Referate und Arbeitsgruppen



**Dr. Christian Nielsen**, Presse-Referent, Lindenschmitstr. 44, 81371 München, Tel. 089 7250246, Fax 7250107



**Dr. Stefan Zimmer**, Prophylaxe-Referent, Klopstockstr. 18, 14163 Berlin, priv. Tel./Fax 030 8023651; dienstlich: Zentrum für Zahnmedizin der Charité, Abt. für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin, Föhler Str. 15, 13353 Berlin, Tel. 030 4592284, Fax 030 4592232



**Dr. Ulrich Happ**, Referent für Arbeits- und Umweltschutz, Spadenteich 1, 20099 Hamburg, Tel. 040 244578, Fax 040 243676, priv. Tel./Fax 7126981



**Dr. Harald Strippel M.Sc.**, Leiter der DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform, Altstr. 108, 45359 Essen, priv. Tel. 0201 681427; dienstlich: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, 45116 Essen, Tel. 0201 8327-126, Fax 0201 8327-100



**Rainer Seemann**, Referent für Hochschulfragen, Brückenstr. 10, 10179 Berlin, priv. Tel./Fax 030 2795895; dienstlich: Zentrum für Zahnmedizin der Charité, Abt. für Zahnerhaltung, Föhler Str. 15, 13353 Berlin, Tel. 030 4592284, Fax 030 4592232

## Redaktion des DAZ-forum

**Dr. Hanns-Werner Hey**, verantwortlicher Redakteur, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 240, Fax 08177 1038; Praxis Lindenschmitstr. 44, 81371 München, Tel. 089 7250246, Fax 089 7250107

**Dr. Karl Jürgen Bäuml**, Rubrik "Wirtschaftliche Praxisführung", Pf 1105, 50301 Brühl, Tel. 02232/47766, Fax 49904

**Irmgard Berger-Orsag**, Rubrik "Verbandsnachrichten", DAZ-Geschäftsstelle im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221 97300545, Fax 0221 7391239

**Dr. Ulrich Happ**, Rubrik "Umwelt und Arbeitsschutz, Dentalmaterialien", Spadenteich 1, 20099 Hamburg, Tel. 040 244578, Fax 243676, priv. Tel./Fax 040 7126981

**Silke Lange**, Rubrik "Fortbildung, Rezensionen", Blumenstraße 2, 26121 Oldenburg, Tel. 0441 13362, Fax 0441 2489641, priv. Tel. 04486 8024

**Dr. Till Ropers**, Rubrik "Dental-Geräte und technische Praxis-Installation", Alter Marktplatz 4, 21720 Steinkirchen, Tel. 04142 4377, Fax 04142 2059, priv. Tel. 04142 1377

**Rolf Tödtmann**, Rubrik "Praxis-EDV, Online-Dienste", Oldenburger Straße 291, 26180 Rastede, Tel. 04402 9288-0, Fax 9288-31, priv. Tel. 04402 9288-12

**Dr. Stefan Zimmer**, Rubrik "Prophylaxe", Klopstockstr. 18, 14163 Berlin, priv. Tel./Fax 030 8023651; dienstlich: Zentrum für Zahnmedizin der Charité, Abt. für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin, Föhler Str. 15, 13353 Berlin, Tel. 030 4592284, Fax 030 4592232

**Gestaltung, Satz, Anzeigen** Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 240, Fax 08177 1038

## Ansprechpartner für einzelne Themen

### Qualitätssicherung:

Dr. Kai Müller, Hauptstr. 26, 82229 Seefeld, Tel. 08152 99090, Fax 08152 990916

### Vertragsfragen / Krankenkassen:

Jürgen Scholz, Am Zehnthof 21, 50259 Pulheim-Sinnersdorf, Tel. 02238 58500, Fax 02238 81594 |  
Dr. Michael Fritz, Lindenstr. 13-15, 49393 Lohne, Tel. 04442 713-30, Fax 04442 723-03

### Psychologie und Zahnmedizin:

Dr. Knut Krützmann, Wagnmüller Straße 21, 80538 München, Tel. 089 226705, Fax 089 2904016

### Helferinnenfragen, Praxistips:

Dr. Helmut Diewald, Donaustauffer Straße 25, 93059 Regensburg, Tel. 0941 41864, Fax 0941 41827

### Gesundheitswissenschaften, Public Health:

Dr. Harald Strippel M.Sc., Altstr. 108, 45359 Essen, priv. Tel. 0201 681427; dienstlich: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, 45116 Essen, Tel. 0201 8327126, Fax 0201 8327100

### GOZ-Fragen, Gutachten:

Dr. Gerd Ebenbeck, Hochweg 25, 93049 Regensburg, Tel. 0941 23943, Fax 0941 26982

### Regionale Ansprechpartner:

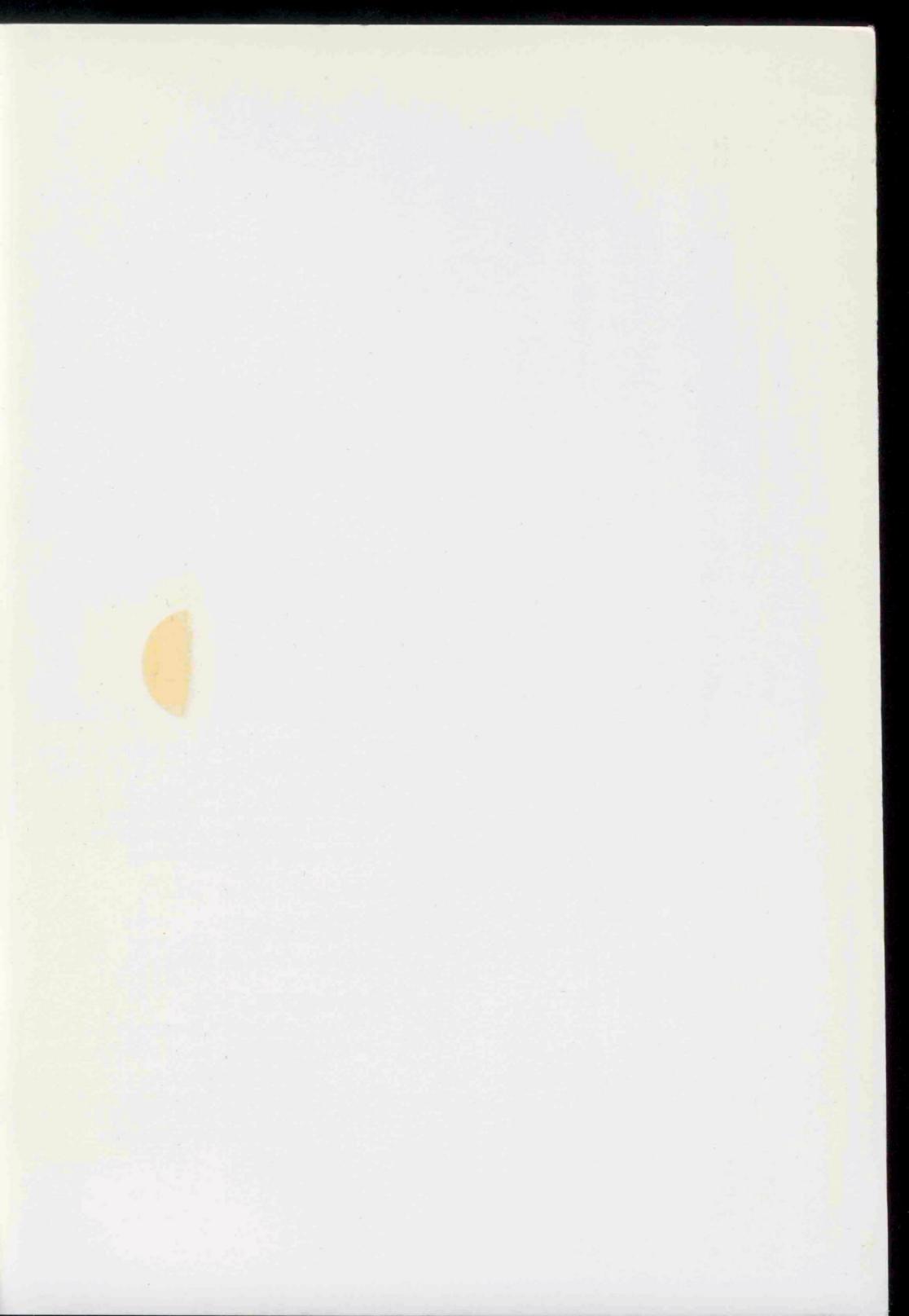
Studiengruppe Berlin/Brandenburg:

**Dr. Edeltraut Jakobczyk**, Spremberger Str. 13, 12627 Berlin, Tel./Fax 030 9915108 o. 030 5612573

**Dr. Claudia Barthel**, Klopstockstr. 18, 14163 Berlin, priv. Tel./Fax 030 8023651, dienstlich: Zentrum für Zahnmedizin der Charité, Abt. für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin, Föhler Str. 15, 13353 Berlin, Tel. 030 4592284, Fax 030 4592232

Raum Bonn:

**Dr. Rainer Küchlin**, Am Buschhof 12, 53227 Bonn, Tel. 0228 440231





# Gut gepunktet:

Bioenergetisch verträgliche, hochgoldhaltige Dentallegierungen mit breitem Indikationsspektrum – das ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von Dr. med. dent. J. Thomson und der Ögussa-Dentalforschung. **Umfangreiche Tests per Elektroakupunktur nach Voll (EAV) belegen die hervorragende Eignung speziell für sensible Patienten.**

## Biobond® SG IV **NEU!**

• ohne Pd- und Cu-Zusatz • keramisch verblendbar • für Inlays, Onlays, Kronen, Fräsarbeiten und Brückenteile aller Art



## Biobond® III

• ohne Pd- und Cu-Zusatz • keramisch verblendbar • für Inlays, Onlays, Kronen und Brücken mit kleinen Spannweiten

## Biocrown IV plus

• ohne Pd-Zusatz • für Inlays, Onlays, Kronen, Fräsarbeiten, Brückenteile aller Art und Suprastrukturen